



Corps fragile, bébé en péril : approche psychomotrice du vécu de l'hospitalisation pour grossesse à risque

Laura Cardoso

► To cite this version:

Laura Cardoso. Corps fragile, bébé en péril : approche psychomotrice du vécu de l'hospitalisation pour grossesse à risque. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02271144

HAL Id: dumas-02271144

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02271144>

Submitted on 2 Sep 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, boulevard de l'Hôpital
75013 Paris



Corps fragile, bébé en péril

*Approche psychomotrice du vécu de
l'hospitalisation pour grossesse à risque*

Mémoire présenté par Laura Cardoso
en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Référentes de mémoire :

KOCHER Mathilde
LE HENAFF Clara

Session Juin 2019

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord mes référentes de mémoire, Kocher Mathilde et Le Hénaff Clara, pour m'avoir accompagnée et aiguillée dans ma réflexion.

J'aimerais remercier plus particulièrement la cadre du service pour avoir offert la possibilité à ce stage d'avoir lieu, la psychologue dont le soutien et les échanges ont été indispensables à mon évolution, ainsi que l'ensemble du personnel pour leur disponibilité et leur collaboration.

Je remercie également Agnès Boucris, en tant que maître de stage externe, qui m'a accompagnée tout au long de ce stage et a pu apporter des réponses aux questions théorico-cliniques et institutionnelles.

Bien évidemment, merci à Chloé, ma binôme et amie, sans qui rien n'aurait été possible, pour m'avoir soutenue et supportée, et aidé dans ce cheminement.

Je tiens également à remercier mes autres maîtres de stage, Fanny, Virginie et Audrey, pour leurs conseils quant à mon mémoire mais surtout, pour leur participation à ma construction en tant que professionnelle.

Je remercie également toutes les psychomotriciennes avec lesquelles j'ai pu échanger autour de mon mémoire.

Merci à ma famille et mes amis pour avoir supporté mon stress et soutenus par leur présence quotidienne.

Merci à Bryan d'avoir fait de ces trois ans un bonheur au quotidien, d'avoir pris le rôle de psychologue, d'analyste des pratiques, de meilleur ami, et bien plus que ça...

Sommaire

Remerciements	2
Introduction	8
 THEORIE	 10
I. La grossesse ordinaire	10
I.1. Une adaptation physiologique	10
I.1.1. Un monde interne modifié...	10
I.1.2. ...qui s'inscrit dans le corps	11
I.2. Un remaniement psychique	12
I.2.1. Crise maturative : de la fille à la femme	12
I.2.2. Crise identitaire : de la femme à la mère	14
I.2.3. La mère et son lien au fœtus	15
I.3. Une psychomotricité impactée	15
I.3.1. Motricité globale	15
I.3.2. Tonus	16
I.3.3. Système sensoriel	17
I.3.4. Schéma corporel	18
I.3.5. Espace et temporalité	19
I.3.6. Psycho-affectif	19
I.3.7. Image du corps	20
I.3.7.1. L'identité	21
I.3.7.2. La peau physique et psychique	21
I.3.7.3. La représentation de l'intérieur du corps	22
I.3.7.4. Le tonus	22
I.3.7.5. La sensibilité somato-viscérale	22
II. La grossesse à risque	23
II.1. Le service des grossesses à haut risque	23

II.1.1. Présentation du service	23
II.1.2. Causes d'hospitalisation	24
II.1.2.1. La Menace d'Accouchement Prématuro	24
II.1.2.2. La pré-éclampsie	25
II.1.2.3. Le diabète gestationnel	25
II.1.2.4. La Procréation Médicalement Assistée	26
II.2. Les conséquences de l'hospitalisation	26
II.2.1. Des repères spatio-temporels modifiés	26
II.2.2. Un corps-objet	28
II.2.3. Une peur latente	29
II.2.3.1. Crainte de la mort en couches	30
II.2.3.2. S'attacher en situation de risque	30
III.2.4. Devenir mère : un processus en pause	32
III.2.5. Une ambivalence émotionnelle	33
III.2.6. Un rapport au corps particulier	35
III. La psychomotricité dans le service	36
III.1. Champs d'action de la psychomotricité	36
III.1.1. D'un point de vue législatif	36
III.1.2. Un travail de prévention	37
III.2. Les modalités d'intervention	38
III.2.1. Le bilan	39
III.2.2. Une médiation corporelle	40
III.2.3. La relaxation psychomotrice	40
III.2.3.1. L'installation	41
III.2.3.2. Les mobilisations	41
III.2.3.3. L'approfondissement	42
III.2.3.4. La reprise	42
III.2.3.5. La verbalisation	42

CLINIQUE	43
I. Mme Lou, le contenant contenu	43
I.1. Première rencontre, premières impressions	43
I.2. La surprise	44
I.2.1. Entretien et observations psychomotrices	44
I.2.2. Vue d'ensemble	45
I.3. La première séance	46
I.3.1. Un toucher maternant	46
I.3.2. Conclusion	47
I.4. La deuxième séance	48
I.4.1. Relaxation	48
I.4.2. Vers l'intégration d'une enveloppe	49
I.5. La troisième séance	50
I.5.1. Place à l'émotion	50
I.5.2. Relaxation	51
I.6. Conclusion	51
II. Mme Belo, une construction identitaire	52
II.1. La rencontre	52
II.2. L'acte dans la quête d'identité	52
II.3. Réactiver le processus de maternalité	54
II.3.1. Partager ses émotions	54
II.3.2. Réactualiser l'image du corps	54
II.3.3. Devenir mère par le corps	55
II.3.4. Installation	55
II.3.5. Anxiété	56
II.3.6. Être actrice	56
II.4. Conclusion	56
II.5. Perspectives	57
III. Mme Toda, un corps qui désobéit	57

III.1. La rencontre	57
III.2. Observations psychomotrices	58
III.3. Axes	60
III.3.1. Image du corps	61
III.3.2. Conscience corporelle	61
III.3.3. Régulation tonico-émotionnelle	62
III.3.4. Communication intra-utérine	62
III.3.5. Reprise et verbalisation	62
III.4. Après l'accouchement	63
III.5. La dyade	64
III.5.1. Les axes	64
III.5.2. Face aux contraintes institutionnelles	65
 DISCUSSION	 67
I. La psychomotricité : un espace différent	67
I.1. L'hospitalisation : une effraction...	67
I.1.1. ... corporelle	67
I.1.2. ... temporelle	68
I.2. La psychomotricité : un espace pour...	69
I.2.1. ... un vécu corporel positif	69
I.2.2. ... verbaliser ses émotions	71
I.3. Redevenir actrice en psychomotricité	72
II. Être mère et investir bébé	74
II.1. Quand le corps n'exprime pas la maternité	74
II.2. Toucher et être touché pour exister	76
II.2.1. L'haptonomie	76
II.2.2. « Le bébé confirme ses parents...	77
II.2.3. ... qui le confirment »	78
II.3. Dialogue tonico-émotionnel	79

III. Vivre le maternage	81
III.1. Une enveloppe fragile	81
III.1.1. Le concept d'enveloppe	81
III.1.2. L'enveloppe lors d'une MAP	83
III.2. La superposition des cadres	85
III.2.1. Hôpital : premier cadre	85
III.2.2. Psychomotricité : cadre thérapeutique	86
III.3. Contenance en psychomotricité	87
III.3.1. Par le psychomotricien	88
III.3.2. Par le toucher	89
Conclusion	91
Bibliographie	93
Ouvrages	93
Articles	95
Cours	95
Mémoires	96
Sites	96
Lexique	97
Annexes	99

Introduction

De nombreux auteurs mettent en évidence l'incidence des événements se déroulant au cours de la période périnatale sur le développement psychocorporel de l'enfant. Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé, la périnatalité correspond à « l'ensemble des processus liés à la naissance, depuis la contraception jusqu'aux premiers mois de la vie du nourrisson, en passant par le désir d'enfant, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. ». Des remaniements psychocorporels ont également lieu chez la femme durant cette période, au cours de la grossesse. La gynécologie, discipline étudiant l'appareil génital de la femme, et l'obstétrique, discipline spécifique à la grossesse et à l'accouchement, sont des domaines où s'intriquent émotions, symboles et affects. C'est pourquoi une approche globale et psychosomatique est recommandée (Lachowski, 2007). Toutefois, la psychomotricité n'est pas encore intégrée au sein des maternités, et encore moins auprès des femmes enceintes. L'idée d'y effectuer un stage a alors émergé.

Puisqu'aucun psychomotricien ne travaillait auprès de femmes enceintes en maternité, une camarade et moi avons décidé d'effectuer en stage expérimental. Le but est d'insérer la psychomotricité au sein d'une structure qui en est dépourvue, afin de mettre en évidence son utilité dans l'optique d'ouvrir un poste. Nous avons donc rédigé un projet (cf. annexe 1) regroupant l'ensemble des idées d'interventions que nous souhaitions mettre en place à ce moment là. Nous imaginions intervenir lors de la grossesse, de l'accouchement et des premiers jours en post-partum. Nous avons envoyé ce projet à différentes maternités. L'une d'elles, appartenant aux Hôpitaux de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, nous a répondu favorablement. C'est ainsi qu'a commencé cette expérience inédite.

Au début de notre stage, nous avons passé quelques jours à observer le fonctionnement de la maternité, les différents services, leurs rôles et leurs articulations. Finalement, et contrairement à nos attentes de départ, la demande principale s'est avérée se trouver dans le service d'hospitalisation en Gynécologie-Obstétrique, accueillant des femmes vivant des grossesses à risque. En allant à la rencontre des patientes et du personnel médical, de nombreuses demandes autour de la gestion du stress ont émergées. Petit à petit, nous avons observé des conséquences psychomotrices allant au-delà de l'anxiété. Nous avons donc réadapter notre projet initial à la réalité de la demande. La psychomotricité a progressivement fait sa place au sein du service.

Cette expérience et mes recherches personnelles autour de la grossesse à risque ont suscité beaucoup de questionnements et d'hypothèses. J'ai alors choisi d'approfondir ce travail dans mon mémoire afin de tenter de répondre à ma question principale : comment la psychomotricité peut-elle accompagner l'hospitalisation des femmes enceintes pour grossesse à risque ?

Ainsi, il me semble important dans un premier temps de dresser un tableau de la femme enceinte sans pathologie et tenter de décrire ses modifications psychomotrices. Par la suite, je présenterais le service et les pathologies rencontrées, ainsi que leurs conséquences sur le vécu de la grossesse. Cela sera illustré par la description de trois cas cliniques. Je tenterais finalement de répondre à ma question en mettant en évidence les conséquences psychomotrices que peut engendrer une hospitalisation pour grossesse à risque. À partir de là, j'expliquerais le choix des médiations utilisées et comment la psychomotricité a pu s'intégrer à la prise en charge de ces femmes.

THEORIE

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la grossesse correspond aux 9 mois environ au cours desquels une femme porte l'embryon puis le fœtus qui se développe dans son utérus. Le temps de la grossesse s'exprime en Semaines d'Aménorrhées (SA), c'est-à-dire à partir du premier jour des dernières règles. Une grossesse menée à terme dure 41 SA.

I. La grossesse ordinaire

I.1. Une adaptation physiologique

Le corps est le premier témoin de la grossesse : elle implique le partage d'un corps pour deux. Il doit alors s'adapter à de nouveaux besoins, que décrit Goerke (2004).

I.1.1. Un monde interne modifié...

Les mécanismes de fonctionnement doivent assurer au fœtus l'énergie nécessaire. Ils travaillent plus. Il y a une augmentation d'environ 20% du métabolisme pour assurer les besoins qui augmentent du cœur et des poumons. Il y a également de nouveaux mécanismes qui se mettent en place pour assurer un apport stable de glucose.

Le système vasculaire s'adapte. Le débit et la fréquence cardiaque ainsi que la masse sanguine augmentent : la fluidité du sang est améliorée, ce qui facilite la perfusion de l'utérus et du placenta. De l'hypervolémie* résulte un volume sanguin 30 à 40 fois plus élevé qu'en dehors de la grossesse. Ce volume supplémentaire permet de pallier aux besoins accrus liés au débit cardiaque plus élevé, à des besoins en oxygène plus importants, et limitera également les conséquences d'une hémorragie lors de l'accouchement. C'est dans ce même but que les facteurs de coagulation augmentent. L'hémostase* est modifiée. Plus le fœtus grandit, plus il comprime les vaisseaux. Le retour veineux est donc diminué, ainsi que la tension artérielle (elle ne

doit pas excéder 14/9). Ces modifications vasculaires entraînent également des œdèmes, une tendance aux varices voire une thrombose*.

La respiration est modifiée d'une part par des composantes anatomiques : le diaphragme s'élève, le diamètre antéro-postérieur du thorax augmente de 2 à 3 cm, l'abdomen devient hypotonique, l'arbre respiratoire est congestionné. D'autre part, les besoins du fœtus et du placenta en oxygène se rajoutent à ceux de la mère. Ainsi, les besoins en oxygène sont augmentés de 20 à 30%, ce qui a pour conséquence d'augmenter la fréquence et le volume respiratoire, donc il y a une hyperventilation. La sensation d'essoufflement est fréquente. Certaines sont même dyspnéiques*. L'ensemble de ces modifications optimise les échanges gazeux.

Les reins grandissent et grossissent. Il y a une vasodilatation rénale qui favorise la stase urinaire*. D'autre part, l'utérus comprime la vessie ce qui provoque une pollakiurie*. Les voies urinaires sont dilatées sont l'effet de la progestérone, ce qui rend les infections urinaires ascendantes plus propices.

Le tractus gastro-intestinal se relâche. Ainsi, l'activité de l'estomac est ralenti, le transit gastrique aussi et donc un pyrosis* apparaît. Il y a également un ptyalisme*. Les régurgitations sont fréquentes. La mobilité de l'estomac et le tonus gastrique sont diminués ce qui provoque des nausées. Le temps de transit est rallongé également dans l'intestin, c'est pourquoi la constipation est fréquente.

Un grand nombre d'hormones voient leur sécrétions modifiées en vue de maintenir un équilibre optimal pour le fœtus et pour certaines, préparer à l'accouchement. L'ocytocine, par exemple, aurait un rôle régulateur dans le déclenchement du travail (sans le déclencher). Ces modifications hormonales impactent d'autres fonctions : la sécrétion de progestérone augmente la température corporelle, d'autres hormones provoquent un ptôsis modéré, des troubles de la réfraction et ainsi, une myopisation*...

I.1.2. ...qui s'inscrit dans le corps

Malgré ce chamboulement interne, le premier grand changement appréhendé par toutes et emblématique de la grossesse dans nos esprits, est la prise de poids. Entre les nouveaux tissus (fœtus, placenta, liquide amniotique) et ceux dont la masse augmente (utérus, seins...), ainsi que les dépôts lipidiques (réserve en vue de l'allaitement), la prise de poids varie souvent entre 9 et 12kg (pour une femme ayant un IMC normal).

Toutes ces modifications hormonales, métaboliques, immunologiques et circulatoires s'expriment dermatologiquement, à travers différentes manifestations cutanées. Il y a une hyperpigmentation corporelle des zones les plus pigmentées : aisselles, mamelon, aréole, ligne médiane sous l'ombilic... Ceci se retrouve également sur le visage, on parle de mélasma, ou masque de grossesse : il s'agit de nappes hétérogènes qui touche plus de la moitié des femmes, notamment celles à peau mate.

Les vergetures apparaissent suite au relâchement du tissu conjonctif et l'augmentation de la tension de la peau. Elles se situent principalement au niveau des seins, des cuisses et de l'abdomen et sont irréversibles.

Les modifications vasculaires, comme évoqué précédemment, sont à l'origine d'œdèmes et de varices. L'instabilité vasomotrice s'accompagne de pâleurs au visage et sensation de froid, en alternance avec un érythème* et une bouffée de chaleur.

D'autres modifications cutanées apparaissent : grains de beauté, angiomes stellaires, hypersudation, acné en lien avec l'hyperactivité des glandes sébacées... Les phanères* sont aussi modifiées : les cheveux sont en phase de croissance, il y a une hyperpilosité, sur les ongles peuvent apparaître des lignes transverses, ou un décollement de son lit.

I.2. Un remaniement psychique

À l'instar du corps, le psychisme se doit lui aussi de s'adapter à cette nouvelle présence. Comme le précise Brazelton, la femme doit se détacher de son ancien équilibre homéostatique et accéder à une nouvelle adaptation. Pour lui, l'anxiété prénatale et la distorsion de l'univers fantasmatique sont tout à fait sains et servent l'établissement de ce nouvel équilibre psychique.

I.2.1. Crise maturative : de la fille à la femme

La période de maternité constitue un véritable remaniement psychocorporel comparable à celui de l'adolescence. Bydlowski parle de « transparence psychique » (2001, p.41). Elle décrit cet état particulier de la femme enceinte au cours duquel des fragments du préconscient et de l'inconscient atteignent plus facilement la conscience. Au cours de cette « authenticité particulière du psychisme », le refoulement est moins fort et laisse remonter à la surface des souvenirs, souvent en

lien avec la sexualité infantile, qui peuvent « alors être livrés sans retenue dans les propos spontanés ». Elle peuvent d'elles-mêmes observer le lien entre leur grossesse et des événements de leur passé. La barrière de la censure diminuée, des souvenirs et fantasmes passés et oubliés réapparaissent à la conscience. Ils peuvent revenir dans des rêves, dans des états émotionnels non-expliqués... Ils viennent parler d'événements antérieurs, parfois très lointain, qui ont pu marqué sa vie. C'est ainsi que la femme enceinte est tournée d'une certaine manière vers le bébé qu'elle a elle-même été. Ceci n'est pas pathologique durant la grossesse. Bydlowski appelle également cela une « crise maturative » dont tout l'enjeu est le changement de génération. Les conflits latents sont réveillés, l'énergie psychique est fortement mobilisée. Les relations aussi sont particulières : une grande demande d'aide de la femme envers son entourage peut se faire ressentir, « ambivalent et quasi permanent ». Il y a également un certain retrait du monde extérieur, les préoccupations autres que le bébé s'atténuent peu à peu.

En fin de grossesse, il y a dans cette continuité d'un psychisme particulier mais non pathologique, ce que Winnicott (2006) a appelé la préoccupation maternelle primaire. Il s'agit d'un « état de la mère pendant la grossesse et quelques semaines après la naissance », décrit comme un état de repli et de dissociation de fugue par rapport à la réalité qui peut ressembler à un épisode schizoïde. Cela s'apparente à une hypersensibilité quasi pathologique. Elle s'accroît de plus en plus au cours du troisième semestre et atteint son paroxysme les premiers jours après la naissance. Si une femme est en bonne santé physique et psychique, elle peut passer au-delà de cet état quelques semaines après la naissance. Elle permet à la mère d'être au plus près de son bébé tant sur le plan physique que psychique. Cela fournit donc à l'enfant les conditions nécessaires à son développement, grâce à une « adéquation totale mère-bébé » (Lachowski, 2007).

Leur état psychique se transforme pour s'adapter à la grossesse et leur attention est tournée vers le bébé, mais leur discours, eux, ne reflètent souvent pas cette préoccupation. C'est ce que décrit Bydlowski : leurs discours sont au contraire tournés vers l'enfant qu'elles ont été et peu vers cet enfant imaginaire. Il est comme caché et contrairement aux idées reçues, il n'est pas au cœur de leurs conversations. Mais cela ne signifie pas qu'elles ne l'investissent pas, au contraire : « D'une façon générale, la mise au secret d'un secteur de l'activité mentale est le signe de son érotisation. Ainsi l'avare cache sa cassette, l'alcoolique nie sa consommation, la boulimique dissimule ses vomissements. » (Bydlowski, 2001, p.45). L'objet tenu secret est ici l'enfant, il est un objet interne et la rêverie de la mère à son encontre suffit.

I.2.2. Crise identitaire : de la femme à la mère

Cette période de grossesse, courte mais riche en remaniements, s'avère être un moment clé de l'élaboration de l'identité. Guedeney (2001), parle de déplacement identitaire importante : un déplacement de l'état de femme à l'état de mère.

Racamier (1978) décrit un processus de transformation de l'identité personnelle dans le but de devenir mère : la maternalité. Il s'agit de processus psychoaffectifs qui se développent et prennent place dans le psychisme de la femme au cours de la grossesse. Il caractérise ce processus de crise : une crise identitaire cette fois. Il compare cette période à l'adolescence de part les grands mouvements qu'elle suscite : bouleversements hormonaux, résurgence des conflits infantiles, identifications complexes. Le fonctionnement psychique se rapproche alors d'un état psychotique, où la confusion soi et autrui est présente et les mécanismes de défense habituels ne sont plus utilisés. La mère va s'identifier à son fœtus et toute son énergie psychique est tournée vers lui. Cet état s'avère indispensable pour l'établissement de liens solides entre la mère et son enfant.

Cette maternalité, bien qu'elle s'intègre chez la femme plus particulièrement au cours de la grossesse, débute lorsque le désir d'enfant apparaît. Ce désir remonte à la période Œdipienne. Selon Lebovici et Stoléru (2003), le désir d'enfant et le désir de maternité sont à distinguer. Le désir de maternité est permis par les fantasmes originaires d'après la théorie Freudienne. Il émerge dès le plus jeune âge. Il est l'expression de conflits inconscients et de l'identification parentale : le complexe d'Œdipe amène une identification à la mère et un désir d'enfant du père. Commencent alors les fantasmes de maternité : c'est l'enfant fantasmatique. Ce dernier est donc le fruit de conflits refoulés puisqu'il est issu de désirs incestueux. C'est sur ce désir que s'étaye le désir d'enfant. Il est accès sur le produit de la maternité : c'est l'enfant imaginaire, fantasmes conscients. L'enfant imaginaire résulte donc du désir de grossesse, souvent programmé. Il charge l'enfant d'importantes attentes de la mère, une importante charge narcissique. Ces étapes de la sexualité infantile seront transposées dans la grossesse et la maternité.

Pour Bydlowski (2001), l'état de grossesse renvoie la femme à sa propre enfance, et notamment aux relations avec sa propre mère. Elle s'identifie alors à sa mère pour se forger une représentation de la mère qu'elle veut être. Parallèlement, elle s'identifie à son fœtus, dans un mouvement de repli. Cette double identification est nécessaire pour amorcer une relation mère/enfant anténatale, à la base des relations futures.

I.2.3. La mère et son lien au fœtus

Au premier semestre, l'enfant est encore au stade d'embryon. Ce dernier est vu comme une partie d'elle-même plutôt qu'un être distingué et différencié. Il s'agit d'une période fragile pour la grossesse, elle ne s'autorise pas à l'imaginer et à parler de lui. Les préoccupations sont alors plus axées sur la femme elle-même, les changements corporels et les symptômes qui confirment la grossesse. C'est la période du « je suis enceinte » (Mourras, 2003, p.44).

Au deuxième semestre, les mouvements du fœtus se font ressentir. L'enfant est alors bien présent et différencié de la femme. C'est alors que peut s'instaurer le début d'une relation, avec les premiers contacts. Elle lui parle, le touche à travers le ventre... Elle imagine ce bébé. C'est à cette période que l'enfant imaginaire, issu de l'enfance de la mère et reflétant l'enfant idéal, se développe (*ibid*).

Le troisième semestre rapproche petit à petit la femme de son terme, et donc de son bébé. Cependant, des angoisses sont sous-jacentes quant à une éventuelle déception face à l'enfant réel, en comparaison avec l'enfant imaginaire. C'est pourquoi, à la fin de la grossesse, la femme diminue les représentations qu'elle se fait de l'enfant imaginaire. Ceci a pour but de préparer la rencontre avec l'enfant réel. Il sera, pour Lebovici et Stoléru (2003), source d'émerveillement et en même temps de faiblesse, ramenant la mère à sa vie psychique antérieure.

I.3. Une psychomotricité impactée

Actuellement, aucune théorie psychomotrice n'a été établie sur la grossesse et rare sont les écrits à ce propos. Pourtant, à l'instar des changements physiologiques et psychiques qu'elle implique, la grossesse a une incidence particulière sur le fonctionnement psychomoteur de la femme enceinte.

I.3.1. Motricité globale

La motricité globale comprend l'ensemble des gestes moteurs qui assurent l'aisance globale du corps. Elle comprend l'équilibre statique et dynamique, la dissociation et la coordination (Carric et Soufir, 2014). Au cours de la grossesse, tous les changements physiques entraînent des modifications de l'appareil locomoteur. Ce dernier doit s'adapter à de nouvelles situations.

Avec le poids du fœtus, le ventre s'arrondit et s'alourdit, le bassin change de position et s'oriente en antéversion. Les courbures de la colonne en sont modifiées : la lordose lombaire s'accroît (cf. annexe 2) et une hyper-cyphose compensatoire de la région thoracique apparaît (accentuée par la prise de poids de la poitrine). La posture est alors modifiée. Ce « dos rond » adopté par certaines femmes peut également refléter le souhait de cacher ce ventre, ou alors le protéger de tout choc.

Le port de tête est impacté du fait d'une angulation antérieure de la région cervicale et d'une extension de l'occiput et de la première vertèbre. Au niveau des membres inférieurs, on observe une hyper-extension du genou et un aplatissement des arches du pied. Les appuis sont ainsi modifiés. Les mouvements de hanche voient leur amplitude diminuer. Le centre de gravité se déplace, notamment au troisième semestre. Le polygone de sustentation s'élargit. L'équilibre est donc touché.

L'action des hormones, œstrogènes et progestérone, augmentent le relâchement ligamentaire. Ceci entraîne une hyper-laxité des articulations de la symphyse pubienne et des vertèbres. La marche est alors déstabilisée. La vue est altérée par la myopisation, ce qui nécessite une adaptation à cette nouvelle manière de percevoir l'environnement.

Ce sont autant de paramètres entrant en compte dans la locomotion, et tous sont touchés par l'adaptation corporelle qu'impose la grossesse. Ceci oblige donc la femme enceinte à prendre de nouveaux repères dans son propre corps et à adapter sa marche à ces nouvelles contraintes. Ceci retentit sur la verticalité (Bourguiba, 2015).

I.3.2. Tonus

Le tonus est l'état de légère tension des muscles au repos. Il maintient les stations, postures et attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales, et le support des émotions. Son développement s'étaye sur la maturation neurologique, mais il varie tout au long de la vie selon des facteurs génétiques et environnementaux, ainsi que l'état émotionnel dont peuvent faire partie la douleur et l'anxiété (D'Ignazio et Martin, 2018).

Selon la Haute Autorité de Santé, la douleur chronique se caractérise par la persistance ou récurrence de la douleur, quelle qu'en soient la localisation et l'intensité. C'est ce que l'on peut retrouver chez les femmes enceintes : comme constaté précédemment, les douleurs sont continues au cours des neuf mois et se déplacent

selon l'avancée de la grossesse. Or, cette chronicité de la douleur provoque la création d'une « carapace tonique » (Louvel, 2002). La douleur s'apparente à une agression envers le corps. Son moyen de s'en défendre est alors une élévation tonique. Ainsi, chez la femme enceinte, il semblerait que le tonus ait tendance à augmenter, en réponse aux tensions douloureuses permanentes.

Le tonus, par ses modulations, impact d'autres items psychomoteurs comme le schéma corporel, l'image du corps, le dialogue tonico-émotionnel. Ce dernier est un vecteur de communication infra-verbal, et notamment le premier moyen de communication de la mère avec son enfant. Ainsi, prendre en charge la douleur chez la femme enceinte et réaliser des exercices de modulations toniques par le relâchement paraît nécessaire pour qu'elle puisse appréhender les premiers liens.

I.3.3. Système sensoriel

Le système sensoriel permet la réception et le traitement des stimuli internes (corps propre) et externes (environnement). Il est en lien avec le système nerveux : les capteurs sensoriels réceptionnent l'information, véhiculée par les nerfs (périphérique) qui est traitée par la moelle épinière et le cerveau (central). Selon Richard et Orsal (cités par Pireyre, 2015), l'organisation physiologique de la sensorialité humaine est appelée sensibilité somato-viscérale. Elle comprend la somesthésie, la sensibilité viscérale et les sens spécifiques. Des modifications sensorielles inhérentes aux changements physiologiques du corps et aux mouvements du fœtus surviennent.

La somesthésie est l'ensemble des différentes sensations provenant du corps. Elle regroupe : la sensibilité extéroceptive ou superficielle qui concerne les récepteurs localisés dans la peau (informations mécaniques, thermiques, chimiques et nociceptives), et la sensibilité proprioceptive qui renseigne l'organisme sur la position et les mouvements du corps propre (afférences des articulations, tendons et ligaments). La nociception* est touchée par la douleur. Les modifications posturales engendrent des douleurs ventrales et dorsales. L'articulation sacro-iliaque est la plus touchée. L'augmentation mammaire s'accompagne de douleurs. Les conséquences physiologiques peuvent être douloureuses : hémorroïdes, brûlures d'estomac, par exemple. Nombreuses sont donc les douleurs auxquelles sont sujettes les femmes enceintes. La sensibilité proprioceptive est elle aussi atteinte avec entre-autres, l'hyper-laxité ligamentaire de certaines articulations. Ainsi, la grossesse est à l'origine d'une atteinte somesthésique (Berger, 2016).

La sensibilité viscérale, ou intéroceptive, apporte à l'organisme des informations quant aux variations viscérales et physico-chimiques, comme les hormones (Pireyre, 2015). Les modifications hormonales et les mouvements du fœtus viennent la modifier.

Au niveau des sens spécifiques (la vue, l'olfaction, le goût, l'ouïe et le tact), Bourguiba (2015) indique là aussi une altération : des troubles olfactifs (hypersensibilité ou hyperosmie*) et des changements gustatifs (dégoûts pour certains aliments, ou appétences particulières). De légers troubles oculaires, réversibles, sont la conséquence d'une cornée moins hydratée.

I.3.4. Schéma corporel

La conception du schéma corporel d'Ajuriaguerra est la suivante : « 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 ». Il permet de dessiner les contours de son corps, la distribution des membres, des organes, à localiser les stimulations qu'il reçoit et les attitudes qui y répondent.

D'autres auteurs proposent différentes définitions qui viennent compléter celle-ci, comme le retranscrit Pireyre (2015). Pour Schilder, le schéma corporel regroupe les fonctions motrices (postures et mouvements). Dolto y ajoute les fonctions cénesthésiques, c'est-à-dire les sensations physiologiques viscérales ou respiratoires conditionnées par nos « accidents de vie ». Enfin, Nasio parle de processus neuropsychologie, le schéma corporel serait alimenté par diverses sensations internes, et notamment optiques, auditives, kinesthésiques, vestibulaires et toniques. Pour résumer, bien que les avis divergent, tous s'accordent à dire que la sensorialité en est la base.

Il est possible de constater que l'ensemble des sensations (fonctions motrices, cénesthésiques, toniques, kinesthésiques...) sont impactées par la grossesse, et par conséquent le schéma corporel s'en trouve modifié. C'est ce que confirme De Gasquet (2001) : les nouvelles sensations procurées par ces nouvelles dispositions internes du corps au cours de la grossesse enrichissent le schéma corporel. De plus, « il existe une étroite relation entre tonus et schéma corporel, le premier contribuant à l'acquisition du second. L'activité tonique étant modifiée par la douleur, le schéma corporel le sera également » (Louvel, 2002, p. 127).

I.3.5. Espace et temporalité

La notion d'espace se rapporte à la conscience que l'individu possède de son environnement et comment il s'y organise. Chacun possède son rythme propre, mais l'espace dans lequel nous sommes impose un temps donné auquel le rythme s'adapte en permanence. C'est lui qui inscrit le corps dans le temps (D'Ignazio et Martin, 2018).

Bourguiba (2015) met en évidence les répercussions spatiales en lien avec l'état de grossesse. Le corps devient un corps partagé, témoin de la construction de maternité. Être enceinte, c'est protéger un espace : l'espace utérin. Tout se réorganise autour de l'espace ventral : cette nouvelle apparence modifie l'investissement spatial mais également la distance relationnelle.

Selon Piéron, cité par Carric et Soufir (2014), le schéma corporel est la « représentation que chacun se fait de son corps et qui lui sert de repère dans l'espace », il est la référence de nos relations avec l'espace, le temps et l'environnement. Son schéma corporel étant modifié, les repères que la femme avait dans son propre corps le sont également. Le rapport à l'espace se modifie. L'intégration de ces changements peut prendre du temps et l'adaptation de ses gestes et déplacement en fonction de l'environnement peuvent se trouver altérer. Les femmes enceintes sont souvent maladroitement, ce qu'elles perçoivent et expriment très bien.

D'un point de vue temporel, les changements se marquent également au plus profond de la femme : les rythmes internes sont modifiés. Il s'agit d'une inscription corporelle de cette temporalité bouleversée. Selon Bourguiba, la gestation est une période où le temps est suspendu à la future naissance de l'enfant. L'attente est constante : d'une part, une attente passive dans laquelle la femme régresse et fusionne avec l'enfant. D'autre part, une attente active où toute son imagination se porte sur lui et réalise « l'activité constructive du nid » : elle prépare sa chambre.

I.3.6. Psycho-affectif

D'un point de vue affectif, il existe une ambivalence permanente : des sentiments d'amour et de haine sont dirigés vers la même objet (Dayan, 1999). Ceci est expliqué par la FAAEL (2018) : partager l'attente avec le père et en même temps, le rendre responsable des changements corporels ; s'identifier au fœtus, objet d'élans de tendresse, et le sentir parfois comme un parasite ; avoir envie de se rapprocher de sa

mère alors même que les difficultés relationnelles de l'enfance resurgissent. Cette ambivalence passe également dans le regard des autres : le ventre qui s'arrondit la rend symbole de fécondité, et pourtant elle souffre de cette déformation.

L'émotivité s'accroît. Les hormones agissent et provoquent des fluctuations d'humeur. La douleur est elle aussi à l'origine d'émotions : dans le vécu douloureux, sensation et émotion sont intimement liées (Guiose, 2002). Des émotions négatives peuvent donc émerger et engendrer de la culpabilité.

L'attente de l'enfant la rend heureuse et en même temps, est génératrice de beaucoup d'angoisses. L'anxiété est cependant variable tout au long de la grossesse, comme le décrit Berger (2016). Au cours du premier semestre, le tableau général s'assimile à celui de la dépression (Fort, 2005) : protestation, rejet, agitation (nausées...), irritabilité, agressivité, troubles alimentaires, troubles de l'humeur. Il peut s'accompagner de troubles anxieux. Au deuxième semestre, l'anxiété se dirige autour de l'enfant mais elle est moins importante. C'est une période de « plénitude » s'accompagnant d'une hausse des envies sexuelles. Au troisième semestre, les angoisses sont plus importantes et concernent surtout l'accouchement.

Les femmes peuvent se sentir fragiles ou vulnérables (Bydlowski, 2001). Elles se posent de nombreuses questions concernant leur corps, leur état de santé, celui du bébé. Ce sentiment de vulnérabilité les pousse à douter d'elles-mêmes et de leurs capacités. Elles sont confrontées au changement de génération et à la proximité entre la mort et la vie : la peur est alors très fréquente, notamment lors d'un passif de fausses-couches et autres pertes. Il s'agit alors pour elle d'une période d'incertitude et de doute de son aptitude à la maternité (Spiess, 2002).

I.3.7. Image du corps

L'image du corps s'étaye sur la structuration du schéma corporel, mécanisme neurophysiologique. Mais à sa différence, l'activité propre de l'individu ne suffit pas à sa construction : elle intègre également des dimensions psychologique, relationnelle et émotionnelle, ajoutées par Schilder. Les relations inter-humaines et l'investissement qu'elles engendrent sur les différentes parties du corps participent à cette structuration. Elle est dynamique, se construit sur nos expériences relationnelles et se modifie en fonction de notre vie fantasmatique. Il s'agit ainsi d'une représentation imaginaire que chacun a de son corps, en perpétuel remaniement (Carric et Soufir, 2014).

Pireyre (2015) quant à lui parle d'image composite du corps. Elle se constituerait donc de neuf sous-composantes : la continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau physique et psychique, la représentation de l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale ou sensorialité, les compétences communicationnelles du corps, les angoisses corporelles archaïques. « Le corps est la première scène sur laquelle s'énonce la problématique existentielle qui ébranle la femme enceinte dans son « être », son identité, son désir. » (Spiess, 2002, p.157). Ainsi, plusieurs de ces composantes sont touchées lors de la grossesse. Cinq d'entre-elles seront détaillées.

1.3.7.1. L'identité

Elle s'acquière au cours du développement psycho-affectif mais est donnée dès la naissance. Son origine se trouve dans notre corps et dans les relations aux parents. Elle s'appuie sur la construction de la subjectivité. Elle-même est la conséquence de l'appropriation de ce qui est de la limite entre le soi et le non-soi (Pireyre, 2015). Cette limite, lors de la grossesse, peut être floue car un être vit à l'intérieur, la femme est elle et lui en même temps. Elle s'identifie au fœtus. Elle s'identifie également à sa mère. Les relations avec elles sont d'ailleurs mises en lumière pendant cette période. L'identité s'étaye également sur la sensorialité et le dialogue tonico-émotionnel, composantes touchées au cours de la grossesse. Selon Dayan (1999), la représentation de soi et de l'image du corps des femmes enceintes est modifiée. Il précise que la relation d'objet s'établit sur le mode de la confusion de soi et d'autrui. Leur identité propre est fragilisée : il s'agit d'un passage du féminin au maternel (Bourguiba, 2015). Il existe un vacillement des traits identitaires (Spiess, 2002). De plus, lorsqu'elle est primipare, la femme peut vivre la grossesse comme un rite de passage pour accéder au statut de femme (Fort, 2005).

1.3.7.2. La peau physique et psychique

La peau représente la limite psychique du corps. Anzieu parle de Moi-Peau : la peau physique fournit à l'appareil psychique les représentations constructives du Moi et ses principales fonctions. Elle permet, par son intégration, la différenciation entre soi et l'autre. Selon Gauberti (1993), tant que mère et bébé sont pris dans un corps à corps sans médiation, ils investissent un espace unique saisis ensembles dans enveloppe commune. La peau devient le contenant, la limite de deux corps mais aussi de deux psychismes. Cette peau permet de tracer les limites du corps et donc de différencier le dedans et le dehors (Pireyre, 2015). La peau de la mère est l'interface d'échange, avec les autres, mais surtout avec son bébé (Bourguiba, 2015). Ainsi, la grossesse entraîne un brouillage de ces limites (Spiess, 2002). L'enveloppe psychocorporelle, dont la construction s'étaye sur la peau, peut s'en trouver mise à mal.

1.3.7.3. La représentation de l'intérieur du corps

La dialectique dedans/dehors lors de la maternité est remise en question, au vu de l'altération des limites physiques et psychiques. La femme partage son corps avec le bébé, la spatialité du corps est différente. Selon Heidegger (1985) cité par Berger (2016), le corps vécu se transforme à l'intérieur, et le corps perçu change de l'extérieur également. Il y a une effraction du corps de la femme par la présence d'un autre corps en son intérieur, ce qui peut menacer l'intégrité corporelle (Spiess, 2002).

1.3.7.4. Le tonus

« Le tonus ne peut être compris, dans son lien à l'image du corps, que s'il est appréhendé comme relié à certains aspects de la vie psychiques, par exemple comme mode d'expression ou comme trace physique de l'histoire relationnelle du sujet » (Pireyre, 2015, p.105). La femme enceinte est en proie à de nombreuses émotions et multiples douleurs. Ces états psycho-affectifs modifient l'activité tonique, et la tendance serait une élévation, comme une carapace tonique. Et comme le constate Pireyre, c'est parce que tonus, émotion et environnement sont intimement liés que les variations toniques peuvent retentir sur l'image du corps. C'est ce qui se passe pour la femme enceinte.

1.3.7.5. La sensibilité somato-viscérale

Chez la femme enceinte, les sensibilité intéroceptives, extéroceptives et proprioceptives sont sujettes à des modification. Pireyre (2015) explique que les systèmes sensoriels sont sous le contrôle de l'affectivité et de la cognition, ce qui rend impossible la perception du monde et de notre corps tels qu'ils le sont réellement. Certains aspects de la réalité, interne ou externe, sont modifiés par notre subjectivité, la sensorialité seule n'existe pas. Il conclue donc que la sensibilité somato-viscérale compte parmi les composantes de l'image du corps. L'image du corps de la femme enceinte est donc, par le biais de sa sensibilité somato-viscérale, touchée dans sa perception.

Pour conclure, les composantes de l'image du corps sont plus ou moins affectées. La représentation que la femme se fait de son corps se trouble à partir des manifestations somatiques et psychiques. Elle évoque ses modifications corporelles et affectives de manière assez floue. Tout ces changements altèrent l'image du corps (Spiess, 2002).

Les bouleversements psychocorporels qu'engendre une grossesse sont considérables. Lorsque la pathologie et l'hospitalisation s'ajoutent à l'équation, d'autres problématiques émergent.

II. La grossesse à risque

II.1. Le service des grossesses à haut risque

Des pathologies anodines peuvent toucher la femme au cours de sa grossesse. Elles sont soignées normalement et n'engendrent aucune conséquence sur le fœtus. Il arrive cependant que des pathologies inhérentes à la grossesse surviennent. Une prise en charge particulière doit être mise en place. Il est alors nécessaire d'avertir la mère des risques qu'elle et son bébé encourent, et expliquer le processus de soin (Lachowsky et coll., 2007). L'hospitalisation est parfois nécessaire.

II.1.1. Présentation du service

L'hôpital dans lequel se déroule ce stage est divisée en cinq pôles : Biologie ; Chirurgie et Anesthésie ; Pédiatrie médicale ; Physiologie, Imagerie pédiatrique et Information médicale ; et Gynécologie et périnatalité. Ce dernier assure la prise en charge des grossesses normales et à risques (pathologies obstétricales) jusqu'à l'accouchement, les diagnostics prénataux de pathologies fœtales, ainsi que les nouveaux-nés ayant des problèmes de santé. C'est au sein de ce pôle que se situe la maternité.

Il s'agit d'une maternité de niveau 3, ce qui signifie qu'elle a la capacité d'accueillir dans le même établissement une unité de néonatalogie et un service de réanimation néonatale. Elle prend également en charge les femmes présentant une Menace d'Accouchement Prématuro (MAP). Cela permet d'assurer ainsi la surveillance des nouveaux-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux. Ces services néonataux se trouvent à l'étage au-dessus du service de Gynécologie-Obstétrique (G-O) où sont hospitalisées les femmes. Cela permet d'éviter les séparations précoces trop longues, notamment lorsque la femme a subi une césarienne, une hémorragie, ou tout incident nécessitant une hospitalisation plus longue.

Le service de G-O se divise en plusieurs unités d'hospitalisation : gynécologie post-opératoire, suites de couches et cours de grossesse. C'est dans ce dernier que le

stage se déroule. Les patientes sont hospitalisées car leur santé et/ou celle de leur bébé est en danger, pouvant aller jusqu'à l'engagement du pronostic vital. Les causes et les durées (de quelques jours à quelques mois) d'hospitalisation sont multiples. Le chef de pôle et de service est un gynécologue. Il y a juste en dessous la sage-femme coordinatrice. L'équipe médicale se compose de gynécologues, de sage-femmes, d'internes et d'un psychiatre. Du côté paramédical, il y a des infirmières, des auxiliaires de puériculture, des aides soignants, des psychologues, des assistantes sociales et des secrétaires médicales et hospitalières (cf. annexe 3).

II.1.2. Causes d'hospitalisation

L'hospitalisation pour grossesse à risque au sein du service peut avoir différentes causes. Les plus fréquentes seront détaillées selon la description de Goerke (2004). Une partie sera consacrée à la Procréation Médicalement Assistée : bien qu'elle ne soit pas la raison de l'hospitalisation, elle est souvent à l'origine de grossesse à risque.

II.1.2.1. La Menace d'Accouchement Prématuro

Lorsque la femme présente des modifications cervicales, des contractions utérines régulières et douloureuses et une modification du col utérin entre 22 et 37 SA (seuil de prématurité selon l'OMS), on parle de Menace d'Accouchement Prématuro (MAP). En dessous de 22 SA, il s'agit d'un avortement tardif car l'enfant n'est pas viable.

La MAP représente un risque important pour la future maman et son bébé. Elle constitue la première cause de mortalité et de morbidité périnatales. Une naissance prématurée peut avoir des conséquences importantes sur le développement du nouveau-né. C'est pourquoi il est nécessaire d'intervenir à temps : le taux de survie et les éventuelles séquelles sont en lien avec la sévérité de la prématurité.

Des contrôles médicaux sont mis en place par des monitoring* et des analyses biologiques. L'hospitalisation a lieu lorsque cette MAP survient avant 32 SA, ou si le poids foetal est inférieur à 1,500kg. Le but est alors de retarder l'accouchement le plus longtemps possible et prendre toutes les précautions nécessaires face au risque de complications liées à la prématurité. Le traitement dépendra ensuite de la cause de la MAP, mais dans tous les cas des tocolytiques* seront prescrits pour stopper les contractions et des corticoïdes* également pour accélérer la maturation des alvéoles pulmonaires du fœtus. L'alitement est également obligatoire.

Certains facteurs de risque sont mis en évidence : médicaux (grossesse multiple, maladie infectieuse, décision médicale, pathologies...), psychosociaux (âge, précarité, isolement...), démographique (situation conjugale, risque professionnel...). Les facteurs psychologiques sont de plus en plus étudiés et seraient en lien avec le stress, la fatigue... Les psychanalystes parlent aussi d'une expression corporelle de l'inconscient qui ne se sentirait pas apte à porter un enfant, ou encore d'une manifestation psychosomatique de difficultés psychologiques sous-jacentes dont les contractions utérines seraient le symptôme, « un appel à un contenant des angoissances maternelles ».

II.1.2.2. La pré-éclampsie

Elle survient après 20 SA et associe une hypertension artérielle à un excès de protéines dans les urines. Elle peut également apparaître au moment de l'accouchement et même jusqu'à 6 semaines après.

Aucun traitement n'existe, seul l'accouchement l'arrêtera. Ses conséquences peuvent être extrêmement importantes, allant jusqu'au décès de la mère ou du fœtus. Elle peut provoquer une mauvaise irrigation ou décollement du placenta, qui mettra en danger le bébé. Cela peut également se transformer en HELLP* ou en éclampsie*, ce qui touchera cette fois la maman. C'est pourquoi une femme présentant seulement l'un des deux critères (HTA ou protéines) est hospitalisée : elle sera surveillée pour prévenir de toute complication éventuelle.

Aucune étiologie n'est mise en évidence à ce jour, bien que l'implication du placenta serait en cause.

II.1.2.3. Le diabète gestationnel

Pendant la grossesse les besoins en insuline de la femme sont doublés, voire triplés, et le pancréas est censé en produire plus. Mais chez certaines, le pancréas dysfonctionne, ce qui provoque une hyperglycémie. On parle alors de diabète gestationnel : état pré-diabétique dans lequel la glycémie est supérieure à la normale.

Il peut provoquer des conséquences tant sur la mère (avortements spontanés, infections, accouchement prématuré, pré-éclampsie...) que sur le fœtus (malformation, surpoids...). Une surveillance stricte et un accouchement dans un centre périnatal avec une unité pédiatrique sont impératifs, c'est pourquoi elles sont hospitalisées.

Le diabète disparaît généralement après l'accouchement, mais dans certains cas il devient un diabète de type 2, chez la mère ou chez le bébé.

II.1.2.4. La Procréation Médicalement Assistée

La PMA n'est pas une cause d'hospitalisation. Cependant, selon Dayan, elle entraîne souvent des MAP ou autres risques obstétricaux, et modifie le vécu de la grossesse.

L'infertilité* ou la stérilité* peuvent être traités par médication ou chirurgie. Le recours à la PMA peut se faire si cela ne fonctionne pas, ou alors en première intention dans certains cas. Il y a une phase biologique de manipulations de cellules reproductrices, variant selon la technique et selon que l'infertilité soit féminine ou masculine.

Ce sont des parcours souvent longs et très médicalisés. Le lien à l'enfant est très particulier du fait de cette médicalisation importante de sa concertation à sa naissance. Mais il s'agit surtout d'une source d'angoisse pour les parents quant à aux risques encourus et surtout, quant à la « normalité » de l'enfant à venir (Granet, 2001).

Les pathologies présentées sont uniquement somatiques. Il existe des troubles psychiques propres à la grossesse telles que la dépression pré-natale ou la psychose puerpérale. Elles n'ont cependant pas été décrites car elles ne concernent pas la population étudiée.

II.2. Les conséquences de l'hospitalisation

Chaque femme a une histoire personnelle, un parcours de procréation et un vécu de la grossesse différents. Leur hospitalisation pour grossesse à risque vient donc rejouer des choses différentes chez chacune. Les conséquences décrites découlent de différents auteurs et s'étaient sur les observations cliniques du stage. Il s'agit ainsi d'une liste non-exhaustive : les différents points ne concernent pas toutes les femmes, et d'autres problématiques existent certainement.

II.2.1. Des repères spatio-temporels modifiés

L'hospitalisation est, dans la plupart des cas, inattendue. Dans le discours des femmes rencontrées, la brutalité de cette hospitalisation est un élément récurrent. Cela peut provoquer une perte de repères spatio-temporels.

L'hospitalisation est marquée d'une temporalité particulière : à la fois rythmée par les monitoring, à la fois longue car les journées se répètent et se ressemblent. Le rythme est « intérieur à nous, instinctif et inné, sans cesse présent, il est en relation avec le sens de la durée, du vécu personnel propre à chaque individus. Il reste alors dans l'ordre du subjectif. Extérieur à nous, codifié par le cadre de la vie sociale, il est régi par la succession des jours, des années, des phénomènes, auxquels nous devons nous adapter continuellement » (Carric et Soufir, 2014, p.56). Ainsi, la femme doit s'adapter à ce nouveau rythme imposé par les examens médicaux, les visites du personnel médical et de ses proches. Elle doit également composer avec tous ses changements de rythme internes et avec le rythme de vie de son enfant, dans son intérieur.

La perception du temps est subjective. Elle est influencée par les états émotionnels (*Ibid*). L'ennui que ressent la femme lors de l'hospitalisation, dont la durée est souvent longue et indéterminée, rallonge le temps. L'angoisse liée au fait que tout peut s'arrêter du jour au lendemain rend l'attente encore plus longue et pénible. L'attente et l'incertitude quant à la survie du bébé semblent marquer une pause dans leur grossesse, l'impression que le temps est suspendu.

Mme I. est hospitalisée depuis deux jours pour une pré-éclampsie. Sa grossesse fait suite à un long parcours de PMA, son hospitalisation était imprévue. Elle se dit « toujours dans l'attente qu'un problème surgisse ». Au début, elle trouvait l'hospitalisation rythmée par les examens médicaux. Une semaine plus tard, le temps lui paraît long, « c'est toujours pareil ». Le temps qui avance et la rapproche de son accouchement lui donne l'envie de créer du lien avec bébé, ce qu'elle s'était empêchée de faire au début de la grossesse, qu'elle a vécu « détachée ». La semaine suivante, la question se pose de savoir si son accouchement va être déclenché. C'est une question de jours mais rien n'est sûr. L'attente et l'hospitalisation commencent à être longues. Elle exprime une certaine ambivalence : elle est pressée d'accoucher car c'est l'unique moyen de guérir de cette pré-éclampsie, mais elle a conscience que plus l'enfant passera de temps à l'intérieur, meilleur sera le pronostic.

L'ordre des choses peut se trouver perturbé. Comme l'évoque Gatecel (2009), l'accouchement prématuré est brutal et la mère n'est pas forcément prête. Cela peut amener la mère à perdre la notion du temps lui-même, comme s'il se retrouvait figé. Il semble que quelque chose n'a pas eu le temps d'avoir lieu, comme la « disparition d'un temps ». Les femmes passent de la préparation du nid chez elles, à

l'hospitalisation et l'arrivée imminente du bébé : le temps de préparation a été écourté, ce qui peut être déstabilisant. Les repères sont chamboulés, cela n'arrive pas dans les temps prévus. Il y a parfois le sentiment que les choses n'ont pas suivi leur cours. De la même manière que Gatecel décrit un accouchement prématuré comme une effraction temporelle, l'hospitalisation semble prendre la même forme. Il peut alors manquer de temps nécessaire à l'investissement du bébé.

La spatialité est aussi particulière. L'hospitalisation restreint son espace : il se résume à une chambre et pour la plupart, elles ne peuvent en sortir car elles sont alitées. Cet espace est en permanence effracté par l'entrée des médecins, des infirmières... qui ne laissent pas forcément le choix à la femme et peuvent être intrusifs. L'investissement de la chambre peut également refléter l'état d'esprit de la femme : celles qui ont besoin d'y rester vont la personnaliser davantage.

Mme Lou, avec la précipitation de son hospitalisation, se sentait totalement perdue dans l'espace. Elle ne savait plus vraiment dans quel arrondissement de Paris nous étions, et ne savait pas où elle se situait par rapport à chez elle. Elle se sentait loin de son entourage et cela semblait être anxiogène. Jour après jour, elle a pu trouver sa place et investir sa chambre par le biais de photos et d'éléments personnel, souhaitant y rester le plus longtemps possible.

II.2.2. Un corps-objet

« Et, si personne ne conteste que la procréation participe à la fois du biologique et du psychique, la surveillance médicalisée et technicisée de l'évolution de la grossesse tend à exclure la femme de l'événement et à en négliger la dimension humaine. » (Spiess, 2002, p.50). Cette phrase s'avère d'autant plus vraie dans ce service d'hospitalisation.

Le corps est immobilisé. Qu'elle soit alitée ou non, l'espace est restreint à la chambre et favorise l'inertie. Ce même corps se trouve objectalisé. Il devient un contenant dont il faut s'occuper pour la survie du contenu, le fœtus. Il est ainsi extrêmement médicalisé. Il reçoit des soins plusieurs fois par jours. Il en conserve même la trace : les femmes gardent les embouts servant aux perfusions à la surface de leur peau en permanence. L'enveloppe se trouve donc intrusée.

Lachowski et Winaver (2007) constatent que, malgré une prise en charge des femmes enceintes de plus en plus psychosocial, elle n'en reste pas moins très

médicalisée. « Les méfaits de l'hypermédicalisation sont connus tant dans la gestion de l'angoisse et du stress et la survenue d'effets secondaires, principalement à type de contraction, que dans l'état de dépendance voire d'hospitalisme dont les conséquences peuvent être importantes » (p.24). Selon eux, cette surveillance médicale crée de toute pièce une pathologie psychosomatique en lien avec les effets physiologiques du stress. L'une des conséquences principales du stress serait en effet des contractions, dues à une augmentation de sécrétion d'adrénaline.

Les discours, eux aussi, mettent la mère à part de son propre corps, en s'adressant à elle pour obtenir des informations sur le corps à l'intérieur d'elle, le fœtus. « Aujourd'hui, on s'adresse au corps de la femme enceinte comme objet de la médecine et non sujet d'elle-même » (Durif-Bruckert et al. 2007). Comme le remarque Berger (2016), le discours des soignants en lui-même peut devenir anxiogène. Beaucoup d'informations sont données, beaucoup de termes médicaux sont employés. Les mots peuvent faire peur. La brutalité d'une annonce peut figer la personne sur un mot, une phrase, et les explications qui suivent peuvent en être occultées.

Mme Gerra a vécu une grossesse difficile. Le médecin lui a annoncé une grossesse extra-utérine et a préconisé un avortement. Ceci fut un premier coup dur et Mme Gerra a insisté sur la difficulté à l'entendre. Ce diagnostic s'est avéré faux et la grossesse a pu continuer. Quelques temps plus tard, des complications ont eu lieu et les médecins ne cessaient de lui répéter que les chances de voir un jour son enfant étaient minimes, ne lui parlaient que de décès, lui répétaient « ne vous attendez à rien ». Puis elle fut hospitalisée, et bien que les discours soient moins négatifs, elle garde toujours en tête ces mots. Ils résonnent dans sa tête et retentissent sur son bien-être mental.

II.2.3. Une peur latente

Selon un communiqué de presse de 2017 de la Santé Publique, la mortalité due aux complications obstétricales, hémorragiques, éclamptiques... a diminuée d'un tiers en 10 ans. Ceci témoigne d'une amélioration significative de la qualité des soins. Cependant, les maternités demeurent toujours associées tant à un lieu de naissance, qu'à un lieu de mort (Rousseau, 2001). Les femmes appréhendent l'éventualité de la mort en couche. Pour les femmes hospitalisées pour grossesse à risque se rajoute la probabilité de la perte de l'enfant. Le vécu de la maternité et l'attachement à l'enfant peuvent en être impactées.

II.2.3.1. Crainte de la mort en couches

Certains auteurs émettent l'hypothèse d'un lien entre la peur de la mort en couches et certaines pathologies de la grossesse. C'est le cas de Fort (2005). Selon elle, les femmes enceintes seraient conditionnées à la peur de la mort. Cela créerait alors un conflit intra-psychique entre le désir conscient d'avoir un enfant et le refus inconscient d'avoir ce même enfant, associant l'accouchement à un danger de mort. Ce conditionnement culturel de la peur de la mort en couches engendre donc ce conflit latent qui s'actualise pendant la grossesse. Le seul moyen d'y mettre fin est l'accouchement.

Des troubles psycho-organiques résultent de ce conflit. Il serait à l'origine des symptômes tels que la fatigue, les nausées, les brûlures d'estomac... Il y a parfois même une inhibition de l'action, une anxiété, une dépression, pour s'en protéger. Mais quand le conflit est trop important un dilemme s'impose à la mère : l'un des deux doit mourir, c'est la mère ou l'enfant. Ceci pourrait expliquer les avortements spontanés et les accouchements prématurés, par exemple, qui seraient alors l'expression somatique du dilemme.

II.2.3.2. S'attacher en situation de risque

Avoir un enfant est le fruit d'un projet personnel, puis parental, qui s'est constitué au fil du temps. Il s'agit d'un projet de vie. Ce dernier peut se trouver entaché par la peur que l'enfant ait un problème à la naissance, ou décède. Toute femme enceinte s'en inquiète, même lorsque les examens médicaux sont positifs. Tant qu'il ne sera pas bien né, et en bonne santé, rien ne pourra la rassurer. Elle continuera à douter et vivre dans cette anxiété (Lachowski et coll., 2007). Lorsque la possibilité de perte ou d'anomalie du bébé est bien réelle, il peut y avoir un « blanc » de représentation de l'enfant, ou bien des représentations mortifères pouvant culpabiliser la mère (Dayan, 1999).

Mme Gerra, a qui les médecins répètent de se préparer à prendre l'enfant, se dit bloquée. « Je n'arrive plus à penser à ma fille, à préparer ses vêtements... », dit-elle en pleurant. Des fois, elle parvient à l'investir, d'autres fois c'est trop dur.

La mère investit l'enfant à naître par la pensée, l'aime et le contient physiquement mais aussi psychiquement. Elle se fait des représentations mentales de ce qu'il est, en interprétant ses mouvements, ses réactions... (Marcelli et Cohen, 2012). Comme le

décrit Gauberti dans son livre (1993), la mère traduit les mouvements de son bébé, les analyse selon ses propres désirs et émotions. Les interactions commencent ainsi *in utero* et leur présence est très importante. Elles sont les prémices de l'attachement, qui se prépare déjà à l'arrivée de l'enfant, notamment avec l'apparition de la préoccupation maternelle primaire en fin de grossesse.

Cependant, lorsque l'intérêt principal de la mère est détourné du bébé, des répercussions peuvent avoir lieu. Prenons l'exemple des mères toxicomanes. Leurs pensées sont tournées vers la drogue plutôt que vers l'enfant qu'elles portent. Ceci entrave le processus habituel de la création de l'enfant imaginaire. Les femmes hospitalisées, elles, ont leurs pensées tournées vers la peur pour leur santé, leur mari et parfois, les enfants restés à la maison, qu'elles ont l'impression d'abandonner. Tout ceci peut obstruer le cheminement de l'enfant imaginaire dans le psychisme de la femme. La pauvreté de la vie imaginaire est inquiétante car cela peut être le présage de troubles de la relation (Dayan, 1999).

Mme Valle est hospitalisée pour une pré-éclampsie. Elle attend son enfant après un long parcours de PMA. Elle dit elle-même ne pas s'être trop impliquée dans cette grossesse, sachant à quel point la probabilité d'aller jusqu'au bout de cette grossesse, et de voir un jour son enfant était faible.

Dans un contexte de PMA, ce risque est exacerbé. Ces parcours sont souvent longs et marqués par de nombreux échecs, qui peuvent être considérés comme des deuils périnataux. Selon Rousseau (2001), la peur d'une nouvelle perte altère généralement l'attachement à l'enfant suivant, qui s'en trouve inhibé. Cette inhibition peut finir par se lever, en dépassant la date « d'anniversaire » de la perte précédente par exemple. Mais elle perdure parfois longtemps. Lorsqu'elle se prolonge après la naissance, les conséquences sur l'attachement se font ressentir et cela crée des troubles.

Mme Lou a 47 ans et attend son premier enfant, à la suite d'un long parcours de PMA. Elle ne cesse de répéter « on ne sait jamais ce qui arrivera, on ne sait pas s'il sera là, ce qu'il en sera dans 10 ans... ». L'idée d'une nouvelle perte après de nombreux échecs de PMA ne la quitte pas.

Ce désinvestissement, s'il est trop extrême, peut glisser vers un deuil anticipé : il commence lorsque la mort d'un proche est envisagée. C'est un mécanisme permettant

d'atténuer le choc et aider à accepter la perte. Mais lorsqu'il aboutit à un détachement complet, et que la personne ne meurt finalement pas, les conséquences peuvent être désastreuses. Ces observations ont été réalisées dans des services de néonatalogie, de médecines fœtales et diagnostic anténatal, entre autres (*Ibid*).

Dans des situations comme celles décrites précédemment, l'établissement de relations précoces peut se trouver fragilisé. Il est donc important d'accompagner pendant l'hospitalisation, et même après lors du retour à domicile (*Ibid*).

III.2.4. Devenir mère : un processus en pause

La maternité est un processus qui s'élabore durant neuf mois. Elle est personnelle à chacun et détermine la qualité de la relation qui s'établira avec l'enfant. L'évolution du sentiment d'être mère suit l'évolution corporelle de la grossesse (Spiess, 2002) :

- au premier semestre, la mère se sait enceinte et les symptômes apparaissent. Le ventre lui, est encore invisible, ce corps n'est donc pas reconnu maternel par l'extérieur. C'est la période de l'enfant silencieux, période de l'« être enceinte » ;
- au deuxième semestre, les mouvements de l'enfant sont perçus ce qui confirme son existence réelle. Les premières représentations de l'enfant émergent. La femme se représente comme une femme-mère ;
- au troisième semestre, c'est la période de l'envahissement : une grande place est donnée à l'enfant imaginaire et la gêne physique s'accroît. C'est également la période où le fœtus s'individualise et devient un corps détachable : il s'agit de donner naissance. La préoccupation maternelle primaire s'intensifie et la séparation des corps approche : la femme devient mère.

Le regard extérieur participe à forger cette identité de mère. Le fait d'être hospitalisée est un environnement qui leur rappelle à chaque instant que leur corps n'est pas en capacité de garder seule l'enfant à l'intérieur. Leur capacité à être mère, et bonne mère, peut en être remise en question. Le corps a une place particulière également. Or, Spiess précise que c'est à partir de l'expérience corporelle que s'élabore la maternité symbolique, selon la mise en jeu de leur corps dans la transmission de la vie.

Pour Mme Toda, son « corps a fait n'importe quoi » : il n'a pas pu garder l'enfant, il n'a pas pu accoucher lui-même donc elle a eu une césarienne. Elle ne se sent pas capable d'être alors une bonne mère pour sa fille.

Au cours de ces différentes étapes, la mère imagine son enfant et se prépare à son arrivée. Chacune s'approprie ce rôle à sa façon. Certaines se sentent devenir mère en parlant à leur enfant, en le touchant, en partageant de la musique... D'autres ont besoin de préparer le nid, de créer un cocon, d'anticiper tous les besoins à venir pour remplir ce rôle. Or, l'hospitalisation contraint la femme à arrêter ces préparatifs et, par la même, peut arrêter le processus de maternalité. L'hospitalisation pour MAP impose également à la femme d'accueillir son enfant plus tôt que prévu. La confrontation à une naissance trop précoce peut faire qu'elle ne se sente pas prête à endosser le rôle de mère. Spiess (2002) précise que ce processus de maternité s'élabore tout au long des neuf mois. La préoccupation maternelle primaire arrive à la fin de la grossesse. Elle peut alors avoir l'impression de ne pas être encore prête pour être mère, alors même qu'elle se sent dans l'incapacité de mener la grossesse à terme.

Mme Belo : « Je n'ai pas pu finir de préparer le linge. Je dois encore faire tourner des machines. Et je suis là, je suis bloquée. Je n'ai pas l'impression de pouvoir devenir une maman. »

De plus, la construction de la maternalité et la capacité à s'attacher à l'enfant semblent intriquées. Comme évoqué précédemment, la peur d'une anomalie ou d'un décès peut bloquer les représentations de l'enfant et par conséquent, inhiber la future maman dans l'appréhension de son rôle de mère. En effet, la perte d'une grossesse interrompt le processus de parentalité (Rousseau, 2001). D'une manière ou d'une autre, elle peut désinvestir ce rôle de façon à se protéger, par peur d'une perte ou de ne pas être une bonne mère.

III.2.5. Une ambivalence émotionnelle

L'ambivalence émotionnelle est propre à la grossesse. Il semble cependant qu'elle est majorée au cours d'une grossesse à risque, et que la culpabilité tient une place importante. La peur aussi, bien qu'elle soit sous-jacente chez toutes les femmes enceintes, est particulièrement accentuée au vu du risque qu'encourent mère et enfant.

La société exige des femmes qu'elles soient de bonnes mères, la logique veut que la grossesse soit un événement de bonheur et de plénitude (Bourguiba, 2015). D'un autre côté, on attend d'elles qu'elles soient actives et travailleuses (Provost, 2012). La femme hospitalisée est contrainte à rester à l'hôpital. Elle éprouve parfois une difficulté

à se sentir femme. Le statut de femme et le statut de mère sont entre-mêlés. La femme enceinte se retrouve, à fortiori, dans cet entre-deux et la pression sociale est importante.

Chaque annonce lors de la grossesse, bonne ou mauvaise, a une résonance particulière pour chaque femme selon son histoire. Elle peut parfois même prendre une dimension traumatique (Lachowski et coll., 2007). Certaines peuvent exprimer des formes de dépression. Fort (2005) explique que la tristesse s'exprime par un pessimisme, de l'anxiété, de la culpabilité, une dévalorisation de soi (peur de pas être capable d'accoucher, de pas être capable de s'occuper du bébé), et la honte d'avoir peur. Anxiété, expressions dépressives, peur et honte sont majoritairement retrouvées chez les femmes hospitalisées. En effet, Fort suppose que l'ultimatum de la mère ou l'enfant serait à l'origine de cette expression dépressive. Dans le vécu de grossesse à risque, ce conflit peut être exacerbé.

Mme Belo est hospitalisée pour une pré-éclampsie. La honte se ressent dans l'appréhension qu'elle a à évoquer ses craintes et la difficulté à se sentir mère.

Mme Lou parle du « nuage noir » qu'elle a dans la tête et qui illustre bien la tristesse et les pensées négatives en lien avec les craintes de perdre son enfant.

La culpabilité apparaît à plusieurs niveaux. D'une part, elle culpabilise de ne pas pouvoir assurer la sécurité de l'enfant qui est en elle. La peur et l'angoisse sont souvent envahissantes. La culpabilité s'exprime à nouveau : elle se demande pourquoi elle ressent toutes ces émotions négatives alors qu'elle voulait cet enfant et en est heureuse.

Mme Toda semble incarner la culpabilité du début de sa grossesse à l'arrivée de sa fille. Elle a un utérus bi-corne : c'est de sa faute si l'accouchement est risqué. Elle a eu besoin de se changer les idées et sortir : la MAP est à cause d'elle. Sa mère lui prend toute son attention : elle s'en veut de ne pas être entièrement tournée vers sa fille. Elle a accouché par césarienne : elle n'aura pas pu aider sa fille jusqu'à la dernière minute. Les infirmières s'occupent de sa fille en néonatalogie : elle n'arrivera jamais à leur hauteur. Elle se dévalorise et se sent incapable d'assurer son rôle de mère sans le soutien du personnel hospitalier.

III.2.6. Un rapport au corps particulier

Selon Stern, la préoccupation principale des femmes occidentales est de faire un enfant vivant et en bonne santé, être capable de le maintenir en vie et lui apporter le meilleur développement psychocorporel possible (Allilaire, 2001). Assurer ce rôle semble compliqué lors d'une grossesse à risque. Elle partage son corps avec un être qu'elle doit protéger, mais ce même corps est défaillant, il ne peut garder l'enfant. La confiance qu'elle a en ce corps est ébranlée, la confiance en elle et sa capacité à devenir une bonne mère également. Une dévalorisation s'installe. Le corps peut ne pas être perçu comme contenant, puisque dans le cas des menaces d'accouchement prématuré, par exemple, le col est ouvert : l'enveloppe psychocorporelle est altérée.

Lors de traumatismes, de transformations, de douleurs, de corps « choséifiés »... l'image du corps est fragilisée (Michel, Dehestru et coll. 2017). Les femmes hospitalisées voient leur corps immobilisé, alité, médicalisé, objectalisé et les sensations qu'il reçoit peuvent être intrusives, douloureuses, diffuses et appauvries. La femme est anxieuse et douloureuse, ce qui n'est pas sans conséquence sur son tonus.

L'identité de la femme est ébranlée. Elle est déjà mise à l'épreuve par l'état de grossesse même, dans ce mouvement de transformation de la femme à la mère. Mais dans ce contexte d'hospitalisation, ceci est accentué. Le corps maternel prend le dessus sur le corps féminin. La dimension humaine est négligée (Spiess, 2002), l'hospitalisation donne le sentiment d'être dépendante. Il peut être alors difficile de retrouver son identité d'être humain à part entière.

Mme Albre : « Je me sens rabaissée aux yeux des autres. Je ne peux même plus mettre mes chaussures toute seule. Je dois rester alitée, je ne peux plus me maquiller. Le pire, c'est ne plus pouvoir me laver les cheveux tous les jours. »

Mme Lou : « On n'est pas vraiment touchées ici. Ce sont des touchers médicaux, froids. Vous c'est doux, c'est plus humain. »

En reprenant l'idée de l'image composite de Pireyre, le constat est que sensation, tonus, enveloppe et identité, entre autres, sont altérés pour ces femmes. L'image du corps subit ainsi un remaniement important.

III. La psychomotricité dans le service

III.1. Champs d'action de la psychomotricité

Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé, les enjeux autour de la périnatalité sont d'apporter les meilleures conditions possibles lors de la grossesse et de l'accouchement ainsi que prévenir les problèmes de santé chez l'enfant et la mère après la naissance. La psychomotricité a déjà fait sa place au sein des services de néonatalogie, des unités mères/bébés et de bien d'autres structures de la petite enfance. Cependant, elle se fait encore rare auprès des femmes enceintes.

III.1.1. D'un point de vue législatif

Le plan périnatalité de 2005-2007 insiste sur l'humanité, la proximité, la sécurité et la qualité. Plusieurs mesures ont été pensées pour y répondre. Sur le plan « humanité », l'un des objectifs concerne la prise en compte de l'environnement psychologique de la périnatalité. Les vulnérabilités personnelles et familiales sont reconnues comme influant sur le déroulement de la grossesse, et l'aspect psychoaffectif pourrait impacter le lien parent/enfant.

Ce plan reconnaît également l'importante médicalisation de la grossesse, qui laisse peu de place à l'écoute des émotions et leur accompagnement. Finalement, « cette démarche [...] vise à renforcer la prévention des troubles du développement psychoaffectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents et en mobilisant leurs ressources », et ceci en renforçant les collaborations médico-psychologiques et l'intervention plus fréquente et mieux définie des psychologues.

Au vu des perspectives énoncées précédemment, le psychomotricien pourrait prendre place parmi les acteurs de santé. En effet, selon le Décret n°88-859 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, le psychomotricien est apte à intervenir pour des troubles du schéma corporel, des dysharmonies psychomotrices et des troubles tonico-émotionnels. Il peut ainsi apporter une réponse aux attentes de prise en charge des émotions et du psychisme de la femme enceinte, par le biais d'une approche corporelle. Les connaissances apportées par le Diplôme d'État permettent de travailler auprès des gynécologues-obstétriciens, des sages-femmes, et l'ensemble du personnel médical présent dans le service.

Le plan périnatalité s'applique au service de G-O, qui est garant de la bonne santé de la mère, primordiale pour garantir celle de son bébé. Par santé, l'OMS entend « un état de complet bien-être mental, physique et social », ne consistant pas uniquement en une absence de maladie ou d'infirmité. Ainsi, au vue des recommandations du Plan Périnatalité, de l'objectif de bonne santé que tente de garantir ce service et des aptitudes professionnelles du psychomotricien, on peut penser qu'une place pourrait lui être attribuée dans cette prise en charge de la grossesse qui se veut de plus en plus pluridisciplinaire et de moins en moins médicalisée.

III.1.2. Un travail de prévention

Selon l'OMS, la prévention se définit comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

Une prise en charge particulière est mise en place lors de grossesse à risque. Cependant, même si la pathologie est traitée et les risques minimisés voire supprimés, il est primordial d'assurer à la mère une suite de gestation sans crainte et sans stress. Ainsi, il est important de lui offrir un lieu d'expression de ses questionnements et de ses angoisses (Lachowski et coll, 2007). Le psychomotricien pourrait accompagner la femme à appréhender au mieux les changements corporels inhérents à la grossesse, réduire l'anxiété et les douleurs. De plus, la grossesse et plus encore l'hospitalisation, placent le bébé au centre des préoccupations. Le corps de la mère est très médicalisé et objectalisé, pour être garant du bon développement de l'enfant. Une séance de psychomotricité pourrait être l'occasion de remettre son corps et sa personne propre au cœur de la prise en charge, d'offrir un espace où la femme serait considérée en tant que telle et pour elle-même. Il s'agit donc en première intention d'un accompagnement sur l'ici et maintenant, dans le but d'améliorer le vécu d'hospitalisation de la femme.

La bonne santé du bébé à naître est l'un des objectifs premiers de l'hospitalisation. Or, le stress aurait une incidence sur les MAP, ainsi qu'un impact négatif sur la santé du fœtus : « le stress vécu par les femmes durant leur grossesse aurait la capacité de moduler de façon permanente le développement du fœtus » (Bussières, Pearson, Tarabulsy, Tessier, Charland, Giguère, Forest, 2012, p.55), notamment au niveau de la croissance, l'âge gestationnel, la réactivité au stress et le développement cognitivo-moteur. Une étude de Bernier, Jarry-Boileau, Tarabulsy et Miljkovitch en 2010 a établi le fait qu'un lien existe entre l'état physiologique à la naissance, la santé, et le développement cognitif, la qualité des interactions avec les parents et la régulation

émotionnelle. Ainsi, le bien-être de la mère serait également bénéfique au fœtus et son avenir. De plus, selon Guédeney (2001), les maladies mentales du post-partum pourraient être favorisées par des événements de vie stressant durant la grossesse ou encore un vécu peu soutenant, entre autres. C'est pourquoi la prise en charge de l'anxiété paraît être un enjeu primordial.

Il s'agit également d'un travail de prévention quant à la qualité de ses interactions précoces. Ces dernières ne sont pas uniquement dépendantes de l'état de santé du bébé, mais aussi de celui de la mère. Selon Bowlby, il est important de pouvoir se rattacher à un adulte pour la survie et il doit être en mesure de le supporter tant physiquement, que psychiquement. Une femme pourrait être fragilisée par cet événement de risque vital, d'hospitalisation, de médicalisation. Le psychomotricien, par son approche corporelle, pourrait alors agir dans une optique de réassurance, voire de détection d'éventuels signes de dépression ou autre trouble. Soutenir pendant la grossesse, c'est soutenir la transformation et le devenir de la maternité de la mère.

Dans ce contexte d'hospitalisation, le risque de perdre le bébé est présent dans les pensées des futures mamans. Cependant, cet enfant est bel et bien vivant dans le corps. La mère le voit au ventre qui s'arrondit, aux sensations procurées par les mouvements... En tant que psychomotricien, nous avons l'avantage de pouvoir utiliser le corps et ses éprouvés comme outil pour amorcer un travail autour de l'attachement et du lien. Ceci semble primordial et ce, même en cas de décès. En effet, on ne peut faire le deuil de quelque chose qui n'a pas existé. Selon Freud, « le deuil est une réaction extraordinairement douloureuse qui nécessite un travail psychique intense dont la fonction est de détacher du mort les souvenirs et les espoirs du survivant » : pour se détacher, il faut s'être attaché. La prévention peut donc aussi se faire dans ce sens.

III.2. Les modalités d'intervention

Après la découverte du service, des patientes et de leurs problématiques quatre indications principales sont apparues : gestion du stress, soulagement de la douleur, verbalisation des émotions et rapport au corps. Des affiches ont été disposées dans les postes de soin afin d'informer le personnel soignant des modalités d'intervention en psychomotricité (cf. annexe 4). Plus tard, plusieurs demandes ont été faites autour du lien avec l'enfant, ce qui s'est ajouté aux autres indications. Les patientes étaient adressées par les sages-femmes principalement, mais également la psychologue et la psychiatre.

III.2.1. Le bilan

« Le bilan psychomoteur est un outil indispensable au psychomotricien, même si cette évaluation doit être adaptée en fonctions des pathologies et de la population. » (Vaivre-Douret, 2016, p.57). Il est indispensable dans la formulation d'hypothèses sur les principales fonctions psychomotrices et l'orientation du projet thérapeutique.

Aucun test psychomoteur n'est adapté à la femme enceinte. De plus, la demande est *urgente* dans le sens où la durée d'hospitalisation n'est pas définie, le besoin est immédiat et le stage ne se déroule qu'une fois par semaine. Ainsi, consacrer une séance au bilan s'avère difficile. Dans cette nécessité d'immédiateté, un questionnaire qualitatif a été mis en place (cf. annexe 5). Les questions se rapportaient au vécu corporel et psychique de la grossesse, et celui de l'hospitalisation. Le bilan psychomoteur prend alors la forme d'un entretien. Il permet de constituer l'anamnèse du patient, en prenant en compte tous les antécédents personnels et familiaux afin de mieux comprendre son organisation (*Ibid*).

Au cours de l'entretien, beaucoup d'informations sont données verbalement par la femme sur son vécu psychocorporel. Les mots employés sont à prendre en compte. Mais « le premier outil du psychomotricien est son œil » et ce, dans toutes les situations : entretien, séances... (Sage et Chéron, 2018, p.52). Ainsi, lors de cet entretien, l'observation sera primordiale. L'observation, dont Sage et Chéron décrivent les spécificités en psychomotricité, consiste en la sélection d'informations, généralement réalisée avec un objectif spécifique. Ici, l'objectif est de comprendre le fonctionnement psychomoteur de ces femmes et le rapport à leur corps. Cette observation est essentielle à l'adaptation de notre relation et notre positionnement en tant que thérapeute : ajuster la distance physique, le ton de la voix... Elle permet également l'ajustement du projet thérapeutique.

« La première observation dite globale s'effectue le plus souvent lors de la première rencontre, lors de l'entretien. Via des questions plus ou moins ciblées, nous observons déjà les réactions émotionnelles, les décrochages, les mouvements involontaires, les communications non verbales gestuelles et faciales... » (*Ibid*. p.54). Observer les mouvements volontaires et involontaires permet d'entamer une analyse. Elle se centre donc sur la communication non-verbales de la patiente au moment de l'entretien. L'attention doit alors se porter sur les réactions tonico-émotionnelles, la posture et l'attitude, l'investissement de l'espace, le vécu de la temporalité, les représentations

corporelles, la verbalisation ou non des émotions et des affects et leurs expressions corporelles. C'était une tentative de repérer ce qui se dit dans le corps et y mettre des mots.

Grâce à l'entretien et l'observation le projet thérapeutique s'élabore. Il s'enrichit de tout autre élément apporté en cours de séance, comme des informations sur le tonus durant la relaxation, et des éventuelles demandes de la patiente. Ceci permet d'adapter rapidement la séance de psychomotricité aux axes de travail visés.

III.2.2. Une médiation corporelle

La médiation utilisée au cours des prises en charge a été la relaxation. Cette médiation corporelle est utilisée par différents professionnels. Cependant, en tant que psychomotriciens, le seul but n'est pas de procurer un état de relâchement musculaire. L'utilisation de la relaxation permet de moduler d'autres paramètres psychocorporels pour répondre au projet thérapeutique du patient. En effet, Sapir (cité par Carric et Soufir, 2014) définit la relaxation comme « toute technique s'exerçant sur le tonus musculaire et visant à son relâchement. Il va de soi que toutes réagissent sur la personnalité dans sa totalité, provoquant des réactions affectives et libidinales ».

La relaxation permettrait de diminuer l'activité utérine. C'est ce que dit Dayan (1999) en reprenant Herms, qui a démontré l'efficacité d'un exercice de relaxation sur la fréquence des contractions spontanées en fin de grossesse. Il évoque également l'expérience d'Omer et coll. dont l'utilisation de relaxation sous hypnose pour traiter les MAP se serait montrée efficace. De plus, Louvel (2002), énonce l'importance d'utiliser des techniques régressives, telle que l'est la relaxation, dans des vécus douloureux. La relaxation serait pour ces femmes une occasion de se recentrer sur leur corps et vivre quelque chose de l'archaïque. La relaxation permet également l'actualisation de l'image du corps et du schéma corporel, la modulation tonique permettant un relâchement corporel pour atteindre un apaisement psychique dans une optique de gestion de l'anxiété. D'autres axes thérapeutiques peuvent être abordés par l'utilisation de la relaxation, selon les problématiques des patientes.

III.2.3. La relaxation psychomotrice

De Palma (2018) définit la relaxation psychomotrice comme une médiation corporelle visant à « accueillir et accompagner le patient dans une recherche active de son

ressenti corporel et de l'éprouvé émotionnel qui s'y rattache ». Cette technique ne suit pas de protocole pré-établi : il s'agit avant tout d'un cheminement avec le patient, d'un ajustement réciproque. Cela passe par le dialogue tonico-émotionnel qui s'instaure et permet au patient de redécouvrir son corps en relation et trouver par lui-même ce qui lui convient. Le thérapeute va proposer une recherche de sens, une élaboration commune avec le patient. Le but est de permettre au patient de prendre conscience de sa posture, ses mouvements, ses ressentis toniques, et d'en parler.

Malgré l'absence de protocole stricte, une séance de relaxation psychomotrice se compose de cinq temps. C'est pour cette particularité qu'elle a été choisie auprès des trois patientes qui seront décrites dans la partie clinique. Il est à préciser que cette médiation n'est pas la seule pouvant répondre aux problématiques des patientes.

III.2.3.1. L'installation

L'*installation* est le premier temps de séance. C'est le temps de l'ajustement postural du corps, que la patient doit trouver par lui-même, à l'aide du thérapeute. Cette étape est particulièrement importante avec les femmes hospitalisées car pour la plupart, elles doivent rester alitées. Cette situation peut entraîner des douleurs, qui peuvent être accentuées par un manque d'écoute corporel. Ainsi, elles ont souvent mal au lombaires, aux trapèzes... Ce moment d'installation permet de faire l'inventaire des douleurs et de trouver ensemble le moyen de les apaiser (avec ou sans matériel). Cette étape est utile non seulement pour la séance de relaxation mais également pour tout leur séjour dans le service. Cela permet déjà d'opérer un travail de conscience corporelle et une meilleure compréhension tonique. Il s'agit donc d'une étape clé pour poser son corps, rechercher la passivité, être acteur d'une recherche individualisée et un temps d'écoute et de respect de soi.

III.2.3.2. Les mobilisations

Vient ensuite le temps des *mobilisations*. Elles peuvent être globales ou segmentaires, de différentes sortes (toucher, mobilisations passives, pressions...). Le but est d'apporter des informations proprioceptives, des indications sur l'état tonique et le positionnement de son corps. Le schéma corporel et l'image du corps s'actualisent. Mais les mobilisations doivent répondre à un projet, différent pour chaque femme rencontrée. Elles pouvaient alors répondre à des besoins de contenance, de gestion du stress, de communication avec bébé, entre autres. Elles peuvent également

répondre à un besoin d'autonomie : les mobilisations apportées seront alors choisies de manière à ce que la femme puisse se les approprier et les reproduire seule.

III.2.3.3. L'approfondissement

L'*approfondissement* suit le temps de *mobilisation* : il s'agit d'une phase de détente profonde et très variable selon chacun. « Cet accès à un état tonique très bas permet de maintenir un équilibre fin entre son état de conscience du monde extérieur et son état intérieur ». Cela permet d'apporter bien-être et harmonie, mais peut aussi s'avérer source d'angoisses lorsque des modifications de l'image du corps surviennent (perception fragmentaire...). Ce temps peut être accompagné verbalement, ou non. Il est intéressant de laisser durer quelques minutes ce moment pour offrir l'occasion à la patiente de voir émerger des sensations, perceptions, sentiments... De l'extérieur, nous pouvons observer les modifications faciales, respiratoires, ouvertures axiales...

III.2.3.4. La reprise

La *reprise* peut être initiée par la patiente ou par le psychomotricien. C'est le moment que prend le patient pour revenir à un état plus dynamique, reprendre son propre rythme et reprendre contact avec le monde environnant. Les réactions sont une fois de plus importantes à observer (ouverture des yeux, étirements...), ainsi que la durée.

III.2.3.5. La verbalisation

Enfin, la *verbalisation* peut être abordée. Il s'agit d'un temps de représentation et de symbolisation, interrogeant sur le lien corps/psychisme. Il y a là un travail de mise en sens de l'éprouvé corporel : cette mise en mot permet d'aller au-delà des sensations perdues, de l'archaïque et d'aller vers la représentation. Elle peut passer par la parole mais également par d'autres médiations (dessin...). C'est cette étape qui ouvre la voie à des remaniements psychocorporels possibles.

CLINIQUE

Le stage expérimental s'étant déroulé en binôme, l'autre stagiaire et moi étions présentes lors des séances. Cependant, l'une restait en observation et l'autre menait la séance. Pour les trois cas présentés, j'étais en posture d'actrice, c'est pourquoi j'emploierais le pronom « je ». Les noms des femmes ont été modifiés.

I. Mme Lou, le contenant contenu

I.1. Première rencontre, premières impressions

Mme Lou est une femme mariée de 47 ans. C'est une primipare* enceinte de 25 SA et 2 jours. Elle est tombée enceinte après plus de 15 ans de tentatives de Fécondations In-Vitro (FIV), par don d'ovocyte. Elle a été hospitalisée dans le service pour MAP, avec des contractions et le col ouvert. Elle m'a été indiquée par la sage-femme pour anxiété.

La sage-femme m'a dépeint le tableau d'une femme très anxieuse, au point de souhaiter une échographie par semaine pour se rassurer. Elle aurait grand besoin de parler et il semblait urgent d'aller la voir. La psychologue avait également été prévenue.

Je suis allée dans sa chambre pour me présenter et lui proposer une séance, dont elle pourrait choisir l'horaire dans la journée. La pièce était sombre, les rideaux fermés. Mme Lou était en décubitus dorsal. La tête de lit était totalement allongée. Sa couverture la couvrait jusqu'au cou. Son visage était creusé et on pouvait deviner une silhouette assez maigre. Elle n'a répondu que très brièvement mais a quand même accepté que je revienne la voir dans l'après-midi. Elle n'a pas exprimé de particulière envie ni motivation quant à la prise en charge. Elle semblait triste.

I.2. La surprise

I.2.1. Entretien et observations psychomotrices

Je retourne la voir l'après-midi, à l'horaire convenue. Au moment où j'entre dans la chambre, elle me dit qu'elle était justement en train d'installer une application de méditation. Les volets sont à présent ouverts, la pièce est illuminée. Mme Lou est redressée et assise. Elle affiche un grand sourire. L'ambiance de la pièce et la posture générale de Mme Lou s'opposent à la première impression du matin.

J'entame l'entretien par le questionnaire. Elle parle de sa grossesse avec des termes très positifs, la décrivant comme « inespérée, extraordinaire, miraculeuse... ». Jusque là, elle dit avoir eu tous les bons côtés de la grossesse, sans les vomissements, la prise de poids... Elle fait beaucoup de sport et a continué pendant sa grossesse, tant qu'elle a pu, en écoutant son corps. Son vécu corporel est donc idéal. Il s'agit selon elle d'une « compensation » : avoir cet enfant a été tellement difficile que la grossesse, elle, se passe bien. Elle évoque alors son parcours difficile de FIV et de don d'ovocyte, sans entrer dans les détails, sans en exprimer ses affects non plus.

D'un point de vue émotionnel, elle est très heureuse de cette grossesse tant attendue. Elle sait aussi qu'il s'agit d'une grossesse à risque et déjà, avant l'hospitalisation, elle avait peur et était très angoissée. Puis elle parle de son hospitalisation. À la suite d'une simple échographie, le docteur lui annonce que son col est dilaté et qu'elle doit arrêter de travailler. Quelques jours après, elle doit être hospitalisée. Elle dit qu'avec l'hospitalisation, sa crainte est amplifiée car « là, je risque vraiment de perdre le bébé ». Malgré cela, cette situation la rassure car elle est surveillée en permanence. Elle sait qu'au moindre problème, elle peut être prise en charge directement, « ça m'enlève un petit stress » dit-elle. Elle répète à plusieurs reprises que chaque jour est un jour de gagné. Elle n'arrive cependant pas à réaliser ce qui lui arrive.

L'entretien continue et elle en vient à parler du bébé. Parfois, elle semble réaliser la présence du bébé et l'accepter, l'intégrer dans sa vie : « on regarde des séries, on se repose... ». Mais à d'autres moments, elle met en évidence la possibilité qu'il peut ne pas survivre : « on ne sait pas ce qu'il en sera dans 10 ans ». J'évoque ensuite la possibilité d'un groupe avec d'autres futures mamans dans son cas, mais elle refuse en disant que chaque histoire est unique, qu'elle ne veut pas la partager pour l'instant,

d'autant plus qu'on n'en connaît pas l'issue : « On verra dans 20 ans comment ça se sera passé, là je pourrais la raconter. Que ce soit un préma en forme, un préma mort, ou même pas préma... ».

Elle finit par un discours positif, assurant qu'elle prend bien la situation et qu'elle est très entourée. Elle prend son arrêt de travail et son hospitalisation comme un temps privilégié pour elle et son bébé. Elle nous raconte une dernière chose avant d'entamer la séance de relaxation. Elle avait effectué une demande d'adoption, et a reçu l'agrément juste avant de savoir que sa FIV avait fonctionné : « c'est comme si on m'avait accordé le droit d'être maman ».

I.2.2. Vue d'ensemble

Mme Lou semble s'efforcer de voir le positif. Elle est en capacité de verbaliser ses inquiétudes mais son corps ne les traduit pas. Elle se tient droite dans son lit, assise en tailleur. Ses mains sont posées sur ses genoux. Elle semble sereine, parle d'une voix calme. Peu importe ce qu'elle est en train de dire, un sourire est plaqué sur son visage. Cette image contraste avec la description faite de la sage-femme et l'image que Mme Lou a pu renvoyer de prime abord.

J'ai senti dans son discours une certaine distance face aux événements, peut-être un moyen de se protéger. On observe également une ambivalence dans ses sentiments, qu'elle exprime clairement : attendre cet enfant la rend très heureuse mais la peur de le perdre est très présente. Cette ambivalence se ressent également dans l'investissement du bébé : elle parle de lui comme un être réel et vivant et en même temps, elle répète à plusieurs reprises qu'elle ne sait pas s'il sera encore là dans quelques temps. Elle ne veut d'ailleurs pas connaître le sexe, ce qui irait dans le sens d'un investissement limité.

Mme Lou semble assez passive face aux événements. D'abord, son corps paraît hors de son contrôle. Il a empêché la grossesse pendant des années, puis l'a acceptée et maintenant, ne peut plus contenir : le col est dilaté et les contractions sont déjà là. Elle donne l'impression de tenter de contenir en elle ses émotions et ses peurs, peut-être également le fœtus à l'intérieur. Il s'agit peut-être d'un comportement en réponse à une situation qu'elle ne peut maîtriser.

Une prise en charge psychomotrice paraît pertinente pour Mme Lou qui ne semble pas parvenir à faire du lien entre son corps et son esprit. L'axe de travail principal est

l'image du corps, notamment une de ses composantes : l'enveloppe. Passer par la relaxation serait un moyen de redonner de la consistance à cette enveloppe qui peine à assurer son rôle de contenance et que Mme Lou tente de compenser, lui faire sentir qu'elle est contenue pour qu'elle-même puisse être contenante pour son enfant. Cette contenance est également psychique, donc un cadre et une présence maternants semblaient important à mettre en place pour qu'elle s'autorise à exprimer ses émotions, notamment au travers du corps, sans avoir le sentiment que tout lui échappe. Ainsi, j'irais solliciter l'enveloppe pour qu'elle se sente solidifiée et puisse unifier le corps et le psychisme de Mme Lou. Malgré l'ambivalence présente dans ses propos, au sujet de son enfant, j'ai préféré ne pas l'inclure dans la séance dès la première fois. À l'issue de cet entretien, la séance de relaxation a démarré.

I.3. La première séance

I.3.1. Un toucher maternant

Pour l'*installation*, Mme Lou n'ayant pas indiqué de douleurs particulières et ne sachant comment se positionner, je lui ai proposé différentes positions et chercher elle-même ce qui lui convient le mieux. Elle me répond « comme vous voulez ». Je lui propose d'enlever sa couverture, ce qu'elle accepte. Elle se positionne en décubitus dorsal, les bras sur le côté, marquant une certaine ouverture de la face antérieure.

Les *mobilisations* proposées étaient des enveloppement avec les mains et le passage d'un ballon sur le contour du corps : le travail sur l'enveloppe commence. J'accompagne de verbalisations les touchers pour que Mme Lou puisse faire le plus de liens possibles entre ses sensations et ses représentations, et pour que son attention soit focalisée sur l'instant présent. De plus, elle est alitée et ne peut quasiment jamais se lever. Ainsi, l'apport de sensations permet de « redonner vie » à ce corps immobile.

Lors de l'*approfondissement*, je lui propose de comparer l'avant et l'après. Peu de réactions corporelles transparaissent. Il s'agit en général du temps où l'état de conscience diminue et laisse place à l'état de relaxation. Pourtant, alors que la respiration avait ralenti lors des mobilisations, elle s'accélère lors de l'approfondissement. Peut-être que l'absence de mobilisations et de verbalisation a laissé place à ses pensées et ses angoisses.

La reprise se fait assez rapidement : elle ouvre directement les yeux et dit « très agréable ! ». La verbalisation s'est faite à son initiative. En revenant avec elle sur les différentes propositions, elle exprime la différence qu'elle a ressenti entre le toucher peau à peau et le toucher médiatisé avec le ballon. Elle a préféré les mains car le contact est « plus chaud et plus doux » que le ballon, dont elle n'a pas apprécié la matière. Cependant, elle précise que le rond du ballon lui a évoqué « quelque chose de maternel, de rond, j'ai bien senti le rond de mon ventre ». Elle a également parlé de la lourdeur ressentie dans l'ensemble de son corps.

Après ce retour sur la séance, Mme Lou a fait des liens avec certains événements personnels. Elle m'a expliqué à quel point le toucher était important puisqu'elle en avait elle-même constaté l'importance. En effet, elle a accompagnée sa grand-mère à l'hôpital lors de son cancer, et une amie lors d'un AVC, et le toucher « humain » manquait fortement lors d'hospitalisations. Selon elle, les touchers sont souvent très médicaux et « froids », alors que nous lui avons proposé quelque chose de différent, plus « doux », et que cela remettait de l'humanité. Elle dit en avoir besoin pour ne pas s'oublier et revenir à soi. Elle dit : « Les médecins donnent des médicaments, les paramédicaux aident à les digérer ». Nous fixons un rendez-vous par semaine.

I.3.2. Conclusion

À l'issue de cette première rencontre, de nombreux questionnements ont émergé. J'ai échangé avec la psychologue qui la suivait. Selon cette dernière, Mme Lou présente des réactions normales et saines au vu de son parcours et de sa situation actuelle. Garder en tête l'éventualité d'une issue fatale est une façon de se protéger, mais elle investit suffisamment son bébé et ses peurs sont rationnelles. La psychologue et moi partageons cet avis que, tant corporellement que psychiquement, Mme Lou se contient beaucoup. Il s'agit de sa manière de garder le bébé à l'intérieur, de maîtriser tant qu'elle le peut la situation.

Un travail autour du bébé ne semblait pas primordial. Il semblait important de travailler sur son enveloppe et ses propres sensations corporelles. Quant à son anxiété, elle était normale et adaptée. La relaxation serait alors un temps pour l'atténuer un instant, et surtout accueillir ses émotions. Le toucher thérapeutique serait à nouveau utilisé puisque j'ai constaté une baisse du tonus et un apaisement de sa respiration lors de son utilisation.

I.4. La deuxième séance

I.4.1. Relaxation

Je revois Mme Lou une semaine plus tard. Lorsque j'arrive dans la chambre, elle dit qu'elle m'attendait et commence à raconter tout ce qui s'est passé pour elle : « ces derniers jours, tout est monopolisé là », dit-elle en pointant son ventre. Elle semble avoir investi ce temps de psychomotricité et avoir compris ce qu'elle peut y déposer.

Avant de commencer la relaxation, je lui propose d'exprimer tout ce vécu sur une silhouette vierge. J'ai choisis ce moyen d'expression pour qu'elle puisse passer par autre chose que la parole, qu'elle semble adapter à mes attentes et mes réponses. Elle dispose de différentes couleurs et peut remplir cette silhouette comme elle le souhaite, selon ses sensations et ses ressentis. Elle est surprise par cette proposition. Cela la déstabilise, elle ne se sent pas capable, dit qu'elle n'est pas créative. J'ai le sentiment qu'il est difficile pour elle de compléter cette silhouette car elle ne connaît pas la « bonne » réponse. Après l'avoir rassurée en expliquant qu'il ne s'agit pas d'une œuvre d'art et qu'il n'y a aucune attente particulière, elle prend le temps de choisir les couleurs et remplir la silhouette. Elle commente tout. Sur cette silhouette, uniquement le ventre et la tête sont marqués par un cercle (cf. annexe 6) : « parce qu'ils sont pleins, et très vivants ! ». Rien n'est ajouté : ni le visage, ni autre signe particulier. Comme elle le dit elle-même, tout est focalisé sur son ventre. Je me suis questionnée sur son investissement corporel : l'alitement diminue les sensations et la prise en charge hospitalière est centrée sur le bébé, donc sur le ventre.

La séance de relaxation commence. Elle demande à nouveau mon avis quant à son *installation*, avant même d'écouter ses propres besoins. Elle s'est finalement positionnée en décubitus dorsal. Puis elle a fermé les yeux et dit « *ça bouge là-dedans* », en parlant de son bébé.

Je lui propose d'observer un instant les mouvements du fœtus dont elle vient de parler, puis de prendre conscience des sensations du reste de son corps. Je fais l'inventaire de ses appuis, en nommant toutes les parties de son corps, pour revoir le schéma corporel dans son intégralité. Mme Lou a une respiration plutôt thoracique et assez rapide. Je lui propose de visualiser le chemin de l'air dans son corps, puis quelques exercices de respiration visant à la moduler. Sa respiration s'apaise mais reste thoracique. Enfin, j'effectue des enveloppements avec mes mains, des lissages et

des pressions, pour aller contacter l'enveloppe des différentes manières. Les mobilisations sont accompagnées de suggestions quant aux différentes sensations qui peuvent être ressenties (chaleur, lourdeur, légèreté...).

Pour l'*approfondissement*, je propose de donner un appui sous les pieds. Je dispose le ballon entre le lit et la plante de ses pieds. Lorsque je lève ses jambes, elle participe activement au mouvement. Cet appui a pour but de clôturer ce travail et fermer cette enveloppe, après avoir fait le tour de l'ensemble de son corps.

La *reprise* se fait, de la même manière que la fois précédente, rapidement. Elle ouvre les yeux, sans prendre le temps de profiter de son état et commente « très bien, très agréable ». Il semble qu'elle a besoin de reprendre le contrôle en rouvrant les yeux, dès qu'elle le peut.

Pour la *verbalisation*, je lui propose de reproduire le même exercice qu'en début de séance. Elle avoue alors y avoir pensé pendant la relaxation et trouver cela très intéressant. Le fait qu'elle pense à ce qu'elle allait mettre sur la silhouette pendant la séance semble à nouveau témoigner d'une difficulté à lâcher-prise et d'un besoin de faire « comme il faut ». En la remplissant, elle commente : « Ça m'a soulagé la tête. On prend plus conscience de son corps, comme si les énergies reviennent dans le corps. » (cf. annexe 7). Les contours de la silhouette sont repassés et le trajet de l'air est dessiné, ainsi que le ventre. Au quotidien, elle a l'impression que le reste de son corps, en dehors du ventre, est oublié. La relaxation est un temps pour elle qui lui offre une parenthèse et lui permet d'être coupée de ce qui l'entoure et la préoccupe. C'est l'occasion pour elle de se reconnecter avec son corps.

I.4.2. Vers l'intégration d'une enveloppe

Le travail autour de l'enveloppe semble s'intégrer. Cela peut s'observer sur le dessin : l'ensemble de son corps est concerné, plus seulement le ventre et la tête. Le contour est repassé, ce qui pourrait correspondre à l'enveloppe. Concernant l'intérieur, elle a retracé le chemin de la respiration (le nez, la bouche, la cage thoracique) jusqu'au ventre. Ce travail autour de l'enveloppe semble avoir permis à Mme Lou d'être plus centrée sur ses sensations internes, et non seulement sur celles procurées par son enfant. De plus, on ne voit plus de marques au niveau de la tête : peut-être parce qu'elle a pu, pendant un temps, penser seulement à l'instant présent.

Je lui demande ensuite comment se passe l'hospitalisation en général. Elle se dit beaucoup plus rassurée par rapport à la dernière fois. Elle a pris ses habitudes, a trouvé un rythme. Au début, elle ne situait pas l'hôpital sur la carte, se sentait loin de chez elle. Maintenant, elle visualise son emplacement et a trouvé des repères spatiaux rassurant. Elle a aménagé sa chambre d'affaires personnelles, de cadres photos...

Enfin, je lui fais remarqué que je n'avais rien observé dans son corps qui traduisait le stress qu'elle évoquait depuis notre première rencontre. Elle explique qu'elle est capable d'en parler mais qu'elle tente de cacher ce stress. Je lui propose de s'observer elle-même jusqu'à la semaine d'après pour constater comme sa traduit cette angoisse dans son corps et si d'éventuelles demandes naissent. Elle me confirme notre rendez-vous pour la semaine suivante.

I.5. La troisième séance

I.5.1. Place à l'émotion

La semaine d'après, Mme Lou est toujours aussi positive, malgré son inquiétude qu'elle exprime « on gagne des jours ». Je la questionne sur les éventuelles démonstrations de stress au niveau corporel mais elle dit que ce n'est que dans sa tête.

Elle est toujours alitée. Elle ne veut pas se lever, ni marcher, sauf pour la douche. Cette immobilité ne la dérange pas. Elle dit qu'elle tente de ne pas penser à tout ce dont cette hospitalisation la prive et garde en tête que c'est pour le bien de son bébé. Elle est inquiète de provoquer l'accouchement et s'en voudrait énormément s'il arrivait quelque chose, elle se sentirait très coupable. Le pédiatre lui a dit que si elle accouchait maintenant, son enfant serait trop fragile. C'est ce qui l'angoisse le plus : elle image son nouveau-né avec des tuyaux, hospitalisé... « Il n'a pas demandé à être là, lui ». Le discours de Mme Lou est davantage incarné, plus vivant. Ses expressions corporelles et faciales sont en accord avec son discours. On y sent de l'émotion bien que la retenue soit toujours présente. J'ai senti que la relation thérapeutique et le cadre étaient suffisamment sécurisants et stables pour qu'elle se permette de lâcher un peu de ses affects à ce moment-là.

I.5.2. Relaxation

Avant de débiter la relaxation, j'ai choisis de lui proposer de se dessiner elle-même, afin d'observer son investissement corporel, la perception qu'elle a de son schéma corporel et de son image du corps. Tout aussi déstabilisée que la dernière fois, elle se prête à l'exercice. Une fois de plus, il semble compliqué pour Mme Lou de déposer quelque chose d'elle, sans être collée à ce qu'on pourrait attendre ou l'utilisation d'un discours bien réfléchi. Tout en parlant, elle dessine une femme. Elle lui fait une robe. Puis elle rajoute un ventre proéminent et une poitrine marquée, en disant « et des gros lolos parce que je pense qu'ils sont comme ça maintenant ». Cette phrase donne le sentiment que Mme Lou ne s'est pas regardée dans le miroir depuis son hospitalisation, ou peut-être même depuis le début de la grossesse. Elle a peut-être senti sa poitrine grossir, ou peut-être que cela représente l'image qu'elle se fait de la grossesse. Je me suis alors questionnée sur l'investissement de ce corps maternel, de la perception qu'elle a de ses changements et leur intégration à son image du corps.

L'ensemble de la séance s'est déroulé comme les fois précédente, à l'exception des mobilisations. Mme Lou n'a pas été touchée. Les mobilisations étaient seulement verbales, et s'appuyaient sur des auto-suggestion s'inspirant de la méthode de relaxation de Schultz. Elles étaient notamment autour de la pesanteur et de la chaleur. Ce choix a été fait après réflexion avec ma binôme. Nous voulions tenter de recentrer Mme Lou sur ses sensations propres et déjà présentes en elle, plutôt qu'en apporter de nouvelles par le toucher.

I.6. Conclusion

Au cours de son hospitalisation, Mme Lou a su retrouver une enveloppe corporelle lors des séances de psychomotricité et se construire un cadre contenant avec l'investissement de sa chambre. Elle est parvenue à mettre en place des compensations face à ce corps qui la trahissait, cette enveloppe qui s'ouvrait. La psychomotricité venait également comme un repère durant cette période d'hospitalisation, ainsi que la possibilité de se retrouver elle, en tant que femme, au cœur des soins. Elle n'était plus seulement un ventre. Elle a pu reprendre contact avec l'entièreté de son corps et se sentir maternée, comme elle le dit à plusieurs reprises. La relaxation a permis de contenir physiquement et psychiquement Mme Lou et lui faire prendre conscience que son corps était partagé, mais avant tout à elle.

II. Mme Belo, une construction identitaire

II.1. La rencontre

Mme Belo est enceinte de 33SA + 5 jours. Elle a 27 ans. Elle est primipare et en couple. Elle est hospitalisée depuis une semaine pour une suspicion de pré-éclampsie. Elle présente également un diabète gestationnel. Elle m'est indiquée par la sage-femme parce qu'elle semble assez anxieuse.

Lorsque j'arrive dans sa chambre, elle est allongée dans le noir, sur son téléphone. Selon le personnel médical, elle passe ses journées allongées de cette manière. Quand je rentre dans la chambre, elle se lève progressivement et s'installe au bord du lit. Sa posture à l'air instable : son poids repose sur un côté et elle n'a pas d'appuis dans le dos.

II.2. L'acte dans la quête d'identité

Je commence l'entretien par le questionnaire. Mme Belo dit très bien vivre ses changements corporels liés à la grossesse. Elle n'est pas non plus gênée par des douleurs, hormis des maux de tête depuis le début de la grossesse. Elle a consulté un ostéopathe qui l'aurait senti très tendue. C'est en effet ce que j'ai pu imaginer en observant sa posture, notamment une apparente tension dans les trapèzes.

Au niveau psychoaffectif et émotionnel, tout se passait bien pour Mme Belo jusqu'à son hospitalisation. Elle ne s'y attendait pas du tout et qualifie cet événement de « brutal ». Au début de sa grossesse, elle a été hospitalisée une première fois par rapport à son diabète. Ayant des antécédents de diabète gestationnel dans sa famille, ce ne fut pas une surprise pour elle. De plus, elle connaissait d'avance sa date de sortie. Cette fois, c'est différent : l'hospitalisation est inattendue, la jour de sa sortie n'est pas défini. Cette suspicion de pré-éclampsie lui a « mis un coup ».

L'entretien se poursuit sur le vécu de l'hospitalisation en lui-même. Mme Belo se décrit comme quelqu'un de « speed », une femme très active qui aime beaucoup sortir. Elle vit donc très mal cet enfermement et cette immobilité imposés. Dans cette situation, elle se sent dépendante, ce qu'elle a du mal à supporter.

Tout au long de l'entretien, un décalage semble exister entre les propos de Mme Belo, sa façon de s'exprimer, et son langage corporel. Elle décrit un vécu d'hospitalisation difficile mais reste cependant très factuelle dans ses propos. Elle s'étend peu sur ses affects et répond de façon très brève à mes questions. Ceci pourrait se comprendre dans la mesure où la relation thérapeutique vient tout juste de s'instaurer. Sa posture traduit un mal-être : ses épaules remontent, son coude est posé sur ses jambes et elle tient sa tête dans sa main, elle s'enroule. Cependant, ses expressions faciales ne s'accordent pas à cette expression corporelle. Elle garde un sourire et sa voix est calme et posée, elle semble vouloir montrer une face d'elle. Ou plutôt en cacher une.

Je lui demande si elle a pu parler avec la psychologue du service. Elle dit que non, elle refuse. Elle n'en a, selon elle, pas besoin. Cependant, Mme Belo m'a semblée plus affectée que ce qu'elle tente de montrer. Tout en étant précautionneuse quant à mes questions et à mes mots, je tente d'aller plus loin.

La confiance s'installant peu à peu, la conversation a pris un autre tournant. C'est en parlant de cet enfermement que Mme Belo subit que les choses se sont éclaircies. Elle commence à avoir la voix tremblante. Puis les larmes aux yeux. Elle avoue alors, avec honte, qu'elle n'a pas pu finir de préparer les affaires de son enfant pour l'accueillir. Des larmes commencent à couler. Après quelques secondes de silence, elle reprend : « je ne me sens pas en train de devenir maman ». Au-delà de l'enfermement et du sentiment de dépendance, il y avait une angoisse plus profonde. Pour elle, cette hospitalisation arrive comme un obstacle sur le chemin de sa construction en tant que mère. Ne pas pouvoir passer par l'acte (préparer les vêtements, la chambre...), c'est ne pas pouvoir se préparer psychiquement à son rôle de mère.

À partir de cet aveu, elle se livre sur toutes ces préoccupations, qu'elle juge « futiles ». Elle explique à quel point elle est frustrée de ne pas pouvoir faire des machines à laver pour le linge de son bébé. « Je sais, c'est bête, vous allez rire », dit-elle, mais « j'en ai besoin pour me sentir mère ». En faisant l'inventaire avec elle de tout ce qui manquait pour l'arrivée de son bébé, nous avons conclu ensemble que tout était bien prêt. Pourtant, continuer à « faire » semble essentiel pour elle, dans sa construction identitaire en tant que maman. Elle dit ne pas avoir l'impression de remplir son rôle de mère en restant ici, à ne rien faire. Elle partage également ses inquiétudes quant à l'accueil du bébé, la peur qu'il lui manque quelque chose. Elle exprime son sentiment d'être privée d'une partie de son rôle de mère, qu'elle ne se sent pas encore prête à tenir.

II.3. Réactiver le processus de maternalité

Dès l'entretien, un travail de revalorisation a pu être effectué. Une séance de relaxation psychomotrice a suivie. La description ne suivra pas l'ordre chronologique des étapes de la relaxation, mais sera faite autour axes de travail.

II.3.1. Partager ses émotions

Mme Belo avait refusé de voir la psychologue. Elle avait pourtant besoin d'un endroit où déposer toutes ses émotions et ses questionnements. Peut-être qu'elle n'était ni consciente de ce besoin, ni prête à le faire. Le cadre offert par la séance de psychomotricité lui a permis de se livrer.

Le cadre est contenant et bienveillant. Mme Belo a honte d'avouer ses préoccupations pour des choses aussi « futiles » que préparer le linge, et n'ose pas parler de sa difficulté à éprouver son identité de mère. Elle peut culpabiliser de ressentir des émotions négatives alors qu'elle ne « devrait » pas, son vécu n'est alors pas reconnu comme justifié. En psychomotricité, le but est de valider son vécu et confirmer ses ressentis, qu'ils soient compris et acceptés tel qu'il sont. Par la suite, l'expérience corporelle de la relaxation peut être le moyen d'apporter une expérience positive et de nouvelles émotions. Mme Belo a pu trouver un lieu où déposer ses angoisses et ses peurs, et où elle avait le droit de le faire.

II.3.2. Réactualiser l'image du corps

Le travail thérapeutique a commencé avant même la fin du bilan, tout au long de l'entretien oral. Mme Belo avait besoin qu'on vienne confirmer son identité maternelle. J'ai alors tenté de mettre en évidence tout ce qu'elle avait déjà fait pour son enfant, l'aider à relativiser la situation. Reprendre ses propos lui permet de se rendre compte de ce qu'elle fait déjà pour lui et la manière dont elle s'est adaptée à la situation. Le but est également qu'elle puisse acquérir son identité de mère par un autre biais que l'acte de préparer, rendu désormais impossible. Le fait de s'inquiéter pour son enfant, par exemple, c'est déjà être maman. Elle s'est sentie soulagée de comprendre qu'elle agissait comme une mère.

Ce travail allie réassurance et reprise de confiance en soi, ainsi que l'acceptation de sa nouvelle identité. Tout cela fait partie d'un travail autour de l'image du corps : intégrer ses modifications et mieux appréhender son rôle de mère.

II.3.3. Devenir mère par le corps

Ce travail autour de la confirmation de l'état de mère en devenir s'est poursuivi lors du temps de relaxation. Il s'agissait de faire prendre conscience à Mme Belo que la maternité apparaît dans le corps avant tout, car elle porte cet enfant et il en laisse la trace par ce ventre proéminent et cette enveloppe élargie. Sentir bébé bouger, l'imaginer, le toucher... la maternité passe par cela.

Lors des mobilisations, toucher contenant et pressions ont été effectuées sur l'ensemble du corps pour aller au contact de l'enveloppe. Le ventre a été également touché, ce qui n'est pas toujours le cas car il s'agit d'une zone plus intime. Pour Mme Belo, il semblait important de prendre en compte ce ventre. Cela permettait d'aller également au contact du fœtus. Une verbalisation accompagnait ces mobilisations. Elles concernaient ses propres ressentis mais aussi des suggestions quant à ceux de son bébé. Ils avaient pour but d'affiner la perception des mouvements du fœtus pour le sentir et ainsi, l'imaginer. Ceci permet de créer du lien avec lui et qu'elle puisse en parler pour qu'elle expérimente son rôle de mère.

II.3.4. Installation

Mme Belo a évoqué des tensions dans les épaules. De plus, j'ai pu observer un positionnement dans le lit qui semblait peu confortable. Elle se retrouvait souvent en appui sur un seul côté et avait du mal à trouver une position stable. Lorsqu'elle s'est allongée en décubitus dorsal, son coussin était trop bas : le haut du coussin se trouvait au milieu de sa tête et le bas, au niveau de ses omoplates.

L'*installation* était alors le moment de passer en revue ses points d'appuis et de faire sentir à Mme Belo que l'ensemble de son corps pouvait se déposer sur le matelas. Elle a ensuite pu évoquer ses tensions dans les épaules. Le coussin a été remonté pour accompagner l'ensemble de la tête et ne pas sur-élever les épaules, qui ont enfin pu se déposer sur le matelas. Elle a également parlé d'un inconfort à cause du creux au niveau de la lordose lombaire. J'ai alors proposé un coussin sous les genoux pour

délordoser la colonne lombaire. Nous avons constaté ensemble les changements et le « soulagement » qu'elle a pu ressentir.

II.3.5. Anxiété

La séance de relaxation est également un moment offert à Mme Belo pour elle et pour tenter d'apaiser ses angoisses. L'anxiété est inhérente à l'état de grossesse mais trouver la possibilité de l'apaiser est essentiel pour le bien-être de la mère, comme pour celui du bébé. Tout au long des mobilisations, des inductions verbales ont été utilisées pour tenter de lier les pensées de Mme Belo à ses ressentis corporels et amener son attention vers son corps, dans l'ici et maintenant, plutôt que laisser ses pensées aller vers ses angoisses. Un temps particulier a été passé sur les épaules (pressions, mobilisations, massages) pour tenter de diminuer les tensions résiduelles, puisque les tensions corporelles entraînent des tensions psychiques.

Au-delà des mobilisations par le toucher, des exercices de respiration ont été proposés. Étant donné qu'il s'agissait sûrement de la seule séance avec Mme Belo, l'objectif était de lui apporter des outils qu'elle puisse réutiliser seule en cas de besoin. La respiration est assez facile à s'approprier, Mme Belo s'est bien saisie de l'exercice proposé et cela lui a permis de se poser.

II.3.6. Être actrice

Mme Belo a souvent évoqué l'impression d'être dépendante et le besoin de faire. Travailler ensemble sur l'installation, proposer des exercices de respiration, la faire participer à la relaxation de son enfant, étaient des moyens pour qu'elle se sente active dans sa prise en charge.

II.4. Conclusion

Durant la séance, lorsqu'il y avait des moments de silence, Mme Belo ouvrait rapidement les yeux. Elle semble avoir du mal dans la passivité. Elle se décrit elle-même comme quelqu'un de speed et a besoin de revenir à la réalité assez souvent. J'ai donc choisi d'accompagner verbalement le temps d'*approfondissement* et le centrer sur la perception du bébé, l'imaginer. Sa respiration était plus lente.

Lors de la *reprise*, Mme Belo fait quelques mouvements puis réouvre rapidement les yeux. Cependant, son corps semble apaisé : elle est restée en décubitus dorsal, ancrée. Sa voix est plus basse.

La *verbalisation* est rapide. Elle n'a pensé à rien, dit-elle, cela lui a fait du bien « mon corps s'est détendu mais les trapèzes sont encore un peu crispés ».

II.5. Perspectives

La semaine d'après, Mme Belo avait accouché. Elle était encore hospitalisée mais aux moments où j'ai tenté d'aller la voir, elle n'était pas dans sa chambre. La semaine suivante, elle était partie.

Il aurait pu être intéressant de voir Mme Belo avec son nouveau-né pour observer comment elle investit son rôle de mère, de l'accompagner dans ce processus et mettre en évidence ses capacités d'adaptation.

Mme Belo a des tensions, notamment dans les épaules, et a du mal à se poser. Je l'ai vu à plusieurs reprises marcher dans l'hôpital. Une observation lors du portage aurait pu être pertinente, axée notamment sur l'ajustement tonique de Mme Belo selon les variations toniques et corporelles de son bébé. La relaxation aurait pu à nouveau être proposée si besoin, dans le but d'affiner la régulation tonico-émotionnel.

III. Mme Toda, un corps qui désobéit

III.1. La rencontre

Mme Toda est une primipare de 28 ans. Elle est enceinte de 32 SA et est hospitalisée depuis la veille pour MAP, dans un contexte de malformation utérine. La sage-femme a pensé à une indication en psychomotricité en raison de ses nombreuses sollicitations, traduisant une angoisse et un besoin de soutien important. De plus, le contexte de sa grossesse est difficile : son père est décédé au cours de son troisième mois de grossesse, à la suite d'une longue maladie.

Je vais la voir dans sa chambre et lui explique la raison de ma présence. Elle est assise sur son lit, un jus de fruit à la bouche et une queue de cheval, lui donnant un air enfantin. Sa voix est fluette et douce. Elle paraît plutôt ouverte à parler mais nous

sommes rapidement interrompues par une visite médicale. Une seconde interruption se produit. Je repasse donc l'après-midi. Lorsque je reviens, elle commence immédiatement à parler : elle attendait vraiment ce moment, semblait en avoir besoin.

Elle m'explique la raison de son hospitalisation : elle a un utérus bicorne*. Elle avait conscience que sa grossesse serait difficile et semble être très renseignée sur les difficultés inhérentes à cette malformation. Elle explique alors que son utérus étant trop petit, le bébé n'a pas suffisamment grandi. Il n'a pas non plus assez de place pour se retourner, ainsi l'accouchement sera sûrement par le siège*. La probabilité d'une césarienne est donc importante. Elle imagine déjà un accouchement compliqué, avec beaucoup de monde autour d'elle. Elle appréhende beaucoup cette hospitalisation et cet accouchement, et se documente dessus. Cela confirme les propos de la sage-femme et donc, l'indication posée. Mme Toda est une future maman qui semble pourtant, dans son corps comme dans ses paroles, être une petite fille en demande d'aide.

III.2. Observations psychomotrices

Mme Toda est assise au milieu du lit. Sa posture est en enroulement, mettant en jeu principalement la chaîne antéro-médiane. Elle n'a pas d'appui dos. Elle semble lutter contre cela par ce qui s'apparente à un tonus « pneumatique ». Pour rappel, Bullinger décrit ce mécanisme comme un moyen de compenser le déficit tonique de l'axe par le blocage de la respiration, utilisé par l'enfant dans les premiers mois de sa vie. En effet, elle semble parfois retenir inconsciemment sa respiration, puis tout lâcher comme dans un soupir. Cela s'apparente à une sorte d'effondrement tonique. Elle semble assez crispée, laissant supposer une tendance hypertonique. Cette observation sera confirmée lors de la séance de relaxation, au cours de laquelle j'ai pu évaluer son tonus. Cette posture pourrait peut-être traduire une régression, un besoin de repli face au stress trop important.

J'entame le questionnaire habituel. Sur le plan corporel, elle dit ne pas avoir remarqué de changement particulier et que sa prise de poids est minime. Le schéma corporel a de toute évidence été atteint par la grossesse, mais elle ne semble pas le percevoir. Elle dit se sentir un peu « pataude » dans ces mouvements, ce qui pourrait traduire une difficulté à s'adapter à ce nouveau corps. Elle ne semble cependant ne pas faire de lien entre cette maladresse et les changements corporels. Elle est par ailleurs douloureuse, ce qui nécessite des changements de position réguliers et impact son sommeil.

Au niveau temporel, l'hospitalisation a été vécue assez brutalement. Elle ne s'y attendait pas. Cet événement est venu marquer une rupture avec son quotidien, un bouleversement temporel dans le déroulement de sa grossesse. Nous verrons plus tard que l'effraction temporelle vécue par Mme Toda est importante.

D'autre part, le deuil de son père est encore très douloureux pour elle. Elle le vit mal et dit pleurer souvent. Avant son hospitalisation, être active et travailler était le moyen qu'elle avait trouvé pour surmonter cela. Puis elle a été arrêtée par son médecin et travaillait de la maison : c'était un besoin, dit-elle. Elle devait se déplacer le moins possible. Cependant, elle est allée voir des amis car elle allait mal moralement et avait besoin de soutien. Elle a donc beaucoup bougé et relie cela à son hospitalisation : « peut-être que c'est de ma faute, j'en ai trop fait », se reproche-t-elle. Elle culpabilise beaucoup. L'hospitalisation en elle-même est assez difficile, de part l'immobilité qu'elle implique et qui l'empêche de se changer les idées.

En plus de cette immobilité qui semble la mettre face à ses pensées négatives, et à la culpabilité qu'elle exprime, s'ajoutent les souvenirs des longs mois de son père passés à l'hôpital. Elle ne se sent pas à l'aise dans cette chambre qui lui rappelle celle de son père, ressassant ainsi des souvenirs douloureux. Tous ces éléments rendent le vécu d'hospitalisation particulièrement compliqué. Elle espère sortir au plus vite car elle a l'impression que la situation serait la même chez elle. Elle n'apprécie pas l'espace médical qui l'entoure. Elle n'a d'ailleurs pas personnalisé sa chambre. Cet espace est investi au minimum, peut-être que c'est sa façon de se dire qu'elle n'y restera pas.

Elle dit avoir peur de l'ennui. Il rallonge le temps, laissant ainsi de la place aux pensées, alors même que Mme Toda semble lutter contre l'ennui au quotidien. Elle nous dit qu'elle se « blinde » beaucoup : elle voit ses amis, s'entoure, participe à de multiples activités (Shiatsu, Yoga, haptonomie...). Elle voit une psychologue en ville, ainsi que celle du service.

D'un point de vue psycho-affectif, l'ambivalence est assez présente chez Mme Toda. Elle semble très angoissée de part sa posture, elle se renseigne beaucoup sur les risques de sa grossesse, dit qu'elle est stressée. Mais elle dit également ne pas être envahie par ces angoisses. Elle a beaucoup d'autres préoccupations, et n'a « pas beaucoup de place pour stresser pour ça ». D'abord, son compagnon a eu la mononucléose en début de grossesse, ce qu'elle a vécu difficilement. De plus, elle a une relation compliquée avec sa mère qu'elle qualifie de « fragile psychiatriquement ». Le décès de son père a accentué cette situation : sa mère lui demande encore plus

d'attention. Elle tente de mettre de la distance avec elle, car elle ressent le besoin de s'en éloigner pour être focalisée sur son enfant. La grossesse est le temps de résurgence des conflits avec sa propre mère. C'est également celui d'un besoin d'identification à elle, de rapprochement et de soutien, pour créer sa propre identité de mère. Mme Toda culpabilise de ressentir le besoin de s'éloigner de sa mère, alors même qu'il s'agit d'une période qu'elle voudrait, ou devrait, partager avec elle.

Son discours est assez « clivé ». A certains moments, elle ne semble pas faire de lien entre ses changements corporels et ses états émotionnels, ou même sa maladresse. Je lui demande alors ce qui se passe dans son corps quand elle est stressée. Elle dit d'abord qu'elle ne somatise pas lorsqu'elle est angoissée, que tout se passe principalement dans sa tête, « ça cogite beaucoup ». Puis en réfléchissant, elle parle de nœuds dans le ventre et de légers tremblements. Je rebondis sur ces propos pour introduire l'apport de la psychomotricité auprès d'elle, la prise en compte de l'unité du corps et de l'esprit. Je lui fais remarqué que les réactions induites par ses pensées sont à prendre en compte. Elle peut y porter plus d'attention et tenter de les modifier, par la respiration par exemple pour procurer, par cet apaisement corporel, une détente psychique.

Vers la fin de l'entretien, elle commence à parler de son bébé. Elle exprime ses difficultés à entrer en communication avec lui : elle ne sait pas comment lui parler, elle trouve cela étrange lorsqu'elle le fait, étant donné qu'elle ne le voit pas. Elle montre quand même une certaine identification au fœtus : quand elle pleure, elle le rassure en lui disant qu'il n'y est pour rien. J'ai valorisé cet acte, lui expliquant que le bébé ressent ces émotions et qu'elle avait bien compris son bébé en le rassurant. J'ai mis en évidence le fait qu'elle le porte, et qu'au-delà des mots, le lien peut se faire corporellement. Il ressent sa voix, son toucher, sa respiration... Je me suis cependant posée la question de l'investissement de son enfant.

Mme Toda conclue l'entretien en soulignant le fait qu'elle garde toujours en tête que l'accouchement sera sûrement prématuré, mais qu'elle ne doit pas se le dire et se convaincre qu'elle ira jusqu'au bout.

III.3. Axes

De cet entretien et de mes observations, j'ai dégagé quelques axes de travail qui me semblaient importants à aborder au cours de la séance de relaxation qui suivra.

III.3.1. Image du corps

Avant de commencer la séance de relaxation, il m'a semblé important de revenir avec Mme Toda sur l'ensemble de l'entretien. Elle montre beaucoup de culpabilité et se sent fautive de la situation. Son estime d'elle-même semble entachée et je me suis posée la question de la vision qu'elle a d'elle-même sur sa capacité à être une bonne mère. Ce sont autant d'éléments qui entrent en jeu pour la composition de l'image du corps. Sans oublier que les changements corporels ne semblent pas avoir trouvé leur place.

Ainsi, j'ai repris ce qu'elle m'a dit et mis en avant tout ce qu'elle avait déjà pu mettre en place pour ne pas se laisser abattre dans une situation difficile. Elle a su trouver une échappatoire dans le travail, demander de l'aide à des amis et des psychologues, et éviter l'isolement en participant à de multiples activités. Je suis également revenue sur l'attention qu'elle porte aux éventuelles inquiétudes de son bébé à propos des pleurs de sa maman.

III.3.2. Conscience corporelle

La maladresse de Mme Toda laisse penser que le schéma corporel n'a peut-être pas intégré l'ensemble des changements qu'il a subi. De plus, elle a évoqué des douleurs. Ainsi, effectuer un travail de conscience corporelle semble adapté, ce que j'ai intégré au temps d'*installation*. Nous avons pris le temps afin qu'elle observe par elle-même où se situent les zones douloureuses et quelles positions les soulagent. Elle pourra par la suite retrouver cette position pour être le plus confortable possible en dehors des séances de psychomotricité.

L'étape de *mobilisations* a débuté par un inventaire des appuis, pour permettre de se ré-approprier le schéma corporel. Mme Toda présente une respiration courte et comme évoqué précédemment, une impression de tonus pneumatique dans laquelle elle retient son souffle. Un travail autour de la respiration a donc été proposé, pour la moduler : prendre conscience de sa manière de respirer, visualiser le trajet de l'air, observer les changements apportés par une respiration plus lente et plus ample. Ceci permet une prise de conscience de l'intérieur de son corps. Utiliser la respiration est également un moyen de donner un outil à Mme Toda. Il s'agit d'exercices qu'elle pourra reproduire seule quand elle en aura besoin, ce que je lui explique à la fin de la séance.

III.3.3. Régulation tonico-émotionnelle

Les mobilisations utilisées sont des toucher contenant et des pressions. L'objectif est d'instaurer un dialogue tonique et d'apporter des informations sensorielles. L'étayage verbale (inductions, hypothèses sur les ressentis, comparaisons...) accompagne Mme Toda pour lui permettre de faire des liens entre ses ressentis corporels et ses représentations psychiques.

Mme Toda présente un tonus assez élevé et participe lors des mobilisations des membres. Une baisse du tonus est ainsi recherchée, pour tenter d'apaiser les angoisses par une rétroaction du corps vers le psychisme.

III.3.4. Communication intra-utérine

Suite à l'expression de ses difficultés quant à la communication avec son enfant, j'ai choisi d'accompagner l'*approfondissement* par des verbalisations autour du fœtus. Par des inductions verbales, je fais remarquer à Mme Toda qu'elle et son enfant vivent à cet instant une séance de relaxation commune. De la même manière qu'elle accueille ses sensations, le fœtus peut lui aussi les percevoir. Je lui propose ainsi d'imaginer quel serait son vécu à lui, comment elle l' imagine. Je lui propose également d'aller toucher le ventre et apprécier la présence, ou non de mouvements. Je lui précise qu'elle pourra le reproduire plus souvent.

III.3.5. Reprise et verbalisation

La respiration s'est apaisée entre le début et la fin de la séance. La reprise s'est faite progressivement. Lorsqu'elle réouvre les yeux, elle ne se rassoit pas. Elle reste bien ancrée dans le matelas. Sa respiration et son attitude générale marquent un certain apaisement.

La verbalisation est assez rapide, elle a apprécié mais n'en a pas dit plus. Cependant, elle peut parler au nom de sa fille. C'est d'ailleurs seulement à ce moment là qu'elle précise le sexe. Il lui a semblé qu'elle aussi s'est détendue durant cette séance.

À la fin, elle demande si je serais présente d'autres jours car elle aimerait poursuivre le travail. Nous convenons donc d'un nouveau rendez-vous. Puis elle demande si je

peux également intervenir après l'accouchement, dans un accompagnement mère/bébé, demande à laquelle je répond positivement. Elle semble très en demande de soutien. Poursuivre un accompagnement personnel et un accompagnement de la dyade semblent pertinent, notamment pour travailler autour du dialogue tonico-émotionnel, premier vecteur de communication du nouveau-né.

III.4. Après l'accouchement

La semaine d'après, Mme Toda n'apparaît plus sur la liste des femmes hospitalisées dans le service. Cependant, je la croise dans le couloir et elle m'aborde directement. Elle commence alors m'expliquer qu'elle a accouché il y a trois jours. Je lui propose de revenir plus tard dans sa chambre, pour en parler tranquillement. J'ai senti à nouveau ce besoin d'accompagnement.

Je retourne la voir plus tard. Elle explique la longue nuit de samedi à dimanche au cours de laquelle elle a eu des contractions. La péridurale a été posée le dimanche matin, elle dit que ça lui a permis de se poser psychiquement. Elle évoque ensuite sa césarienne d'urgence, qu'elle qualifie de très violente et traumatisante. Ses jambes étaient endormies durant cinq heures après l'accouchement, ce qui a retardé la rencontre avec sa fille. Elle a mal vécu cette attente qui lui a paru très longue. Elle dit essayer de ne pas culpabiliser car « c'est mon corps qui a fait n'importe quoi ». Elle évoque son corps comme une part d'elle-même qu'elle ne pourrait pas contrôler. Après sa césarienne, elle a fait des malaises, était fatiguée et douloureuse. Aujourd'hui, c'est le premier jour où elle va mieux.

Cette naissance prématurée perturbe Mme Toda d'un point de vue temporel. Pour elle, il n'y a aucune logique dans la succession des événements : tout n'était pas prêt pour l'arrivée du bébé, elle-même ne se sentait pas encore prête. Elle ressent le besoin de remettre les choses dans « l'ordre chronologique ».

Elle semble avoir envie de rattraper le temps, mais également de rattraper les erreurs de son corps. En effet, elle veut faire tout ce qu'elle peut pour sa fille, comme tirer son lait. Elle aimerait faire du peau à peau dès que possible, comme pour retrouver cette fusion corporelle qui n'a pas eu le temps d'aller jusqu'au bout ? Elle essaye de chanter des chansons, de la toucher... Elle a un discours très positif sur sa fille, le lien semble s'être correctement établi.

Cependant, sa demande d'accompagnement se fait encore plus grande qu'avant l'accouchement. Elle a peur de trop en faire, ou au contraire pas suffisamment. Elle a beaucoup de questions sur ce qu'elle pourrait faire avec sa fille, et a besoin que quelqu'un vienne confirmer qu'elle fait bien les choses. Elle appréhende sa sortie et celle du bébé, car elle a peur d'être livrée à elle-même. Elle dit se sentir comme dans un « cocon » ici : sa fille est à l'étage au-dessus, les soignants l'accompagnent quotidiennement. Retourner chez elle et laisser sa fille ici l'angoisse. Retourner avec sa fille à la maison également. Je la rassure alors en lui disant qu'elle a le temps de s'y préparer car sa fille ne sortira pas tout de suite, et que des accompagnements existent même en dehors de l'hôpital avec des structures spécialisées. Elle ne sera donc pas seule.

Elle me demande ce que la psychomotricité pourrait lui apporter avec sa fille. Elle aimerait savoir comment je pourrais l'accompagner pour qu'elle-même puisse correctement accompagner sa fille. Je lui propose ainsi de venir la voir auprès de sa fille, pour accompagner cette dyade naissante. Le rendez-vous est donc posé.

III.5. La dyade

III.5.1. Les axes

Les axes psychomoteurs concernant la rencontre avec la dyade étaient les suivants :

- dans une optique de prévention, observer la qualité de la relation mère/enfant, l'ajustement des réponses de Mme Toda aux sollicitations de sa fille ;
- travailler autour du dialogue tonico-émotionnel : observer comment Mme Toda s'en saisit, qu'elles interprétations elle peut émettre quant aux variations toniques de sa fille, comment elle-même module son tonus lors du portage et travailler dessus si besoin ;
- proposer d'autres modalités de communication en étayant par la mise en mot, avec l'avis de Mme Toda sur les préférences de son bébé ;
- réassurer Mme Toda dans ses gestes, la conforter dans son rôle de mère : mettre en avant ce qu'elle a mis en place, ce qui fonctionne et le fait qu'elle connaisse et comprenne sa fille.

Quelques jours avant notre rendez-vous, Mme Toda a demandé à voir la psychologue et semblait paniquée. Elle a alors beaucoup parlé de sa mère et leur relation. Sa mère prend beaucoup de place, surtout psychiquement : elle culpabilise de s'occuper plus

de sa mère que de sa propre fille. Elle parle également de sa place de mère : elle a l'impression que le rôle de mère est « ingrat » (tirer son lait...). Alors que le père, lui, n'est là que pour les bons moments. Je me suis alors posée la question de l'investissement de ce rôle de mère et donc, l'investissement de sa fille. Il semblait important d'observer la qualité des interactions précoces.

En accord avec la psychologue, il a semblé nécessaire d'intervenir auprès de cette dyade pour renforcer les liens et apporter un vécu positif autour de la maternité et ce, par le biais du corps.

III.5.2. Face aux contraintes institutionnelles

Le lien avec le service de néonatalogie s'est avéré difficile et je n'ai pu intervenir auprès de Mme Toda et sa fille. J'ai tout de même pu la recevoir seule. Elle arrive à petits pas et semble contractée au niveau abdominal. Je la questionne alors sur cette marche et cette posture particulières. Elle m'explique que l'hématome lié à la césarienne lui fait mal. L'ostéopathe a préconisé le port d'une ceinture pour éviter la descente d'organes. Le reste du rendez-vous portera uniquement sur la relation avec sa fille.

Les conditions de cette rencontre n'ont pas permises le déroulement d'une séance de relaxation. Cependant, il me semble important de détailler ce rendez-vous, malgré qu'il ne soit resté seulement verbal. En effet, le psychomotricien a des connaissances sur le portage, le tonus, les réactions psychocorporelles des nouveau-nés... Bien qu'il n'ai pas été possible d'observer cette mère et son enfant ensemble, j'ai tenté de partager mes connaissances avec Mme Toda pour l'aider à mieux s'adapter et comprendre sa fille. Le cadre instauré dès notre première séance s'est avéré suffisamment contenant et sécurisant pour qu'elle puisse y revenir et y déposer ses émotions. D'autre part, le point de vue du psychomotricien est différent de celui d'un psychologue. Je tiens à préciser que Mme Toda s'est exprimée principalement sur des questionnements psychomoteurs, notamment autour du corps de son enfant. Elle n'a quasiment pas parlé de sa mère, contrairement à son entretien avec la psychologue. Ceci montre pour moi qu'elle a su distinguer les deux professions et leurs apports.

Mme Toda me parle de sa fille et des progrès formidables qu'elle fait. Elle montre une bonne évolution et tout se passe beaucoup mieux. Elle me détaille également tout ce qu'elle fait pour sa fille : la lecture, le chant, la change, commence à l'allaiter, la porte, lui fait des massages... Elle interprète ses états, lui prête un caractère : « elle est

coquine ». Et surtout, elle fait part de ses remarques à sa fille, en le verbalisant. Tout ces comportements m'ont semblé adaptés et laissent penser que les interactions se déroulent bien. Je lui partage ma pensée, ce qui a l'air de la rassurer.

Elle semble avoir gagné en assurance. Cependant, elle a encore beaucoup d'interrogations et de craintes. Elle a peur de toucher le ventre de sa fille car elle a des ballonnements. Je lui précise qu'apporter des sensations agréables sur une zone douloureuse peut être bénéfique et je met en évidence qu'elle sera capable de comprendre si elle apprécie ou non. Elle se demande si elle n'en fait pas trop, si elle ne la regarde pas trop. Je lui explique alors l'importance d'allier le regard aux gestes dans les interactions précoces. Elle se questionne sur le portage, comment l'adapter à sa fille qui devra porter une attelle. Elle est également surprise par sa fille qui, quand elle tousse par exemple, devient « toute molle ». Je lui explique alors de ne pas s'inquiéter et que ces variations toniques sont normales pour un nouveau-né, d'autant plus un prématuré qui a tendance à l'hypotonie.

Elle culpabilise d'avoir une vie normale en dehors de l'hôpital, de pouvoir faire ses nuits, d'aller au restaurant avec son compagnon... Elle aimerait être là pour elle tout le temps. « J'envie les infirmières » d'assister aux progrès de sa fille lorsqu'elle n'est pas là. Elle a l'impression de n'avoir rien fait pour sa fille pendant l'accouchement. La césarienne l'a effectivement empêchée d'être active à ce moment, elle n'a rien pu faire ni voir. Elle a le sentiment de ne pas avoir rempli son rôle de mère. Puis elle avoue qu'elle a peur que sa fille ne l'aime pas, au vu de la relation compliquée qu'elle entretient avec sa propre mère. Il m'a semblé important de lui rappeler qu'elle a porté cet enfant pendant plusieurs mois dans son ventre, l'a protégé et lui a permis de grandir correctement. A présent, elle tire son lait pour elle. Tout cela, c'est être mère.

Malgré tous ces questionnements, elle se sent plus autonome dans son rôle de mère, plus assurée dans les actes de la vie quotidienne. Même si rentrer chez elle semble toujours l'effrayer et que la demande d'accompagnement est toujours présente, elle s'en sort beaucoup mieux que ce qu'elle pensait. Elle n'avait pas imaginé être capable de faire tout cela toute seule avant. Rester encore à l'hôpital quelques temps la rassure, le cadre et les médecins sont contenant.

DISCUSSION

« Un appel à l'aide latent [...] et quasi permanent » se manifeste chez la femme enceinte (Bydlowski, 2001, p.43). En cas de complications et d'hospitalisation, ce besoin peut s'accroître. Au vu des remaniements psychocorporels et identitaires opérés chez elle, l'apport de la psychomotricité semble adaptée. Elle offre une possibilité d'action sur la construction corporelle, psychique et identitaire (Potel, 2010).

C'est de ce rôle dont je parlerais dans ma discussion. Quand le corps tout entier fait symptôme, comme cela semble être le cas ici, le psychomotricien peut accompagner le patient à mettre en œuvre ses propres moyens afin de vivre au mieux le corps qu'il a.

I. La psychomotricité : un espace différent

L'hospitalisation peut être difficile à accepter et n'est pas sans conséquences sur le plan psychomoteur. Dans ce contexte mettant l'espace ventral au cœur du soin, comment la psychomotricité peut-elle s'offrir comme un espace privilégié permettant à la femme de se sentir unifiée et se retrouver dans son intégrité ?

I.1. L'hospitalisation : une effraction...

I.1.1. ... corporelle

L'hospitalisation met la femme dans une situation de dépendance vis-à-vis du personnel médical. Son corps est comme à disposition : elle doit être en permanence disponible pour des monitoring, des prises de sang, des échographies... Elle l'accepte car elle sait que cela permet d'assurer une sécurité à son bébé. Mais son corps n'en reste pas moins objectivé, vu comme un contenant. Certaines expriment même le sentiment d'être un « incubateur », réduite à « un ventre ».

Parfois, cette situation peut être vécue comme l'incapacité à pouvoir faire confiance à son corps. Pour Mme Toda, le personnel médical semble palier à une fonction qu'elle

ne peut plus assurer : protéger son enfant. Elle culpabilise beaucoup et a l'impression de n'avoir rien fait pour sa fille. Elle n'a pas pu aller au bout de la grossesse, la césarienne l'a empêchée d'être active dans l'accouchement, désormais les infirmières s'occupent de sa fille et elle les envie. Pour elle, c'est comme si le personnel soignant avait tout fait à sa place. La confiance en son propre corps apparaît ébranlée, ce qu'elle exprime : « c'est mon corps qui a fait n'importe quoi », comme si son corps échappait à son contrôle. Dans cette phrase, elle semble dissocier son corps de sa pensée qui elle, voulait prendre soin de cet enfant. Dans une situation pareille, le corps semble ne pas répondre au psychisme, qui tente en vain de le contrôler. Le corps paraît représenté comme entité différente du psychisme, et leur lien serait alors altéré.

Les divers conflits psychiques auxquels est en proie la femme enceinte vont s'exprimer par un ralentissement psychomoteur. Il s'agit d'un état dépressif que la femme traduit par la fatigue, « normale » car elle est enceinte. L'environnement médical anxiogène ne fait qu'accentuer cet état dépressif. Il met la femme dans une position de passivité face aux soins. Ce sont autant d'éléments qui altèrent la psychomotricité de la femme et font d'elle un objet plutôt qu'un sujet. Elle peut alors avoir la sensation de manquer d'emprise sur ce qu'il se passe pour elle et son bébé.

Cette passivité semble encrée dans le comportement des femmes, du moins lors de leur hospitalisation. C'est ce que j'ai pu observer lors des séances de relaxation. Elles avaient souvent du mal à émettre une demande. Lorsque je posais des questions sur leurs préférences, comme être touchées ou non, la plupart répondaient « comme vous voulez ». Au moment de l'installation, elle ne savaient pas comment se positionner et demandaient ce qui m'arrangeait moi. Cela m'a paru être en lien avec l'habitude qu'elles ont de s'adapter et adapter leur corps aux soins apportés par personnel soignant. En psychomotricité, je voulais justement mettre en évidence le fait qu'elles sont décisionnaires de leur corps. Il s'agissait d'une occasion, d'un espace pour elle, pour vivre leur corps comme leur appartenant afin de se le réapproprier.

I.1.2. ... temporelle

L'hospitalisation peut provoquer une effraction temporelle dans la vie de certaines femmes. Le cours de la grossesse est modifié, le risque de prématurité est souvent sous-jacent. Les repères spatio-temporels sont bousculés. L'idée que la femme se faisait d'une grossesse et d'un accouchement sereins, d'un enfant sain et né à terme, est remise en question. Pour Mme Belo, la temporalité s'est trouvée bouleversée. Elle

ne s'attendait pas à cette pré-éclampsie. Son hospitalisation a été brutale et il était difficile pour elle de ne pas savoir quand elle en sortira. Elle disait qu'elle se sent indépendante des médecins. Elle donne l'impression de perdre son autonomie. Etre mère, ou du moins le devenir, c'est prendre des décisions, choisir pour son enfant, le protéger... L'hôpital la prive indirectement de cette possibilité : ce sont les médecins qui prennent soin d'elle et de son enfant à présent. Pour elle, devenir mère passait aussi, et surtout, par la préparation du nid à la maison. L'hôpital vient une fois encore « l'empêcher » de faire, d'être actrice. Elle dit qu'elle ne se sent pas devenir mère en ne faisant rien. Le temps de préparation a été écourté. L'hospitalisation s'apparente à un obstacle dans la construction de son identité de mère, marquant peut-être une pause dans le processus de maternalité.

Lors de notre première rencontre, Mme Toda évoquait la difficulté de ne pas pouvoir sortir. Elle ne pouvait déjà pas le faire lorsqu'elle était chez elle, mais ce mal-être s'est accentué par les souvenirs liés à l'hôpital. Le lit médicalisé, les perfusions, le matériel qui l'entourait lui faisaient penser à l'hospitalisation de son père quelques mois auparavant. Le cadre hospitalier l'enfermait et la mettait face à des pensées douloureuses auxquelles elle ne pouvait échapper par le travail ou par les sorties, comme elle avait l'habitude de faire. Cette rupture avec son quotidien a imposé à Mme Toda une fin précoce à sa grossesse, une accélération de l'arrivée de sa fille. Cela a semblé précipiter l'élaboration de son identité de mère. Comme elle a pu le dire plus tard, les choses ne se sont pas déroulées aux bons moments, et elle sentait le besoin de remettre les choses dans l'ordre chronologique.

I.2. La psychomotricité : un espace pour...

I.2.1. ... un vécu corporel positif

« Le travail du psychomotricien consiste dans un premier temps à soulager le patient en proposant [...] une autre manière de vivre son corps dans l'espace, un plaisir à vivre dans un corps plus souple et à trouver de nouveaux moyens d'expression plus libres. » (Potel, 2016, p.217).

« Le vécu est un processus complexe, cognitif et émotionnel, où la personne se représente elle-même à partir de ses ressentis, dans ses relations aux objets et aux autres. Le vécu est un aspect fondamental de l'expérience psychomotrice. Il découle et témoigne du lien corps-esprit (par exemple vécu de l'angoisse). Il est à la base de la subjectivité, tout en étant influencé par le partage de l'objectivité. » (Saint-Cast et

Boscaïni, 2012, p.47). Cependant, lorsque trop d'évènements sont difficiles à élaborer, le sujet peut ressentir un malaise psychique et développer des symptômes. Il me semble que la grossesse vient justement perturber ce vécu. Les modifications engendrées peuvent être trop difficiles à élaborer ce qui engendrerait un malaise psychique et donc des MAP ou autres pathologies de la grossesse, en guise de symptômes. Lorsque les femmes sont hospitalisées pour grossesse à risque, si elles se sont bien adaptées à la grossesse jusque là et ont trouvé un certain équilibre, cette rupture avec leur quotidien peut venir altérer leur vécu.

Le vécu corporel d'une femme hospitalisée, comme évoqué précédemment, la met dans une position de passivité. Le corps est très médicalisé. Les douleurs sont présentes. L'angoisse peut être envahissante. La psychomotricité peut alors être l'occasion d'offrir à la femme un vécu corporel positif de cette expérience de grossesse. « Une des bases de la prise en charge psychomotrice est de favoriser un vécu corporel positif, rassurant, étayant pour consolider les assises narcissiques de la personnalité. » (*Ibid.* p.47). Selon Saint-Cast et Boscaïni, le vécu se module en partie grâce à la fonction tonico-émotionnelle en lien avec les autres intégrations sensorielles. C'est à la fois le ressenti, l'éprouvé et la représentation. Ce processus est constamment remanié : il a une certaine part de constance avec des repères personnels sécurisants, mais s'inscrit également dans une continuité spatio-temporelle et se nourrit de situations nouvelles.

Le choix de la relaxation comme médiation avait pour objectif d'aller toucher, entre autre, le tonus, l'émotion, la sensorialité, faire varier les états de vigilance, prendre conscience des ressentis, des éprouvés, des représentations, tout cela en étant en relation. Ce sont autant des composantes mises en jeu dans l'élaboration du vécu. La relaxation permettrait donc de modifier ce vécu et d'apporter des expériences de bien-être, ou du moins de mieux-être, tant physique que psychique. À cette occasion, la psychomotricité proposait alors des soins différents de ceux que la patiente avait l'habitude de recevoir. Le toucher apportait une forme de Handling que Winnicott décrit comme les soins que la mère apporte à son enfant et l'intention qu'elle y met. Lors des séances, je ne touchais pas la patiente pour une raison médicale (prise de sang, échographie...), mais dans le but d'apporter des sensations agréables et, selon les projets thérapeutiques, de travailler sur différents axes psychomoteurs. L'intentionnalité est donc différente, d'autres sensations sont apportées. J'essayais alors d'offrir aux femmes, par des sensations agréables, un vécu différent du toucher à l'hôpital. La tentative d'apport d'un vécu plus positif ne doit pas empêcher la confirmation des ressentis et émotions négatifs qu'elle peut ressentir. Cela se joue dans la verbalisation.

I.2.2. ... verbaliser ses émotions

« Dans un second temps, le psychomotricien, dont la tâche n'est certes pas d'interpréter les manifestations symptomatiques, va cependant prêter « ses oreilles et sa pensée » à ce que l'enfant dit de son désir d'être aidé. » (Potel, 2015, p.218).

La verbalisation a pris une place très importante dans la prise en charge de ces femmes. Ceci s'explique notamment par le fait que le bilan psychomoteur se fasse sous forme d'entretien oral. À la différence de tous mes stages précédents et des différentes populations que j'ai pu rencontrer, c'était la première fois que les patients parlaient autant d'eux. Parfois, après seulement quelques minutes de rencontre, les patientes me dévoilaient toute leur vie : les moments difficiles, les décès, leur enfance... Cela m'est apparu comme l'expression de l'état de transparence psychique présent pendant la grossesse. Malgré la difficulté que j'ai éprouvée face à des paroles parfois débordantes, ce moment de verbalisation était essentiel pour la suite. En effet, selon Mourras (2003), cette particularité psychique est particulièrement propice à l'établissement d'une alliance thérapeutique.

Lors de la verbalisation, comme le dit Potel, le psychomotricien va tenter de « prêter ses oreilles » : cette femme a besoin d'être écoutée, et c'est ce que la psychomotricité lui offre. Et leur « prêter sa pensée », en les aidant à élaborer leurs dires. Je tentais alors d'apporter à ces femmes une validation de leurs émotions, même négatives. Souvent, elles culpabilisaient beaucoup de la situation, se sentant incapables de veiller sur leur bébé. La culpabilité portait également sur les émotions négatives, le stress, la peur, la fatigue qu'elles ressentaient, alors même qu'elles « devaient » être comblées et heureuses de porter la vie. La psychomotricité s'offrait alors comme un lieu d'expression et d'accueil de leurs ressentis, afin qu'ils y trouvent une place légitime.

Pour des femmes très isolées, la psychomotricité pouvaient faire partie des lieux où elles se sentaient soutenues. Cependant, même entouré, il n'est pas toujours évident de se confier à son entourage et leur dévoiler ses craintes. Les proches pensent bien faire en mettant en évidence les côtés positifs, en évoquant la possibilité que la situation pourrait être pire. Mais la femme, elle, peut le percevoir autrement. Elle peut culpabiliser de ressentir des émotions négatives alors qu'elle ne « devrait » pas, son vécu n'est alors pas reconnu, injustifié. Ainsi, reprendre les paroles des patientes et dire à voix haute ce qui est observé dans leur posture permet de valider le vécu et les sensations parfois irreprésentables. Cela leur revient alors en « miroir » et elles peuvent en prendre conscience.

Par ailleurs, je tentais de les revaloriser en reprenant leurs propos. Par exemple, Mme Belo culpabilisait de ne rien faire pour l'arrivée de son enfant et ne se sentait pas mère. Je lui ai alors exposé tous les éléments dont elle m'avait fait part depuis le début de l'entretien : ce qu'elle avait déjà préparé pour son enfant, le fait qu'elle s'inquiète pour lui... Cela lui a permis de réaliser qu'elle n'avait pas rien fait, et surtout, qu'elle agissait comme une mère en s'inquiétant pour lui. Mme Toda évoquait la culpabilité qu'elle ressentait d'être allée voir des amis car elle était triste, alors que le médecin avait préconisé de rester chez elle. Tout en reprenant ses propos, j'ai mis en évidence le fait que pour moi, cela montrait sa capacité à être à l'écoute de ses besoins et d'y répondre. Ce rôle de miroir permettait de mettre en avant ce qu'elles avaient mis en place face à cette situation difficile.

Ce « prêt de pensée » peut s'apparenter à la capacité de rêverie de la mère décrite par Bion. L'enfant va projeter sur sa mère des éléments bêta, ce sont des éprouvés qu'il ne peut encore assimiler psychiquement seul. Puis la mère va recevoir ces éléments et les transformer en éléments alpha, pour lui permettre de les assimiler. Elle va donc mettre du sens sur les éprouvés de son enfant et ainsi l'aider à penser. Le rôle du psychomotricien semble, selon moi, se rapprocher de ce fonctionnement.

Ce qui m'a paru le plus difficile dans ces moments de verbalisation était de ne pas en oublier la place du corps. Il m'a alors semblé que c'est là, particulièrement, où se trouve notre place de psychomotricien. Parfois, le corps dit ce que le patient n'est pas encore prêt à mettre en mot (Potel, 2015). J'essayais ainsi de prendre en compte toutes les informations infra-verbales car l'observation de leurs mouvements volontaires et involontaires participe à l'analyse de leurs propos (Chéron, 2018).

I.3. Redevenir actrice en psychomotricité

Pour certaines patientes, le fait d'être enfermées et immobilisées était très difficile à vivre. Plusieurs étaient en demande, plus ou moins consciente, d'agir face à cette situation qui leur échappe. Mme Belo exprimait que ne rien faire la faisait culpabiliser et l'empêchait de se sentir devenir mère. J'ai le sentiment qu'elle avait besoin de faire (préparer l'arrivée de son enfant), pour être (mère). La psychomotricité pourrait alors être un espace où la femme serait actrice. D'ailleurs, Fort (2005) évoque ce besoin. Elle préconise de permettre à la femme de maîtriser la situation pour diminuer son anxiété. Elle donne l'exemple des cours de préparation à l'accouchement qui ont justement été mis en place pour que la femme comprenne ce qu'il se passe lorsqu'elle accouche et qu'elle puisse y participer.

Plusieurs éléments étaient pensés dans l'optique de redonner un rôle actif à la femme dans sa prise en charge, lui laisser le choix. Le premier était de ne pas imposer le moment de la prise en charge. Lorsque j'allais voir une patiente dans sa chambre, je lui demandais si elle avait le temps ou si elle préférait que l'on prenne rendez-vous. Elle avait ainsi la possibilité de choisir le moment d'un soin. D'autre part, je lui indiquais qu'elle avait la possibilité d'émettre une demande particulière, quelque chose qu'elle voudrait aborder lors de la prise en charge. À plusieurs reprises, des patientes s'en sont saisies. La demande la plus fréquente était un travail autour du lien à l'enfant. Enfin, au sein des séances de relaxation, je m'assurais de prendre en compte leurs ressentis, soit en parlant avec elles de leurs préférences en amont, soit en observant leurs réactions tonico-émotionnelles au moment d'une mobilisation par exemple.

De manière plus générale, je tentais d'apporter des outils à ces femmes pour qu'elles puissent les réutiliser seules. Cela concernait surtout la gestion du stress. Une de mes patientes m'a demandée ce qu'elle pourrait faire lorsqu'elle était seule la nuit, qu'elle n'arrivait pas à dormir et que pleins de pensées angoissantes l'envahissaient. Je lui ai donc proposé de reprendre les exercices de respiration proposés en début de relaxation. Elle est parvenue à se les approprier. La respiration est un outil que j'ai souvent utilisé. Selon moi, c'est une manière d'être acteur et d'agir sur soi, une sorte de mobilisation active. La respiration ne mobilise pas le corps de manière trop importante et ceci est un avantage auprès des femmes hospitalisées, avec lesquelles il faut être précautionneux quant aux mobilisations. De plus, les exercices de respiration sont facilement réutilisables seuls, ce qui permet d'autonomiser la patiente. La respiration est en lien à la charge affective et émotionnelle (Saint-Cast et Boscaïni, 2012), il s'agissait d'un bon outil en réponse à la demande d'agir seule sur le stress.

Le travail sur la respiration permet également de la moduler. En psychomotricité, on s'intéresse à la dimension vécue des échanges d'air, composante psychosomatique des perturbations de la régulation comme les dyspnées par exemple, dont sont victimes les femmes enceintes. Avec les exercices de respiration, je tentais de favoriser la régulation du rythme respiratoire, souvent assez élevées chez ces patientes. Ils peuvent également permettre d'éliminer des blocages tonico-émotionnels. Il m'a semblé que c'était le cas de Mme Toda : elle semblait avoir recours à un tonus pneumatique, ce qui m'a fait penser à un blocage tonico-émotionnel. Ainsi, travailler sur la respiration avec elle permettait d'induire une respiration plus profonde. Offrir le moment à Mme Toda de s'allonger et se poser, prendre conscience de sa respiration était une tentative pour débloquer cela.

II. Être mère et investir bébé

Mme Belo a exprimé sa difficulté à éprouver son rôle de mère. Mme Toda était en demande d'accompagnement pour entrer en communication avec son enfant. D'autres femmes dans le service ont évoqué des difficultés à investir leur rôle de mère, ou leur enfant. Je me suis alors questionnée sur l'apport de la psychomotricité dans un travail autour de l'identité et des interactions prénatales.

II.1. Quand le corps n'exprime pas la maternité

Identité et image du corps sont fortement intriqués (Pireyre, 2015). Les changements corporels inhérents à la grossesse confirment à la femme la présence du fœtus et par conséquent, son nouveau statut. Les nouvelles perceptions corporelles étayant la construction d'une nouvelle identité, sont le support du remaniement identitaire de la femme (Bourguiba, 2015). La modification de l'image du corps semble donc concourir à la construction de l'identité maternelle. À plusieurs occasions lors de ce stage, j'ai rencontré des femmes hospitalisées pour MAP dont les changements corporels et les symptômes étaient quasi inexistantes. Leur ventre était tout juste visible. Je me suis alors posée la question du lien entre la faible expression corporelle de la grossesse et le processus de maternalité.

Mme Lou n'a eu aucun symptôme. Son ventre s'est à peine arrondi. Elle « pense » que sa poitrine a un peu grossie. Elle voit d'un très bon œil ce corps peu marqué : elle vit une grossesse idéale qu'elle prend comme une compensation face aux nombreuses années de PMA. Elle désirait cet enfant. Mais elle a dû passer par des années d'infertilité. Il me semble que Mme Lou éprouve des difficultés à se sentir mère. Elle n'a pas pu tomber enceinte jusqu'à recevoir l'agrément d'adoption. Symboliquement, il lui a fallu une autorisation externe pour confirmer sa capacité à être mère. Dans son corps, la maternité est peu visible, comme pour mettre de la distance par rapport à cette grossesse. Peut-être est-ce en lien avec ses nombreuses années d'infertilité qui ne lui ont pas permises de confirmer cette maternité. Dayan (1999) indique que l'infertilité impact significativement le psychisme, et que l'identité en tant que femme et mère est remise en question. De plus, elle même semble ne pas s'être regardé dans le miroir avec ce nouveau corps : lorsqu'elle se dessine, elle « imagine » être comme cela maintenant. Connaissant son parcours, j'ai émis l'hypothèse que ce corps peu marqué et peu observé est peut-être un moyen de ne pas totalement accepter la grossesse pour se protéger. Elle a vécu beaucoup de pertes, beaucoup de FIV ont échouées. Il peut être difficile pour elle d'y croire totalement et son corps l'exprime

ainsi. Je me demande alors quel impact cela peut avoir sur sa construction en tant que mère. Elle ne touchait quasiment jamais son ventre, du moins durant les séances de psychomotricité. Lors de la première séance, elle a senti son enfant bouger et a dit qu'elle « imaginait » une bosse sur son ventre. Elle parle également de lui en terme « d'embryon ». Ceci marque une certaine distance face à un corps qu'elle ne semble pas regarder, un ventre qu'elle ne touche pas, un bébé qu'elle ne nomme pas comme le sien. Son parcours est très médicalisé, de la conception de l'enfant à la grossesse en elle-même qui nécessite une hospitalisation. Le corps de Mme Lou, finalement, n'a pas lui-même conçu cet enfant. Il ne peut à présent le garder en sécurité. Même lorsque la grossesse est confirmée médicalement, le corps, lui, ne semble pas marquer cet état. Dans une telle situation, la femme pourrait éprouver une difficulté à se sentir mère.

Mme Toda dit également ne pas avoir perçu de modifications corporelles, mis à part son ventre arrondi. De l'extérieur, elle a effectivement peu des marques de la grossesse. Ne la connaissant pas avant, je ne peux affirmer si des changements se sont opérés ou non. Cependant, elle dit être « pataude ». La maladresse signifie que les changements ne sont pas encore intégrés au schéma corporel et à l'image du corps. Ces changements peu marqués et peu intégrés m'ont questionnée. Mme Toda a vécu un début de grossesse difficile entre le décès de son père, la maladie de son compagnon et la relation avec sa mère. Avec tous ces événements, Mme Toda n'a peut être pas eu l'occasion de libérer son esprit pour se centrer sur son corps en changement. Il semble qu'inconsciemment, ce n'était pas le moment pour elle d'avoir un enfant, ce que le corps exprimerait en ne marquant que très peu cet état de grossesse. Mme Toda parle d'ailleurs de cette question de temporalité : elle aimerait remettre les choses dans l'ordre, bien qu'elle n'évoque pas directement la date à laquelle elle est tombée enceinte.

Habituellement, le premier semestre est le moment où les préoccupations de la femmes sont tournées sur elle-même, ses changements corporels et ses symptômes, qui viennent confirmer la grossesse. Pour l'une comme pour l'autre, cela n'a pas eu lieu : Mme Lou dans une sorte de mécanisme de défense, et Mme Toda pour qui la grossesse semblait être tombée au mauvais moment. Les changements corporels ont très peu émergé mais également très peu été pris en compte : Mme Lou qui se dessine telle qu'elle « pense » être maintenant et Mme Toda qui, « pataude », ne semble pas avoir intégré ces changements. De plus, il semble exister chez cette dernière un lien entre sa capacité à être une bonne mère et le comportement de son corps. Elle dit de son corps qu'il a « fait n'importe quoi », elle culpabilise, a peur de ne

pas bien faire pour sa fille. Elle n'entrait d'ailleurs pas beaucoup en communication avec elle. Quand le corps peine à se transformer et à faire ce que la femme attend de lui, la confirmation de son identité en tant que mère peut s'en trouver impacté.

La psychomotricité, par son approche corporelle, permet la réactualisation de l'image du corps. Lors de la relaxation, notamment dans le temps d'installation, je proposais parfois à la femme de prendre conscience de l'ensemble des parties de son corps. Ce travail était une tentative de faire prendre conscience à la femme de la maternité de son corps, non seulement comme un contenant mais surtout comme témoin d'une identité en construction. Cela permet ainsi de refaire du lien entre ce qui se passe dans le psychisme avec les processus inhérents à la grossesse, et ce qui se passe dans le corps, à travers les transformations vécues, ce qui réunirait corps et psychisme.

Intégrer ce nouveau corps et ses remaniements, c'est également intégrer l'enfant physiquement mais également psychiquement. C'est l'autoriser à exister en soi et dans son imaginaire. Cela permettrait donc de l'investir, ce qui n'est pas chose aisée pour ces patientes.

II.2. Toucher et être touché pour exister

II.2.1. L'haptonomie

L'haptonomie est la science de l'affectivité. Cette approche a été élaborée par Frans Veldman. De son origine grecque, le verbe *hapto* signifie « je touche, je réunis, j'établis une relation, je m'attache à... ». Au sens figuré c'est établir une tactilement un contact pour rendre entier, confirmer l'autre dans son existence.

Rossigneux-Delage (2004) décrit cette technique et ses apports lors de la grossesse. Son utilisation auprès des femmes enceintes consiste à l'accompagner à entourer son bébé de son affectivité, s'adresser à lui. L'haptonomie propose une rencontre entre les parents et l'enfant *in utero*, par l'intermédiaire du contact affectif pour nouer des liens. Cela permet à la femme d'affiner ses ressentis internes. Il s'agit d'une relation affective psychotactile, contact qui témoigne de la présence affective de l'approchant. Ainsi, le lien affectif se développe, ce qui prépare à l'arrivée du bébé et permet à la mère d'apprendre à connaître son enfant et ses réactions et ainsi, à adapter ses réponses.

En constatant les problématiques liées à l'acquisition de l'identité de mère et l'investissement de l'enfant, j'ai introduit dans les séances de relaxation des moment

plus centrés sur la perception du bébé. Je tentais alors de faire émerger des représentations de lui chez la femme, comme avec Mme Belo. Avec d'autres patientes, je me suis demandée si passer par le toucher ne serait pas plus pertinent. Ainsi, je me suis inspirée de l'haptonomie. Je ne suis pas formée à cette pratique cependant j'ai tenté d'inclure des mobilisations qui s'en inspirent dans les séances. La peau est le premier organe de communication qui se développe. Ainsi, le langage psychotactile est le premier langage possible. Cela permet donc d'établir une communication entre le fœtus et sa mère. « Dans cet échange, le bébé confirme ses parents qui le confirment » (*Ibid.* p.233). C'est cette confirmation réciproque qui était recherchée.

II.2.2. « Le bébé confirme ses parents...

J'intégrais des mobilisations apparentées à l'haptonomie au sein d'une séance de relaxation, comme avec Mme Toda. Elle culpabilisait beaucoup et avait l'impression de ne rien pouvoir faire pour son enfant, ne pas être un lieu sûr pour lui. Ainsi, aller toucher son enfant et le sentir vivant à l'intérieur permettrait de lui redonner confiance en la capacité d'accueil du ventre, en faisant de lui un lieu vivant, et non plus un lieu insécurisant à ses yeux. Rossigneux-Delage (2004) affirme que le vécu émotionnel et affectif de la mère a des effets immédiats sur le tonus de l'utérus et des muscles abdominaux. Son tonus général va baisser, et par conséquent celui de l'utérus et des abdominaux. Ceci est permis par la relaxation. « Elle découvre que dès qu'elle est en contact affectif avec l'enfant qu'elle porte, tout change en elle. Son utérus devient la demeure, le giron qui abrite son enfant. » (*Ibid.*, p.228).

Après avoir mobilisé la femme, je lui proposais d'aller elle-même « mobiliser » le fœtus, à la façon de l'haptonomie. L'enfant perçoit les modifications internes de sa mère. La détente maternelle offre plus de place au fœtus, ce qui provoque beaucoup de mouvements de sa part. Ainsi, j'accompagnais verbalement la femme en lui suggérant d'observer les différents mouvements de son enfant. Percevoir ses mouvements confirme son existence, ce qui permet l'émergence des premières représentations. C'est en se représentant l'enfant que la femme se représente elle-même comme une femme-mère (Spiess, 2002). Elle et son enfant vont tous deux pouvoir sentir les modifications et mobilités de l'autre, et s'influencer mutuellement. Les réponses du fœtus confirment alors la femme en tant que mère. Avec Mme Belo, je me suis arrêtée à un travail cérébral, celui d'imaginer l'enfant. Je pense qu'il aurait été encore plus bénéfique de passer par le contact tactile, pour être confirmée en tant que mère. Cela aurait été l'occasion de se représenter et d'imaginer son enfant davantage et ainsi investir pleinement ce rôle de mère, se représenter elle-même comme une

maman en devenir. Peut-être que cela aurait permis de réactiver le processus de maternalité qui semble avoir été interrompu par l'hospitalisation.

Ce travail me semblait également bénéfique à la reprise de confiance en son corps et c'est pourquoi je l'ai utilisé avec Mme Toda. Toutes ces représentations et cet investissement psychique seraient également une manière de contenir non seulement corporellement mais aussi psychiquement le bébé, avant même sa naissance. C'est ce que confirme Rossigneux-Delage (2004) qui précise que cette technique peut permettre à la mère de se sentir plus contenante pour l'enfant, faisant de son utérus un lieu sûr et sécurisé. Selon moi, cela donne la possibilité de contacter la qualité contenante du corps de la mère et la ré-assurer dans cette fonction. Cela peut lui permettre d'avoir davantage confiance en son corps et mettre en évidence le fait qu'il protège son enfant, donc qu'elle-même est capable d'assurer sa sécurité. Les hospitalisations pour grossesse à risque semblent mettre en lumière l'incapacité du corps à porter l'enfant jusqu'au bout, ce qui peut être difficile à supporter pour ces femmes, et culpabilisant. Je pense que ce travail avec Mme Lou aurait été judicieux.

II.2.3. ... qui le confirment »

Dans ce service, certaines femmes, avec le risque de perdre leur enfant, restent à distance de lui. Elles s'empêchent parfois de s'y attacher. Une de mes patientes, Mme Valle, l'a clairement exprimé : elle a vécu ce début de grossesse détachée par peur que cela se finisse, ayant vécu un long parcours de PMA. Mme Gerra également dit que parfois, elle n'arrive plus à penser à sa fille car les médecins lui répètent sans cesse de ne pas trop y croire. Cependant, les conséquences peuvent être importantes. L'établissement des premiers liens peut être altéré si l'enfant n'a pas suffisamment été investi durant la grossesse. Toucher l'enfant confirme son existence, le rend réel et engendre des activités fantasmatiques à son encontre. Après avoir été touchée et vécu un moment de maternage lors de la relaxation, c'était au tour de la femme d'apporter cela à son enfant. Les mouvements et les réponses qu'il produit rendent le fœtus plus vivant. J'orientais ensuite la verbalisation pour amener la femme à me dire ce qu'elle percevait et ce qu'elle interprète elle-même des mouvements et des réactions de son enfant. La mère peut donc l'imaginer, s'y attacher. Elle l'investit et il prend ainsi une dimension plus réelle.

À nouveau, ce même travail aurait été pertinent avec Mme Lou. Cette dernière parlait « d'embryon », ne touchait pas son ventre, parlait souvent de lui dans un entre deux entre l'acceptation de son existence mais surtout, la conscience qu'il pourrait ne pas

suivre, ou alors l'imaginer en réanimation, avec des tuyaux... Ainsi, rendre cet enfant plus vivant et plus réel aurait pu accompagner Mme Lou vers une représentation moins mortifère de l'enfant à venir. Il s'agit également d'une forme de prévention amorçant un travail autour de la relation mère/enfant. De plus, interpréter les états toniques et les mouvements de son enfant sera le rôle de la mère lors de ses premiers mois de vie. Cela sera essentiel pour le comprendre et lui apporter des réponses adaptées. Ainsi, ce travail s'apparente en quelque sorte aux relations entre la mère et le nouveau-né.

Mme Toda a émis une demande à propos de la communication avec son enfant. Elle est hospitalisée pour MAP et l'arrivée de son bébé est imminente. Lors de notre rendez-vous, elle avoue ne pas savoir comment communiquer avec son bébé. Elle trouvait étrange de lui parler sans même le voir. Comme si depuis le début de la grossesse, elle n'avait pu le faire. Je me suis alors posée la question de l'investissement qu'elle avait envers lui. J'ai eu l'impression que, se rapprochant de la naissance, elle voulait commencer à le faire exister en le contactant. Proposer de toucher son ventre, donc son enfant, c'est un outil donné à cette future maman pour établir des premiers liens. Au cours de ce travail, Mme Toda semblait plus à l'aise pour communiquer avec son bébé. À la fin, elle a pu dire que c'était une fille : elle semble s'être autorisée à rendre son enfant plus réel malgré le fait qu'elle ne puisse le voir.

II.3. Dialogue tonico-émotionnel

Chez différentes patientes, j'ai pu constater que l'anxiété semble accentuée par les risques encourus. Les douleurs peuvent être plus importantes du fait d'une immobilité prolongée. Les touchers les plus fréquents deviennent ceux des médecins, des infirmiers, des sage-femmes. L'intention de leur toucher est de procurer des soins assurant la bonne santé de la femme et de son fœtus. Le tonus a tendance à être élevé. Peut-être est-ce une carapace tonique face à l'intrusion des soins, qui viennent faire irruption dans l'espace corporel et intime de la femme, dans son enveloppe ? Au vu de ces éléments, il m'a semblé que la régulation tonico-émotionnelle était elle aussi touchée. Cette capacité de régulation tonico-émotionnelle participe à la mise en place du dialogue tonico-émotionnel. Il représente le premier moyen de communication du nouveau-né. L'enfant et celui qui le porte s'accordent réciproquement aux variations toniques perçues. Il s'agit du prélude au dialogue verbal. « Dès sa naissance, l'enfant évolue dans un contexte affectif qui lui est propre, contexte qui est la source de décharges émotionnelles se répartissant sur tout le système posturo-locomoteur. Elles se caractérisent par les variations de tensions de l'appareil musculaire et entraînent une modification du tonus. Tonus et motricité participent à l'organisation relationnelle. »

(Carric et Soufir, 2014, p.211). Il existe donc des liens très étroits entre tonus et relation, et lorsque l'un est altéré, l'autre l'est aussi. Ainsi, je me suis demandée si cette altération de la relation tonus/émotions pourrait impacter la rencontre mère/enfant. C'est pour cette raison qu'il m'a semblé important de travailler sur le dialogue tonico-émotionnel avec les femmes enceintes.

La psychomotricité peut offrir à la femme l'expérience d'un toucher différent et d'un tonus abaissé. Lors d'une séance de relaxation s'instaure, entre le psychomotricien et le patient, un dialogue tonico-émotionnel. Ce dernier intègre plusieurs signaux : tonus, voix, regard, toucher, proxémie, odeurs, qualité du portage, organisation temporelle de la situation. Il s'agit d'autant d'éléments présents dans la relaxation et que le psychomotricien va moduler pour répondre au patient. Dès les premiers instants des séances, j'ai pu observer qu'il se met en place. Lorsque j'abaisse ma voix, par exemple, les femmes ont tendance à se poser davantage dans le matelas, voire à fermer les yeux sans attendre que je leur propose. Puis tout au long de la séance, j'adapte mes mots et mes gestes selon l'état tonique de la patiente et les réactions corporelles que je peux observer. Lors d'une séance avec une patiente, j'ai senti que le contact avec les épaules permettait un relâchement important. J'ai alors passé un moment plus important sur cette zone en interprétant la modification tonique de la patiente. À l'image du nourrisson et de sa mère, il s'agit d'un système d'ajustement tonique. Le thérapeute et le patient s'adaptent aux variations toniques et posturales de l'autre, en prenant en compte les éprouvés sensoriels. Il y a donc une communication infra-verbale qui s'instaure. Cela peut mettre en évidence l'existence de ce mode de relation et surtout, qu'elle peut être régulée.

Ce travail pourrait donc être une manière de préparer la femme à affiner l'écoute tonique de leur enfant, en affinant d'abord la sienne. Avoir vécu cet accordage serait peut-être bénéfique à la régulation de leur propre tonus. Tout ce système est le même qu'utilisera la femme lorsqu'elle accouchera et procurera les premiers soins à son enfant. Grâce à la mise en place de la préoccupation maternelle primaire, la mère pourra décrypter de façon précise les messages émis par le bébé, qui se font principalement via le dialogue tonico-émotionnel. Il s'agit d'une « compréhension intuitive, extrêmement fine, des messages émis par le bébé » (Mourras, 2003, p.22). Il s'agit donc que quelque chose d'intuitif et le but n'est pas « d'apprendre » le dialogue tonico-émotionnel aux femmes, mais de tenter de leur apporter un outil qu'elles puissent transposer dans la relation avec leur nourrisson. Un accordage tonique adapté de la mère est indispensable pour la construction de l'enveloppe psychocorporelle de l'enfant, selon Robert-Ouvray, comme nous le verrons par la suite.

Il s'agit donc également d'une forme de prévention quant au développement psychomoteur de l'enfant.

III. Vivre le maternage

J'ai constaté une problématique autour de l'enveloppe et sa capacité à contenir chez plusieurs femmes. Je me suis donc posée la question de l'impact de la grossesse à risque sur l'enveloppe et comment la psychomotricité pourrait agir dessus.

III.1. Une enveloppe fragile

III.1.1. Le concept d'enveloppe

Selon Houzel, « ce qui est commun à tous les types d'enveloppe est la notion d'une limite entre un dedans et un dehors, entre ce qui est contenu à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur d'un espace donné » (2010, p.9). L'enveloppe est donc quelque chose qui entoure un espace et le délimite de l'extérieur.

De l'existence intra-utérine, et tout au long de la vie, la peau reçoit des informations sensorielles et est une surface d'ancrage de nos expériences et de notre vécu. C'est avec l'intégration de la sensorialité que petit à petit, la peau va se constituer comme enveloppe physique. Elle limite, protège et contient le corps (Doron, 2003). C'est sur elle que va s'étayer la construction psychique. L'enveloppe psychique a pour fonction de délimiter le monde interne et l'espace du monde externe du sujet. Elle assure la cohésion du psychisme tout en permettant des communications entre le monde intérieur et extérieur (*ibid*). Différents processus permettent la construction de cette enveloppe psychocorporelle et vont progressivement permettre son intégration. Il me semble important de revenir rapidement dessus pour comprendre la suite de ma réflexion. Je reprendrais la description de Charpentier (2013).

In utero, l'utérus et le liquide amniotique viennent faire office de première enveloppe pour le fœtus. Déjà, il reçoit des afférences sensorielles, avant tout tactile, par lesquelles il découvre son corps. Tout ceci constitue une enveloppe tactile. Puis ses capacités auditives se développent. Il perçoit les sons physiologiques et la voix de sa mère qui constituent un bain sonore, à l'origine d'une enveloppe sonore. Enfin, avec les mouvements du fœtus qui se font ressentir et ses réponses aux stimulations parentales, des interactions prénatales se mettent en place. Cela participe à

l'investissement psychique de l'enfant par ses parents : émerge alors une première enveloppe psychique.

À la naissance, le nouveau-né quitte l'abris utérin. Il passe du dedans au dehors ce qui altère le sentiment d'enveloppe acquis jusque là. Il se retrouve alors face à des angoisses archaïques. Les échanges précoces et les premiers peau à peau sont donc nécessaires à la construction de l'enveloppe psychocorporelle.

Lors des premiers mois de vie, la mère va témoigner de contenance psychique par la capacité de rêverie de la mère, décrite par Bion. Elle va donc mettre du sens sur les épreuves de son enfant et ainsi l'aider à penser. La préoccupation maternelle primaire y participe également, en comblant les besoins du nourrisson au bon moment. Winnicott parle d'objet-presenting : la mère présente l'objet désiré pour satisfaire les besoins de l'enfant, il a l'impression que c'est lui qui crée l'objet. Cette illusion de toute-puissance participe à l'illusion de ne faire qu'un avec sa mère, dans une unité psychique et corporelle.

Tous ces soins maternels et interactions psychiques s'étaient sur le corps. Les contacts peau à peau entre le nourrisson et sa mère lui permettent de délimiter un espace interne et un espace externe à son corps. C'est sur cette relation corporelle que se construit l'enveloppe psychocorporelle. Si l'accordage tonico-émotionnel de la mère à son enfant est correcte, il pourra sentir son corps rassemblé et unifié. Robert-Ouvray parle d'enveloppe tonique, première enveloppe psychocorporelle du bébé qui sera la toile de fond des enveloppes psychiques. Cela permet la délimitation entre le dedans et le dehors, passant par l'état d'unité de l'enfant et permettant plus tard son individuation.

Bick, elle, précise l'importance de la peau sur laquelle va se constituer une peau psychique. Pour cela, un objet externe doit venir contenir les vécus de l'enfant pour qu'ils ne soient pas dispersés. Cette fonction de peau psychique va dans un premier temps être tenue par la mère. Progressivement, l'enfant va intérioriser cet objet externe et être capable de contenir par lui-même les différentes parties. Il va se sentir suffisamment contenu à l'intérieur de sa propre peau. Cette peau psychique s'étaye sur la peau, selon Anzieu : il parlera de Moi-peau. Cette enveloppe psychique va résulter du lien que l'enfant fait entre les différentes sensations qu'il reçoit. Le Moi-peau s'étaye donc sur les expériences sensorielles tactiles lors du contact peau à peau avec sa mère. Anzieu précise que c'est par ces activités que l'enfant va différencier un dedans et un dehors, un contenant et un contenu, ce qui implique la notion

d'enveloppe. Il va alors pouvoir se sentir contenu dans cette enveloppe, unifié, et protégé. La sensorialité va donc être la base sur laquelle s'étaye l'enveloppe.

Par les soins de maternage, l'enfant va progressivement intégrer les différentes fonctions du Moi-peau, décrites par Anzieu. Ces huit fonctions s'étayaient sur la peau physique. Parmi elle, il y a la fonction de maintenance du psychisme : à l'instar de la peau qui maintient muscles et squelette à l'intérieur, le Moi-peau « maintient le psychisme en état de fonctionner ». Ceci s'intériorise par le holding maternel de Winnicott. La fonction de contenance, elle, permet au Moi-peau d'envelopper la psyché et contenir les représentations psychiques, comme la peau recouvre le corps entier. Elle s'étaye sur le handling maternel.

III.1.2. L'enveloppe lors d'une MAP

Lors de la grossesse, l'élargissement de la peau pour accueillir le bébé et la capacité de la femme à adapter son psychisme témoignent de la souplesse de son enveloppe psychocorporelle, indispensable pour éviter la rigidité psychique selon Doron (2003). La fonction limitante de l'enveloppe se trouve remise en question. Petit à petit, la femme se sépare psychiquement de son bébé, il devient un être à part entière, tout en étant à l'intérieur de son enveloppe. Le soi et le non-soi sont dans un même corps et en même temps, doivent être différenciés. Les limites deviennent floues. Selon Doron (2003), une atteinte de l'enveloppe pourrait entraîner une confusion entre le monde interne et le monde externe. J'ai pu observer cela avec Mme Lou. Ses propos mettent parfois à distance l'enfant qui est en elle, et parfois ils l'incluent. Lorsqu'elle fait quelque chose, elle emploie le pronom « on », par exemple « on a regardé la télé », ce qui signifie qu'elle différencie son enfant d'elle-même : « on », c'est elle et lui. Mais lorsqu'elle dit « ça bouge la-dedans » : « ça » correspond à son enfant. Il n'est plus vraiment une personne distinguée mais quelque chose qui bouge à l'intérieur d'elle. La limite dedans/dehors, la distinction entre soi et l'autre, à l'intérieur de soi, l'identification inévitable à son fœtus, sont autant de problématiques à rapporter à l'enveloppe. Mais cette atteinte de l'enveloppe n'est pas le signe d'un trouble psychiatrique, elle est normale et inhérente à la grossesse.

Lorsqu'une femme est hospitalisée pour MAP, son col est ouvert. L'enveloppe corporelle est déchirée et ce, pour plusieurs jours voire plusieurs semaines. Il y a comme une défaillance de cette enveloppe, censée contenir et protéger le fœtus à l'intérieur. Elle n'est plus fiable. Je me suis posée la question de l'origine de la MAP. Pour certains psychanalystes, la MAP serait l'expression corporelle de l'inconscient qui

ne se sentirait pas apte à porter un enfant. Au vu du parcours de Mme Lou, cela semble lié. Elle a mis plusieurs années à tomber enceinte et cela est arrivé après l'agrément de l'agence d'adoption, comme si son inconscient attendait l'autorisation à être mère. Puis une fois enceinte, son corps à nouveau n'exprime pas cette maternité : son ventre s'arrondit à peine, sa poitrine grossie, du moins elle pense que c'est le cas. Mais aucun autre signe ne vient confirmer cette maternité. Comme si une fois encore, son inconscient n'est pas prêt à porter un enfant. Peut-être que l'enveloppe psychique est mise à mal par la présence d'un corps étranger, qu'inconsciemment elle ne conçoit pas encore accueillir un enfant et cela se traduirait par l'enveloppe physique qui s'ouvre comme pour rejeter le fœtus, provoquant une MAP.

Quand l'enfant est dans son ventre, la future maman commence déjà à interpréter les mouvements du fœtus qu'elle peut ressentir, à imaginer et fantasmer cet enfant. Elle prête son psychisme pour faire de lui une personne à part entière. Il s'agit d'un processus important pour investir l'enfant et devenir mère. Et le psychisme de la mère est une enveloppe pour le bébé. Mais lorsque l'enveloppe physique est altérée, qu'en est-il de l'enveloppe psychique ? Quand contenir l'enfant physiquement devient difficile, le contenir psychiquement s'avèrerait également impacté. Pour Mme Lou l'activité fantasmatique et onirique autour de son enfant semble pauvre. J'aurai pu aller plus loin en lui demandant si elle en rêvait par exemple. Mais le peu qu'elle disait sur lui était surtout lié à sa survie : je ne sais pas s'il sera là, s'il sera vivant, s'il sera en forme... Comme si d'une certaine manière il échappait aussi à son psychisme et qu'elle était dans l'impossibilité d'imaginer une suite pour lui. L'investissement du bébé semble compromis. Avec cette enveloppe physique « trouée », l'enveloppement psychique que Mme Lou apporte à son enfant semble fragile.

Mme Lou avait du mal à laisser paraître ses émotions. Elle avait en permanence le sourire et parlait très calmement. Elle semblait tout à fait sereine et pourtant, son tonus était assez élevé. Lâcher prise paraissait difficile : elle aidait aux mobilisations, elle ne prenait pas le temps de profiter de l'approfondissement, ré-ouvrait très vite les yeux. Elle avait également un fonctionnement très cérébral, était beaucoup dans la parole. Ce comportement de maîtrise était-il une réponse à un corps auquel elle ne peut faire confiance ? Était-ce une façon de ne pas lâcher son enfant ? Ne pas risquer de se détendre quelques instants au risque que le col se dilate et que l'enfant sorte ? Parfois, face à un corps qui trahit, la confiance en lui se perd et la maîtrise prend le dessus, « pour masquer ce qui peut se vivre comme une déchéance » (Potel, 2015, p.47). Tout cela dresse le portrait d'une femme qui semble être dans un hyper-contrôle. Ce tonus élevé et cette impression de contenance sont peut-être une carapace mise en place

pour substituer à l'enveloppe sur laquelle elle ne peut plus compter. D'ailleurs, elle avait toujours sa couverture sur elle, comme une seconde peau. Aussi, le fait qu'elle attende l'heure de notre rendez-vous pour télécharger une application de relaxation donne l'impression d'une « mise en scène ». Le recours à la sensorialité et à la contenance en psychomotricité pourraient ainsi faire sentir à Mme Lou sa propre qualité de contenance, et la restauration d'une enveloppe plus solide.

Il existe des cas où l'enveloppe psychique, si elle n'est pas suffisamment unifiée et contenante, va impacter la perception corporelle. C'est le cas de certains troubles psychiatriques, où des angoisses de morcellement peuvent se faire ressentir par exemple, reflétant le fonctionnement psychique du patient. Les patientes que j'ai rencontré n'ont pas de trouble psychiatrique. Cependant, il aurait pu être intéressant, pour Mme Lou notamment, de se faire une idée de son fonctionnement antérieur. Peut-être que Mme Lou a toujours eu une enveloppe fragile, qui a eu du mal à se constituer. La grossesse venant perturber son équilibre psychocorporel, l'enveloppe est peut-être devenue défaillante. Il aurait pu être intéressant d'aller questionner le vécu de cette enveloppe, au travers de bilan sensoriel par exemple.

III.2. La superposition des cadres

III.2.1. Hôpital : premier cadre

« Le cadre d'une peinture, c'est ce qui précise les contours [...]. Le cadre d'une activité, quelle qu'elle soit, c'est ce qui définit le lieu et le temps de cette activité » (Potel, 2013, p.321). Selon moi, l'hôpital peut être comparable à un cadre. Par cadre hospitalier, j'entend l'espace du service et son matériel, le personnel soignant présent à chaque instant, l'appartenance de ce service à une maternité de niveau 3. Ceci signifie qu'à chaque instant, une surveillance est mise en place et que la survenue d'un problème sera immédiatement prise en charge. J'ai pu observer lors de ce stage que le cadre hospitalier peut parfois contenir les patients.

L'hospitalisation peut, de prime abord, être vécu comme brutale. Mais parfois, après le choc, les patientes le vivent différemment. Mme Lou disait qu'être hospitalisée la rassurait. Mme Toda, elle, parlait de « cocon ». Pour certaines, ce cadre hospitalier vient faire office de premier contenant. Il arrive que le monde externe devienne le contenant d'une enveloppe en train de se désagréger (Doron, 2003). Il me semble que c'est ce qui se met en place pour ces femmes. Leur enveloppe est comme déchirée, béante, l'enfant peut sortir et c'est le risque contre lequel elles doivent lutter. Dans le

cadre de l'hospitalisation, elles trouvent un simulacre d'enveloppe qui permet alors de contenir la leur, qui n'est plus suffisamment contenante.

Le personnel médical surtout semble y jouer un rôle important : il représente le savoir, ce qui rassure les patientes. Lorsqu'elles sont chez elles, elles sont seules responsables d'elle et de leur enfant, de leurs choix. Devenir mère, c'est devoir faire ces choix et prendre ses responsabilités, ce qui génère de l'angoisse. À l'hôpital, le personnel médical prend la plupart des décisions à leur place, ce qui peut en rassurer certaines. Mme Lou dit en permanence à quel point les soignants sont formidables avec elle, que c'est grâce à eux qu'elle va bien. Elle répète souvent qu'elle veut y rester le plus longtemps possible car c'est le mieux pour son bébé. Mme Toda, au début, vivait mal l'hospitalisation car elle la mettait face à des mauvaises pensées et de mauvais souvenirs. Mais lorsque sa fille est arrivée, l'hôpital s'est alors présenté comme le contenant de cette dyade naissante. Comme elle le dit si bien, c'était comme un « cocon » : elle disait avoir besoin d'y rester quelques temps car elle ne se sentait pas prête à rentrer avec sa fille.

Parfois, le cadre de la chambre aussi devient l'espace d'un investissement marqué. D'une semaine à l'autre, Mme Lou remplit sa chambre d'objets personnels. De plus en plus, cette pièce est à son image : photos, signes religieux, livres... Elle semble recréer une enveloppe. Il semble que c'est également une façon « d'aménager » à l'hôpital, comme pour mettre en scène le désir d'y rester le plus longtemps possible. Mme Lou répète à chaque fois « chaque jour de plus est un jour de gagner » et exprime bien son désir de rester hospitalisée le plus longtemps possible. La psychomotricité pourrait alors accompagner Mme Lou à quitter son enveloppe environnementale en travaillant sur la sienne. Ainsi, aborder cette notion d'enveloppe avec elle, afin qu'elle puisse s'y appuyer et la sentir suffisamment solide, semblait important, non seulement pour sa relation future avec son bébé mais également lors du départ de l'hôpital.

III.2.2. Psychomotricité : cadre thérapeutique

« Par cadre thérapeutique on entend tous les éléments matériels qui entrent dans la composition de l'organisation de l'espace et du temps d'une séance de psychomotricité, ainsi que la nature de la relation engagée par le psychomotricien et le type de dynamique enclenchée lors des activités. » (Saint-Cast et Boscaini, 2012, p. 41). La mise en place de ce cadre passe par l'instauration de conditions particulières, que Potel énonce : un espace (lieu qui puisse être réceptacle d'expériences), du matériel, un temps (durée et régularité qui deviennent des repères), un encadrement,

l'intégration dans le fonctionnement institutionnel, un choix de fonctionnement en fonction des hypothèses cliniques de départ.

Le cadre doit être suffisamment stable et solide pour être sécurisant et contenir les émotions du patient. La mise en place de tout ces éléments, et leur immuabilité, permet à la femme de sentir une contenance psychique. Avant même d'être touchée, elle peut se sentir enveloppée dans ce cadre. Il fait penser à la présence de la mère : elle s'apparente au cadre dont on parle. Mais elle contient également toutes les angoisses archaïques que présente le bébé et dont il n'est pas encore capable de maintenir lui-même en son intérieur. De même, le patient pourra déposer ses angoisses en séances s'il sent le cadre donné suffisamment sûr pour les contenir. Ce cadre doit s'adapter, comme les réponses d'une mère aux sollicitations de son bébé. Cela peut être comparé à la fonction de Holding. Et c'est en intériorisant ce Holding maternel, ces expériences précoces, que l'enfant va pouvoir développer la fonction de maintenance du Moi-Peau. Ainsi, instaurer un cadre et tenir sa posture de psychomotricien, c'est déjà un travail sur l'enveloppe.

Mme Toda a elle aussi investi particulièrement le cadre en psychomotricité. Sur les trois séances avec elle, seule la première était une séance de relaxation. Des contraintes institutionnelles ne m'ont pas permises de la relaxer à nouveau. Cependant, elle a quand même demandé à me revoir. Elle était très en demande d'accompagnement. Elle a également sollicité la psychologue. Cependant, elle a selon moi, pu faire la part des choses entre la psychologue et la psychomotricienne car elle n'a pas abordé les mêmes problématiques. Dans le cadre de la prise en charge psychologique, elle a beaucoup parlé de sa relation conflictuelle avec sa mère. Dans le cadre de la séance en psychomotricité, elle évoqué les questions sur sa relation avec sa propre fille. Il s'agissait plutôt d'un accompagnement à la parentalité. Elle posait beaucoup de questions autour des réactions corporelles de sa fille.

III.3. Contenance en psychomotricité

La contenance est une modalité relationnelle ayant pour objectif de protéger l'autre physiquement et psychiquement (la mère avec son enfant, le thérapeute avec son patient). Cela est particulièrement en jeu lors des explosions émotionnelles, des crises d'angoisse, ou protège de l'excitation. Assurer un cadre suffisamment contenant en psychomotricité est une condition indispensable pour permettre au patient d'expérimenter son corps autrement. Cela passe par l'ajustement spatio-temporel du

cadre ainsi que dans le dialogue tonico-émotionnel et la disponibilité psychocorporelle du psychomotricien (Saint-Cast et Boscaini, 2012).

III.3.1. Par le psychomotricien

Le cadre assure un premier contenant au sein duquel la posture du psychomotricien tient un rôle primordial. Pour Potel, « [...] le psychomotricien développe une certaine qualité de présence corporelle qui tient compte autant de son positionnement dans l'espace, de ses propres appuis, de sa tonicité, des inflexions de sa voix, sa mélodie, son rythme [...] pour pouvoir accueillir les expressions corporelles très primitives de ses patients » (2010, p.330) et permettre leur transformation en éléments plus secondarisés. Le psychomotricien va développer une certaine façon de recevoir et de faire qui évoque les premières trames d'une enveloppe relationnelle primaire. Il va accueillir les sensations primitives et régressives, comme la mère le fait pour son nourrisson : il s'agit d'une contenance maternelle que le psychomotricien reproduit. Par sa disponibilité corporelle et psychique, il sera un support contenant et une enveloppe symbolisante (Bourguiba, 2015).

Avant même d'être touchée, la patiente peut se sentir enveloppée dans ce cadre par la présence du psychomotricien et l'attention qu'il met envers elle. La disponibilité du psychomotricien est tant physique que psychique : faire sentir à son patient qu'il est présent et là pour lui. L'engagement corporel avec un dialogue non-verbal traduit cette contenance. Lorsque certaines sont face à l'impossibilité de comprendre, de sentir ou de verbaliser leurs émotions et ressentis, ce cadre dans lequel le corps est mis en avant permet de parler plus facilement. C'est par exemple le cas de Mme Belo : elle refusait de parler à une psychologue, disait ne pas en avoir besoin. J'ai mis en avant le fait qu'en psychomotricité, il s'agissait d'un travail corporel, ce qui semble faire moins peur. Elle était réticente au début et répondait brièvement aux questions. Puis progressivement, elle s'est libérée et a laissé place aux émotions : elle a pleuré et a pu dire ce qui l'angoissait réellement, la détresse qu'elle ressentait sur le fait de ne pas se sentir mère. La séance de relaxation n'avait pas encore eu lieu. Cependant, je pense que le cadre instauré et la présence de futures psychomotriciennes, avec la qualité de présence corporelle qu'elle implique, ont permis à Mme Belo de se sentir dans un cadre solide et contenant, qui pourrait résister à ses pleurs. Tout ceci m'a semblé important à mettre en place car certains auteurs envisagent la MAP comme l'expression corporelle d'un inconscient pas encore prêt à porter un enfant. Il s'agirait alors d'un appel à contenir les angoisses maternelles. C'est que la contenance apportée par le psychomotricien tentait d'apporter.

III.3.2. Par le toucher

Mme Lou a eu du mal à tomber enceinte et a eu besoin qu'on lui accorde le droit d'être mère. Le corps ne semblait pas prêt à contenir. À nouveaux, avec cette MAP, le col dilaté et les contractions prématurées semblent transmettre un message de l'inconscient à travers le corps : l'incapacité à contenir l'enfant. Lors des séances de psychomotricité, j'ai tenté de redonner de la consistance à cette enveloppe. Comme évoqué précédemment, le cadre et ma présence offraient à Mme Lou un Holding, permettant de travailler sur l'intégration de la fonction de maintenance du Moi-peau. Les « soins » apportés à la patiente lors de la relaxation peuvent être mis en parallèle à ceux apportés par la mère à son bébé et l'intention qu'elle y met. Cela est comparable Handling, que je tentais d'apporter par le toucher. Cela pourrait travailler la fonction de contenance. J'ai choisis d'utiliser un ballon assez dégonflé pour venir envelopper l'ensemble de la partie du corps contactée. Puis j'effectuais des touchers contenant au cours desquels je mettais mes mains collées autour de la zone concernée, prenant soin d'aller dans les creux également, dans le but d'unifier l'enveloppe. Dans la manière dont j'allais toucher Mme Lou, les verbalisations qui accompagnaient mes mobilisations, les adaptations que j'ai pu effectuer selon ses retours, je tentais de mettre une intention particulière à mes gestes. Comme la mère prend soin de son enfant en le regardant et en y mettant des mots, non seulement par des gestes mécaniques, je prenais soin de Mme Lou. Elle s'est sentie contenue et maternée, comme elle a pu le verbaliser.

Au bout de la deuxième séance, Mme Lou a pu représenter l'enveloppe sur la silhouette (cf. annexe 7). J'ai alors eu l'impression que le Holding apporté par le cadre et le Handling offert par le toucher ont offert à Mme Lou l'occasion de revivre un maternage. Elle a d'ailleurs utilisé les mots « maternel, englobant, rond », qui se rapportent à cette notion. Cela semble avoir agi sur son enveloppe, peut-être comme le suppose Anzieu sur l'intégration des fonctions de maintenance et de contenance. À la troisième séance, Mme Lou parlait un peu plus de ses ressentis et de son inquiétude. J'ai pu sentir plus d'émotions dans sa voix. Peut-être qu'elle se sent en confiance dans ce cadre stable qu'elle retrouve chaque semaine, qu'elle retrouve progressivement confiance en son enveloppe et sa capacité à contenir. Elle semble ainsi s'autoriser un peu à lâcher prise.

Cette expérience de maternage me semble adaptée également lorsque les patientes sont dans une sorte de régression. Avec son allure enfantine, cet apparent tonus pneumatique, cette demande d'aide très importante, ces nombreux questionnements

Mme Toda m'a parfois donnée l'impression de « redevenir » une petite fille. Comme si elle était dans une sorte de régression. Une réalité trop difficile à vivre peut entraîner un repli, voire une régression (Fort, 2005), de manière à se protéger. Cela semble être le cas pour Mme Toda. La relaxation permet une expérience régressive. Ainsi, utiliser cette médiation me paraissait être un bon moyen pour aller toucher Mme Toda là où elle en était et lui apporter un moment de maternage, dont elle semblait avoir besoin.

Le cadre offert par la psychomotricité et la régression permise par la relaxation donnent donc la possibilité d'agir sur des processus archaïques. Tout au long des séances, des processus tels que le dialogue tonico-émotionnel, la capacité de rêverie maternelle, le Holding et le Handling se rejouent. Comme la femme interprète les mouvements de son fœtus, je tentais de mettre un sens aux expressions corporelles des patientes, pour essayer de leur apporter un enveloppement psychiquement, à l'instar de l'enveloppe psychique que procure la mère au fœtus lorsqu'elle se le représente. Tout cela concourt à la construction de l'enveloppe. Dans ce service, les MAP sont nombreuses. D'un point de vue psychomoteur, il me semble que les MAP sont une vraie problématique en lien avec l'enveloppe : l'enveloppe ouverte, l'enveloppe à laquelle on ne peut plus se fier. Proposer une séance de psychomotricité à ces femmes est l'occasion de travailler sur l'intégration de cette enveloppe, de la « fermer », lui redonner une consistance et surtout, lui assurer son rôle de contenance. Il s'agit également d'une expérience de maternage que la future maman vit et qui pourrait lui être bénéfique à l'arrivée de son nourrisson, pour la transposer avec lui. Mme Toda, par exemple, nous a demandé comment aller toucher sa fille, la masser. Peut-être parce qu'elle voulait lui redonner ce qu'elle avait vécu avec nous lors de sa séance de relaxation.

Conclusion

Porter un enfant implique une tout autre configuration corporelle. Il s'agit également d'un portage psychique, impliquant un remaniement de la psyché, qui s'apparente à un fonctionnement psychotique mais non pathologique. Par ces modifications, la psychomotricité est touchée. En l'absence de pathologie, qu'elle soit psychique ou somatique, la femme va s'adapter et retrouver un équilibre psychocorporel pour traverser ces neuf mois de grossesse.

Cette période s'avère propice aux résurgences de fragilités et rend la femme particulièrement vulnérable et en demande de soutien. Lorsque l'hospitalisation pour grossesse à risque interrompt le cours de la grossesse et vient s'immiscer dans cette expérience que chaque femme voudrait idéale, l'équilibre trouvé peut être mis à mal. Deux aspects sont à prendre en compte : l'*hospitalisation* avec les contraintes et les représentations que cela éveille chez la femme, et la *risque* encouru dont découlent peur et culpabilité. La construction de l'identité de mère, l'image du corps, l'enveloppe psychocorporelle, les interactions prénatales mère/enfant, la régulation tonico-émotionnelle, la sensorialité, la perception spatio-temporelle sont autant de notions psychomotrices que vient impacter cette situation. C'est en constatant l'ensemble de ces conséquences que j'ai compris l'importance que pourrait trouver un psychomotricien dans le parcours de soin de ces patientes. La psychomotricité, par sa vision globale et unifiante de la personne, pourrait venir compléter les soins obstétricaux et psychologiques apportés à ces femmes. Elle tenterait alors d'accompagner la femme dans cette transformation identitaire et dans l'établissement de liens avec le fœtus, entre autres.

Au-delà d'un bien-être, la psychomotricité joue un véritable rôle de prévention. Si les difficultés psychomotrices restent sans réponses, cela pourrait altérer la construction de la femme en tant que mère, de la dyade naissante, voire même la construction psychocorporelle de l'enfant. Ce travail participe donc à une forme de prévention primaire, avant l'apparition de tout trouble ou pathologie. « La présence des psychomotriciens dans les structures d'accueil du tout petit et de l'enfant et dans l'accompagnement de la parentalité s'inscrit dans la prévention primaire » (Pavot-Lemoine et Valentin Lefranc, 2015, p.101). La psychomotricité au sein de ce service, de part son travail en amont sur la femme et donc, sur la parentalité, s'inscrit dans cette même lignée.

Dans cette optique, un travail se poursuivant en suite de couches et en néonatalogie semble indispensable. Les conditions institutionnelles ont parfois mis des barrières à cette poursuite de soin, comme ce fut le cas avec Mme Toda. Le rôle du psychomotricien en maternité serait donc à préciser et à intégrer à l'ensemble de la structure pour pouvoir accompagner au mieux la femme et la naissance de la dyade.

Bibliographie

Ouvrages

Bourguiba, L. (2015). La prise en charge des femmes enceintes en milieu aquatique. Dans Pireyre, E.W. (dir.), *Cas pratiques en psychomotricité* (2e ed., p. 168-181). Paris : Dunod.

Bussières, E.-V., Pearson, J., Tarabulsy, G.-M., Tessier, R., Charland, M., Giguère, Y., Forest, J.-C. (2012). Association entre le stress maternel prénatal, l'âge gestationnel et le poids à la naissance du bébé : une méta-analyse d'études prospectives. Dans Lemelin, J.-P., Provost, M.-A., Tarabulsy, G.-M., Plamondon, A., Dufresnes C. (dir.), *Développement social et émotionnel chez l'enfant et l'adolescent - Les bases du développement* (tome 1, p. 53-78). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Carric, J.-C., Soufir, B. (2014). *Lexique pour le psychomotricien*. Paris : Robert Atlani.

Dayan, J. (dir.), (1999). *Psychopathologie de la p rinalit *. Paris : Masson.

D'Ignazio, A., Martin, J. (2018). *100 idées pour développer la psychomotricité des enfants*. Paris : Tom Pousse

Doron, J. (2013). Introduction. Dans Anzieu, D. (dir.), *Les enveloppes psychiques* (p.1-18). Paris : Dunod.

Fort, J. (2005). *Naissance et fantasme de mort*. Paris : l'Harmattan.

Gatecel, A. (2009). *Psychosomatique relationnelle et psychomotricité*. Paris : Heures de France.

Gauberti, M. (1993). *Mère-enfant :   corps et   vie. Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*. Paris : Masson.

Goerke, K. (2004). *Atlas de poche d'Obstétrique*. Paris : Flammarion.

Granet, P. (2001). Parents et enfants de l'assistance médicale à la procréation : contexte psychologique et clés pour le suivi. Dans Guedeney, A., Allilaire, J.-F. (dir.), *Intervention psychologiques en p rinalit * (p. 201-208). Paris : Masson.

Guedeney, A., Allilaire, J.-F. (dir.), (2001). *Interventions psychologiques en périnatalité*. Paris : Masson.

Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris : In press.

Lachowski, M., Winaver, D. (2007). *Aspects psychosomatiques de la consultation en gynécologie*. Paris : Masson.

Lebovici, S., Storélu, S. (2003). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*. Paris : Bayard.

Marcelli, D., Cohen, D. (2016). *Enfance et psychopathologie* (10e ed.). Paris : Elsevier Masson.

Mourras, J.-M. (2003). *La Périnatalité*. Rosny-sous-Bois : Bréal éditions.

Pavot-Lemoine, C., Valentin Lefranc A. (2015). Prévention, éducation et soin. Dans F. Giromini, J.-M. Alabaret, P. Scialom (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 2 - Méthodes et techniques*. (p. 99-128). Paris : De Boeck.

Pireyre, E.W. (2015). *Clinique de l'image du corps* (2e ed.). Paris : Dunod.

Potel, C. (2010). *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. Paris : Érès.

Rossigneux-Delage, P. (2004). Grossesse et haptonomie. Dans Missonnier, S., Golse, B., Soulé, M. (dir.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, (p. 223-253). Paris : Presses Universitaires de France.

Rousseau, P. (2001). Le deuil périnatal et son accompagnement. Dans Guedeney, A., Allilaire, J.F. (dir.), *Intervention psychologiques en périnatalité* (p. 133-148). Paris : Masson.

Sage, I., Chéron, A. (2018). L'observation. Dans Albaret, J.-M. Scialom, P. Giromini, F. (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 5 – Examen psychomoteur et tests*, (p. 51-60). Paris : De Boeck.

Vaivre-Douret, L. (2016). *Apports de l'examen psychomoteur et approches cliniques*. Paris : Editions Robert Atlani.

Winnicott, D.-W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Paris : Payot.

Articles

Benali, F. (2008). Psychopathologie périnatale en unité des grossesses à haut risque. *Le Journal des psychologues*, 256(3), 64-67. doi:10.3917/jdp.256.0064.

Boscaini, F. & Saint-Cast A. (2012). Glossaire de psychomotricité. *Évolutions Psychomotrices*, 24(95), 10-56.

Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*, vol. 13(2), 41-52. doi:10.3917/dev.012.0041.

Durif-Bruckert, C., David, S., Durif-Varembont, J.-P., Scharnitsky, P., Mamelle, N. (2007). Evaluation qualitative de l'application du décret périnatalité. Un renforcement des mécanismes de la surmédicalisation. *Santé Publique*, 3(19), 229-239.

Guiose, M. (2002). Regarder, toucher, au crépuscule de la vie. *Évolutions Psychomotrices*, 14(57), 122-125.

Louvel, J.-P. (2002). Douleur chronique, narcissisme et relaxation. *Evolutions psychomotrices*, 14(57), 126-132.

Racamier, P.-C. (1961). *La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum*. *L'Évolution psychiatrique*, 26(4), 525-570.

Spiess, M. (2002). Le vacillement des femmes en début de grossesse. *Dialogue*, no157(3), 42-50. doi:10.3917/dia.157.0042.

Cours

De Palma, F. (2018). *Cours de Relaxation Psychomotrice de troisième année de Psychomotricité*. Institut de Formation en Psychomotricité (IFP) Pitié-Salpêtrière.

FAAEL : Fédération des Activités Aquatiques d'Éveil et de Loisir (2018). *Formation sur l'accompagnement aquatique prénatal*.

Mémoires

Berger, M. (2016). *Psychomotricité durant la grossesse : Étude exploratoire des impacts de séances protocolisées auprès de femmes enceintes primipares tout-venants*. Mémoire en vue de l'obtention du Master International en Psychomotricité, Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice.

Charpentier, E. (2013). *Toucher thérapeutique et psychomotricité : Soutien de l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de psychomotricien, IFP Pitié-Salpêtrière.

Provost, B. (2012). *Le bilan psychomoteur chez l'adolescent(e) anorexique*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de psychomotricien, IFP de Toulouse.

Sites

Agence de Santé publique de France (2016). *Mortalité maternelle : la baisse amorcée des décès par hémorragie se confirme mais des inégalités demeurent*. Repéré à l'URL spécifique <https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Press/Tous-les-communiques/Mortalite-maternelle-la-baisse-amorcee-des-deces-par-hemorragie-se-confirme-mais-des-inegalites-demeurent>

Dossier du Ministère des Solidarités et de la santé (2018). *Périnatalité*. Repéré à l'URL spécifique <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite>

Michel, A., Dehestru, J., Rulliat, B., Roggerone, M., Basch, E. (2017). *Atelier « Approches corporelles et relaxation »* à la Journée Rhônealpine d'Information sur la Sclérose en Plaques. Repéré à l'URL spécifique : <http://www.rhone-alpes-sep.org/wp-content/uploads/2013/04/Approches-corporelles-et-relaxation.pdf>

Plan Périnatalité du Ministère des Solidarités et de la Santé (2004). *Plan périnatalité : Humanité, proximité, sécurité, qualité*. Repéré à l'URL spécifique https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf

Lexique

Accouchement par le siège : au huitième mois de grossesse, le fœtus se retourne de manière à avoir la tête dans le bassin de sa mère. On parle d'accouchement par le siège lorsque ce retournement ne s'effectue pas et que l'enfant se retrouve les fesses en bas. S'il est en tailleur, on parle de siège complet, s'il est en tailleur avec les jambes vers le haut, on parle de siège décomplété.

Corticoïdes : hormones synthétisées par les glandes surrénales, qui constituent les anti-inflammatoires les plus puissants connus.

Dyspnéïque (état) : difficulté à respirer qui, selon sa cause, peut porter sur l'expiration ou l'inspiration, et s'accompagner d'une augmentation ou d'une diminution de la fréquence respiratoire.

Éclampsie : syndrome atteignant les femmes enceintes, caractérisé par des douleurs abdominales, des maux de tête violents, des problèmes de vision, une diminution de la vigilance et des convulsions pouvant conduire au coma et au décès.

Érythème : maladie cutanée caractérisée par une rougeur congestive qui disparaît à la pression.

HELLP syndrome : acronyme anglais pour hémolyse (destruction des globules rouges), élévation des enzymes hépatiques et thrombocytopénie (taux bas de plaquettes). C'est une forme de pré-éclampsie pouvant entraîner une hémorragie.

Hémostase : ensemble des mécanismes qui concourent à l'arrêt des hémorragies.

Hydramnios : quantité excessive de liquide amniotique.

Hyperosmie : exacerbation de l'odorat.

Hypervolémie : volume sanguin plus important que la normale dans le système circulatoire.

Infertilité : impossibilité à concevoir un enfant après douze mois de tentatives.

Monitoring : surveillance médicale à l'aide d'un appareil automatisé. Dans le contexte de l'obstétrique, il s'agit d'un examen permettant de contrôler les battements du cœur du bébé *in utero*. Deux capteurs sont posés sur le ventre de la future maman et retransmettent sous forme d'électrocardiogramme le rythme cardiaque du bébé ainsi que les contractions utérines.

Myopisation : devenir myope. La myopie est un trouble de la vision rendant la vision de loin floue. Celle de près reste nette.

Nociception : réaction des récepteurs sensitifs périphériques (nocicepteurs) provoquée par des stimulus menaçant l'intégrité de l'organisme. Perception des stimulations génératrices de douleur.

Phanères : productions épidermiques apparentes (poils, ongles...).

Pollakiurie : envie fréquente d'uriner.

Primipare : qui accouche pour la première fois.

Ptyalisme : augmentation de la sécrétion de la salive.

Pyrosis : sensation de brûlure allant de l'épigastre à la gorge, souvent accompagnée de renvoie d'un liquide acide.

Stase urinaire : diminution ou arrêt complet de la circulation d'un liquide, ici l'urine.

Stérilité : incapacité de procréer.

Thrombose : formation d'un caillot dans un vaisseau sanguin ou dans une des cavités du cœur.

Tocolytiques : médicaments utilisés pour arrêter les contractions utérines.

Utérus bicorne : malformation utérine à type d'utérus double. Elle est caractérisée par la présence de deux utérus plus ou moins complets.

Annexes

Projet de Chloé BIENVENU et Laura CARDOSO - Université Pierre et Marie Curie



PSYCHOMOTRICITÉ EN MATERNITÉ

Objectifs : **bien être et prévention.**

La grossesse est une période de remaniements psychocorporels intenses. Au moment de l'accouchement, des risques sont sous-jacents et peuvent générer stress et douleur. Sur le plan psychique, c'est un moment très enclin aux réorganisations et les émotions sont décuplées. Anxiété, douleur, questionnements et gestion des émotions sont donc des problématiques centrales depuis le commencement du travail jusqu'à la naissance du nouveau-né, ce qui relève du travail en psychomotricité.

Nous allons vous présenter à qui ce travail peut être bénéfique et dans quelles mesures, puis nous exposerons quelques idées sur les médiations auxquelles nous pourrions recourir.

Pour **qui** et **pourquoi** ?

- Pour les mamans :

Lors de l'**attente de l'accouchement**, la présence d'un psychomotricien permettra de travailler sur plusieurs points :

GESTION DE LA DOULEUR

Aider la maman à ne pas se focaliser sur la douleur et essayer de la contrôler pour être plus sereine et disponible. Cette intervention aurait pour intention le bien être, la détente et ainsi la diminution du stress qui a une place majeure lors de beaucoup d'accouchements.

GESTION DE L'ANXIÉTÉ

Permettre à la maman de se préparer et d'appréhender, aux niveaux psychique et corporel, son accouchement de manière plus sereine. Par ailleurs, la détente permettra donc une dilatation plus rapide du col de l'utérus, ce qui pourrait prévenir un ralentissement du travail, voire même un blocage.

ADAPTATION CORPORELLE

Faire adopter des positions propices à l'accouchement. Ce sont des positions indiquées par les sages-femmes, mais qui ne sont pas toujours évidentes à prendre, notamment dans des moments de douleur aussi intense. L'objectif est donc d'essayer d'amener les mamans à ces positions de manière indirecte et inconsciente.

INFO : Le stress et la peur modifient le taux d'hormones nécessaires au travail et c'est en quoi ils le ralentissent. Au delà du bien être de la mère, accélérer le travail est une prévention. En effet, l'hémorragie, première cause de mortalité en couche, peut être due, entre autre à un utérus se contractant de moins en moins bien avec la durée prolongée du travail. Réduire le stress peut donc également contribuer à limiter ce risque.

Lors de la **péridurale**, moment délicat et dangereux, la détente favorise sa bonne pose. C'est pourquoi soutenir moralement et accompagner la maman afin d'obtenir une détente corporelle permettra le bon déroulement et limitera les risques.

Un psychomotricien pourrait également intervenir auprès des mamans **après l'accouchement** à plusieurs niveaux :

GESTION DE LA DOULEUR POST-NATALE

Accompagner sur le moment et proposer des moyens à plus long terme, afin que la maman puisse apaiser ses douleurs après un accouchement par voie basse ou par césarienne.

PREMIERS LIENS

En cas de difficultés ou de demande maternelle, il est possible d'accompagner psychiquement et physiquement la maman et son bébé dans les premiers liens et soins en soutenant la dyade mère/enfant. En effet, les premiers jours et les premiers liens sont très importants car ils impactent la construction psychique de l'enfant.

Tout au long de ce travail, nous prendrons évidemment en compte les **émotions** maternelles. Nous les écouterons, les accueillerons et ferons en sorte qu'elles ne se laissent pas déborder.

« Le plus difficile dans la maternité, c'est cette inquiétude intérieure que l'on ne doit pas montrer. »

-AUDREY HEPBURN

- **Pour les professionnels :**

Si le psychomotricien est là pour prendre en charge l'anxiété, la douleur, les questionnements et la gestion des émotions, les sages-femmes, les infirmiers, l'obstétricien seront davantage disponibles pour le travail qui leur est propre. Le psychomotricien gèrera donc en parallèle les préoccupations maternelles psychologiques ainsi que leurs problématiques psychosomatiques.

- **Pour les papas :**

Si une demande est émise de la part du père, le psychomotricien peut le conseiller sur l'accompagnement de sa conjointe, l'aider à trouver sa place et le rendre acteur. Si le père n'est pas présent, cela est valable pour tout autre accompagnant.

Quelles médiations ?

LA RELAXATION

Les mamans sont souvent préparées à l'accouchement durant la grossesse, et certaines sont sensibilisées à la relaxation dont les bienfaits sont déjà reconnus. Cette préparation peut être reproduite par la mère au moment même de l'accouchement. Cependant, toutes n'ont pas cette possibilité et le psychomotricien peut ainsi intervenir à ce moment et faire le travail avec elle.

Chaque mère et leur besoins étant différents, nous choisirons et adapterons la technique de relaxation à chacune. Plusieurs possibilités s'offrent donc : un travail de respiration, de la mobilisation passive, de la visualisation...

Le toucher thérapeutique, le massage et l'auto-massage sont également des moyens de détente. Le père peut d'ailleurs trouver sa place en prenant, au fur et à mesure, le rôle du masseur et en étant donc actif dans la recherche de détente de sa conjointe.

LE CHANT

Le chant peut être une alternative pour les mamans qui ne peuvent pas se laisser aller à la relaxation. Le fait de chanter est un vrai analgésique naturel pendant l'accouchement. La production de sons graves augmente la production de bêta-endorphines, ce qui apaise la douleur au cours du travail.

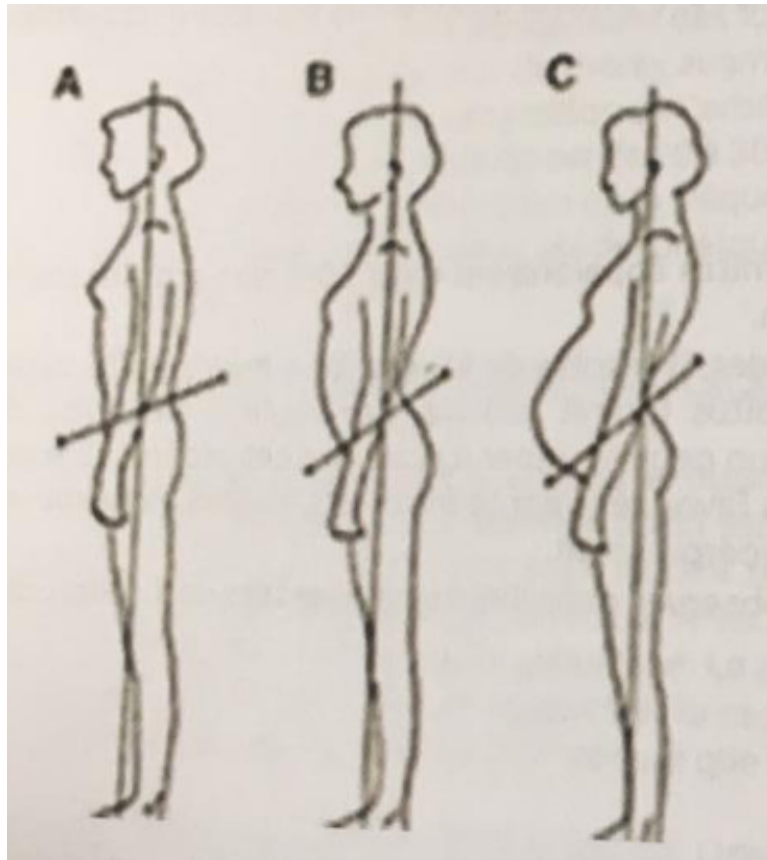
LA MISE EN MOUVEMENTS

Se lever, se mouvoir, voire même danser permet de faire bouger le bassin et amène la maman à adopter des positions verticales ce qui agit sur la dilatation du col. Associer danse et chant peut donc être proposé à la maman, toujours avec la possibilité d'introduire le papa.

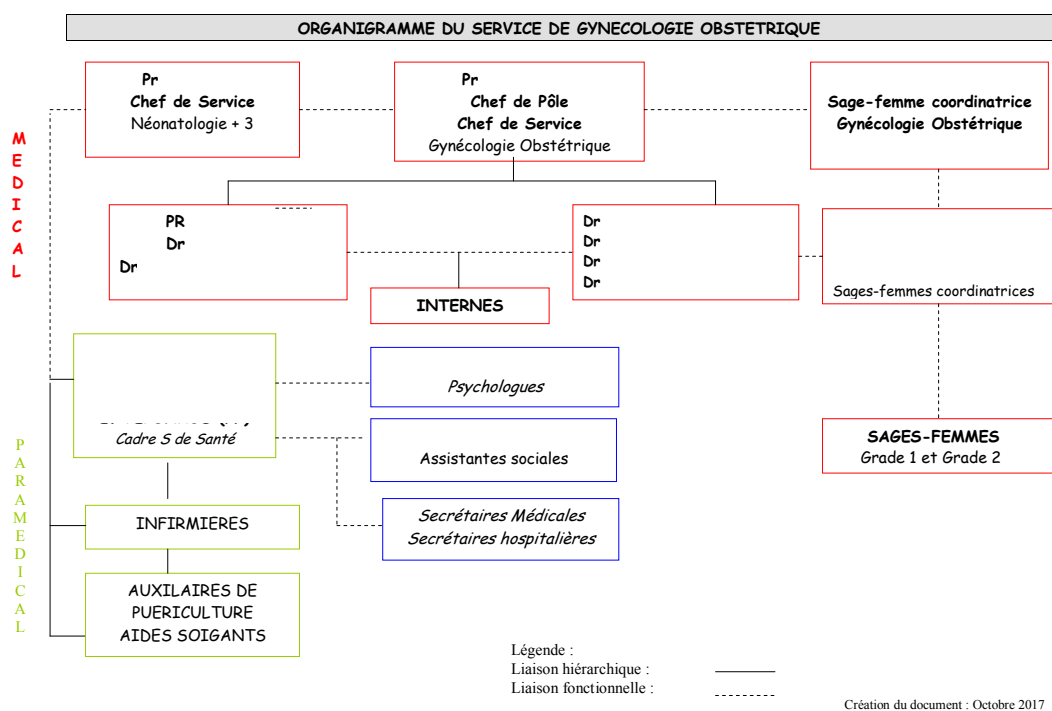
Cette liste non exhaustive sera amenée à s'étoffer en fonction des patientes et des besoins rencontrés.

Ainsi, nous proposons des prises en charges ponctuelles, sans suivi, selon le besoin et la demande. Toujours dans l'optique de procurer du bien être à la maman et de prévenir les risques possibles, nous affinerons nos prises en charge au cours de ce projet. Assister les équipes sur le versant psychosomatique est également l'un de nos objectifs.

3



Annexe 2 : Modification de la colonne vertébrale et du bassin



Annexe 3 : Organigramme du service de Gynécologie Obstétrique

PSYCHOMOTRICITÉ EN MATERNITÉ

Quand nous solliciter ?

ANXIÉTÉ

Nous pouvons **accompagner la femme dans la gestion de son stress** ainsi que **donner des outils** qu'elle pourra réutiliser ultérieurement. Cela semble **particulièrement pertinent pour les femmes hospitalisées**, le stress de la pathologie et de l'hospitalisation pouvant s'ajouter au stress initial.

DOULEUR

Nous pouvons **soulager** sur le moment et **proposer des outils** à réutiliser, au moment de l'accouchement par exemple. Pour des hospitalisations plus longues, une **adaptation de l'installation** pourrait être mise en place pour pallier aux douleurs dues à l'immobilité.

VERBALISATION

Nous pouvons proposer un travail corporel aux femmes qui **refusent** ou ne sont **pas prête à parler** à la psychologue. Cela peut concerner les femmes présentant une **somatisation** ou **ne formulant pas de demande** malgré leur besoin. Il s'agit souvent de l'expression de préoccupations sous-jacentes. Passer par un vécu corporel pourrait favoriser la parole et l'émergence des préoccupations.

IMAGE DU CORPS

Nous pouvons intervenir auprès des femmes présentant un **trouble de l'image du corps**, des **difficultés à accepter tout ces changements** ou ayant un **discours particulier sur leur rapport au corps**. Cela pourra se faire en remobilisant leur corps et en le réinvestissant.

Nous accueillerons leurs verbalisations, ressentis et émotions tout au long de ce travail, et les redirigerons vers la psychologue ou la psychiatre en cas de nécessité. Nous sommes également ouvertes à d'autres situations que ceux énoncés précédemment, si une prise en charge psychomotrice vous semble pertinente.

CONTACT

Vous pouvez nous joindre toute la semaine par mail : psychomotmaternite@outlook.fr, en indiquant le **nom** de la patiente, le **motif d'indication** en psychomotricité et **quelques informations**. Nous sommes sur place tous les **mercredis** pour recevoir les patientes.

Projet de Chloé BIENVENU et Laura CARDOSO, étudiantes psychomotriciennes

Annexe 4 : Affiches postes de soin

VOTRE VÉCU CORPOREL ET ÉMOTIONNEL DURANT LA GROSSESSE

Étudiantes en dernière année de psychomotricité, nous vous proposons ce questionnaire afin de mieux comprendre le vécu de votre grossesse. Vos retours nous permettront de cerner les besoins et d'adapter au mieux notre projet de mise en place de la psychomotricité au sein de la maternité.

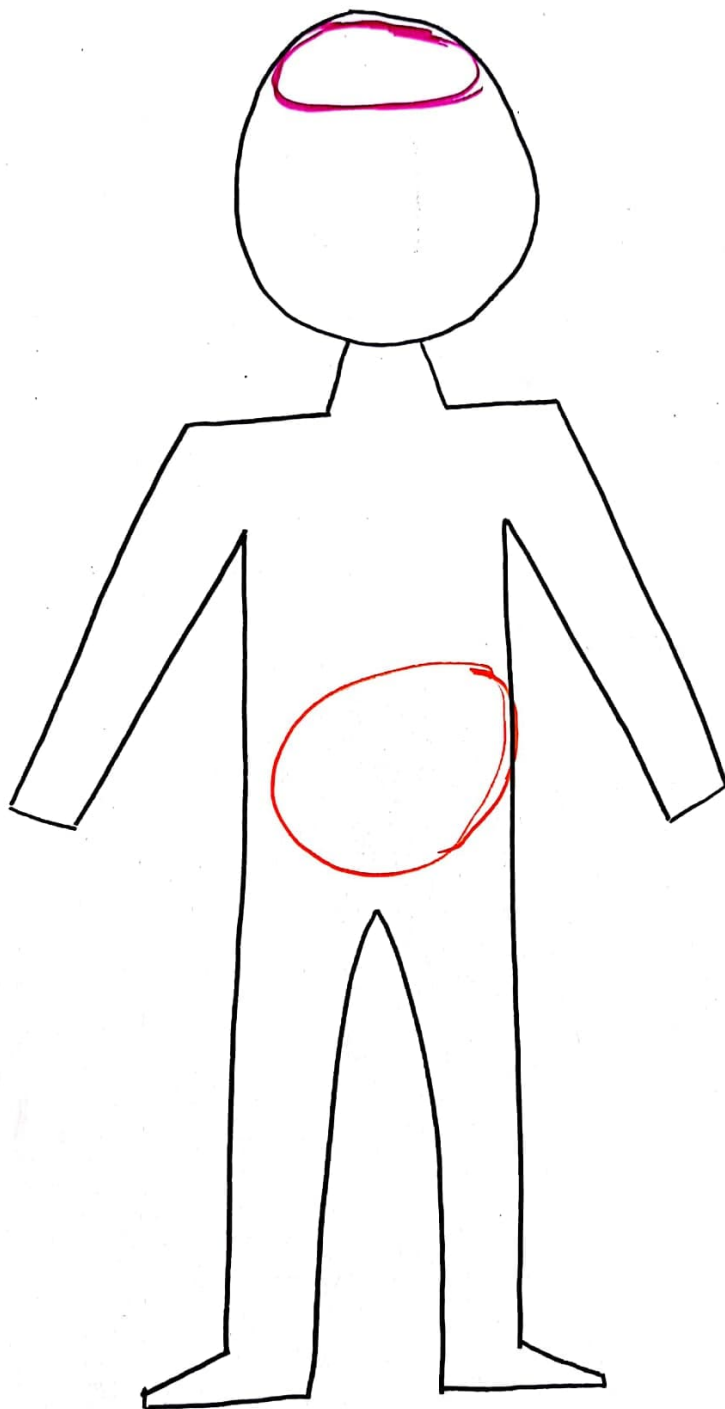
1. Comment vivez-vous votre grossesse corporellement ?
2. Quels changements corporels avez-vous constaté ?
3. Comment les avez-vous vécu ? (*acceptation, adaptation...*)
4. Avez-vous continué ou commencé une activité physique ou sportive ? **Si oui**, laquelle ? Quels intérêts y trouvez-vous ? Quels bienfaits ? **Si non**, pourquoi avez-vous arrêté ou jamais fait ?
5. Comment vivez-vous votre grossesse mentalement ?
6. Que pouvez-vous nous dire de votre état émotionnel ?
7. Pour quelle(s) raison(s) êtes vous hospitalisée ?
8. L'hospitalisation a-t-elle changé quelque chose au vécu de votre grossesse ?
9. Est-ce que vous aimeriez un accompagnement, un soutien durant votre grossesse sur les points évoqués précédemment ? Si oui, quels seraient vos demandes ?
10. Seriez-vous intéressée par un groupe avec d'autres futures mamans (pas un groupe de parole) ? De quel genre ?

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Annexe 5 : Questionnaire sur le vécu corporel et émotionnel de la grossesse

Avant relax

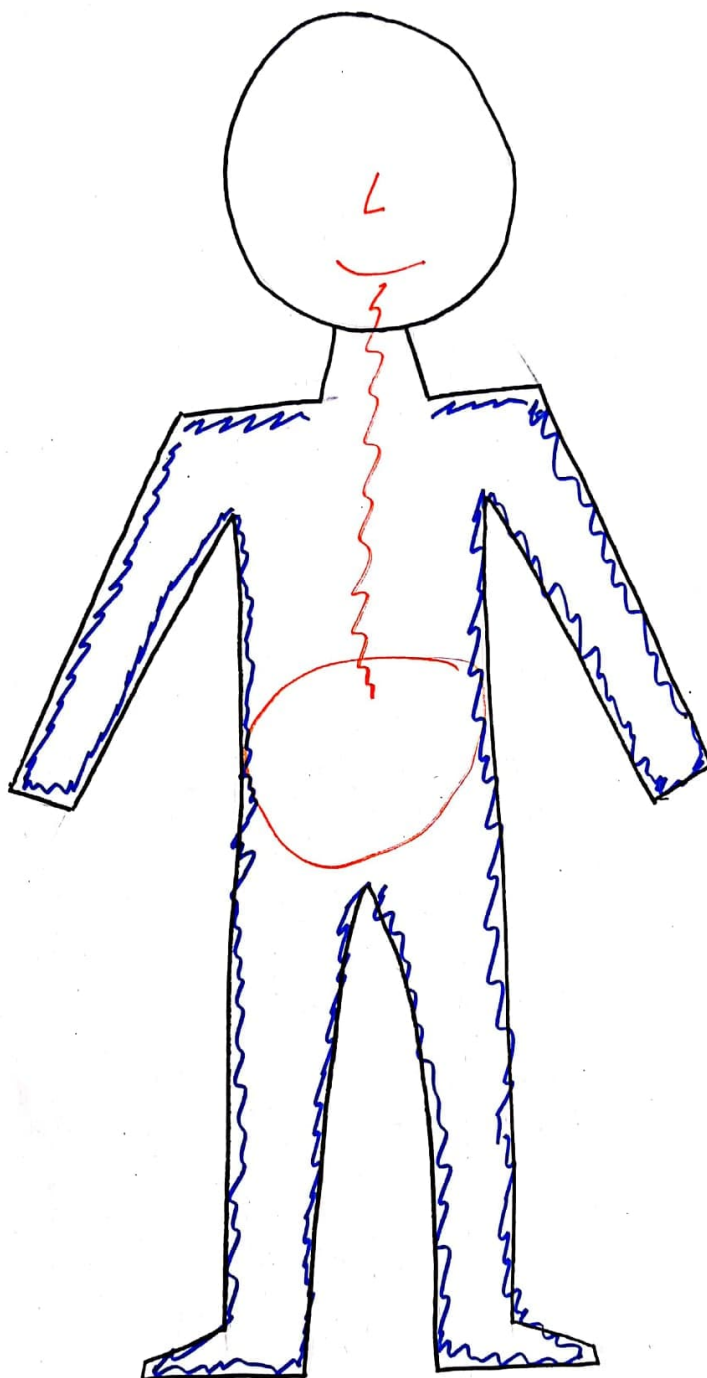
12/12



Annexe 6 : Silhouette avant la relaxation - Mme Lou, deuxième séance

Après relax

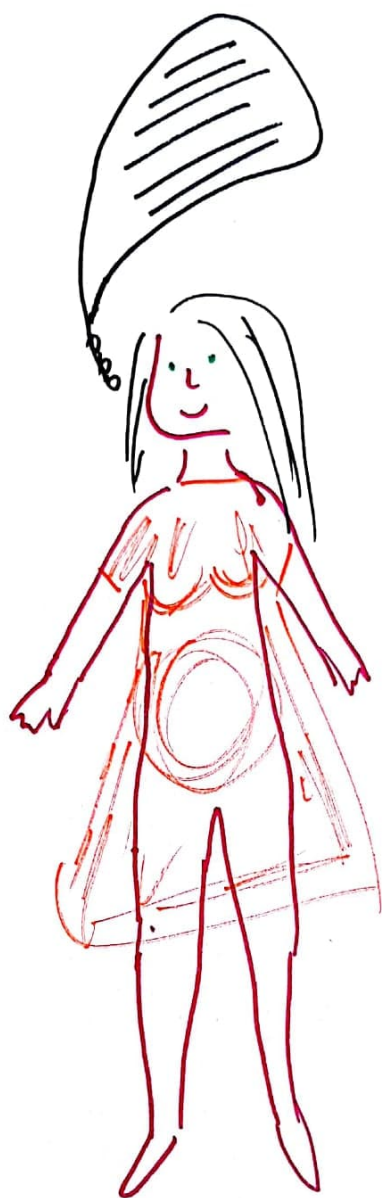
12/12



Annexe 7 : Silhouette après la relaxation - Mme Lou, deuxième séance

19/12

As relax



Annexe 8 : Dessin de la personne avant la relaxation - Mme Lou, troisième séance

Résumé

Corps fragile, corps médicalisé, corps ventre, corps incubateur, corps objet... sont autant de termes pouvant qualifier le corps des femmes enceintes hospitalisées dans le service de Gynécologie-Obstétrique pour grossesse à risque. Comparable à la période de l'adolescence, la grossesse est une véritable « crise de maturation » dont le corps est le vecteur. C'est par lui que passent les changements, l'enfant et les soins, et c'est jusqu'à la psyché que ces maux retentissent. Ce mémoire expose les principales modifications psychomotrices présentées par les patientes et la place de la psychomotricité dans leur prise en charge.

Mots-clés

Femme enceinte - Grossesse à risque - Hospitalisation - Remaniement psychocorporel - Prévention

Summary

Fragile body, medicalized body, belly body, incubator body, object body... are terms that can qualify pregnant women hospitalized's body in the Gynecology-Obstetrics service for high-risk pregnancy. Comparable to the period of adolescence, pregnancy is a real « maturation crisis » whose body is the vector. It is through it that changes, the child and cares go, and it is to the psyche that these ills affect. This thesis presents the main psychomotor modifications presented by patients and the place of the psychomotricity in their care.

Key words

Pregnant Woman - High-risk pregnancy - Hospitalization - Body-psycho change - Prevention