



HAL
open science

La comptine en psychomotricité auprès du bébé d'ici et d'ailleurs. Soutenir la construction d'un corps, d'un espace-temps, d'un lien

Manon Anthonioz

► To cite this version:

Manon Anthonioz. La comptine en psychomotricité auprès du bébé d'ici et d'ailleurs. Soutenir la construction d'un corps, d'un espace-temps, d'un lien. Psychologie. 2020. dumas-02884946

HAL Id: dumas-02884946

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02884946>

Submitted on 30 Jun 2020

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire pour l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien·ne

La comptine en psychomotricité auprès
du bébé d'ici et d'ailleurs.

*Soutenir la construction d'un corps, d'un espace-temps,
d'un lien.*

Manon ANTHONIOZ

Née le 29 janvier 1998 aux Lilas (93)

Sous la direction de Laurence Renaud

Juin 2020

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord Laurence Renaud pour avoir adhéré dès le départ à ce projet de mémoire et pour son accompagnement lors de sa réalisation. Merci également pour sa supervision lors du stage expérimental en foyer maternel, pour ses éclairages et conseils m'invitant à approfondir ma réflexion, à ajuster ma posture professionnelle, merci aussi pour ses encouragements.

Je remercie Noémie Berteau et Sophie Naud pour la transmission de leur pratique de la psychomotricité auprès des petits et grands enfants, d'un savoir-faire et d'un savoir être précieux empreint de passion.

Je remercie également Isabelle Brunot, Stéphanie Garcia, Lucile Duchene, Frédérique Joncheray-Chaar et Cédric Faucher, pour leur implication et accompagnement comme maître de stage au cours de ces trois années.

Je remercie les professionnel·le·s rencontré·e·s sur les lieux de stage pour leur accueil, leur confiance et bienveillance à mon égard. Merci à toutes les familles rencontrées pour les moments de partages qui furent un réel enrichissement dans l'échange.

Je remercie l'équipe pédagogique et enseignante de l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux pour leurs efforts d'adaptation à toute épreuve.

A ma famille, mes parents et mon frère, merci pour vos encouragements et soutien permanent.

Merci à mes ami·e·s et camarades.

Merci chaleureusement à vous d'avoir contribué à faire de moi la personne que je suis aujourd'hui, sur le plan professionnel et personnel.

Je n'oublie pas les relecteurs et relectrices, merci à vous.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	p.1
SOMMAIRE.....	p.2
AVANT-PROPOS	p.3
INTRODUCTION	p.4
Partie 1 : Du développement des interactions précoces aux fondamentaux psychocorporels face à l'exil.....	p.6
A. <i>Les interactions précoces.....</i>	<i>p.7</i>
B. <i>Vulnérabilité des interactions précoces en situation migratoire.....</i>	<i>p.13</i>
C. <i>Vulnérabilité spécifique du bébé : quand le corps parle.....</i>	<i>p.23</i>
Partie 2 : Comptines et développement psychomoteur.....	p.29
A. <i>Les comptines.....</i>	<i>p.30</i>
B. <i>Intérêts dans le développement.....</i>	<i>p.31</i>
Partie 3 : Théorico-clinique.....	p.49
A. <i>La comptine au foyer maternel.....</i>	<i>p.50</i>
B. <i>La comptine à l'atelier "accueil du nouveau-né".....</i>	<i>p.65</i>
POUR CONCLURE.....	p.80
BIBLIOGRAPHIE.....	p.82
ANNEXES.....	p.87
TABLE DES MATIERES.....	p.92

AVANT-PROPOS

J'utiliserai régulièrement le terme de "mère" au travers cet écrit dans lequel j'ai été amenée à traiter de la relation du nourrisson avec son entourage maternant. Cet abus de langage est ici à prendre au sens de "fonction maternante" du parent, sans vouloir nier l'importance du père ou de toutes autres formes de parentalité.

INTRODUCTION

Les comptines nous accompagnent depuis notre plus tendre enfance.

Simple et rapide dans leur forme, il devient facile pour les petits et les grands de s'en saisir. Ces petites chansons rythmées chantonnées spontanément par les mères pour satisfaire les besoins de leur bébé sont transmises de génération en génération depuis la nuit des temps.

J'ai pu observer lors de mon stage de première année de formation en crèche l'importance des comptines dans la structuration temporelle de l'enfant. Leur répétition participe à l'instauration d'un rituel qui le rassure et le sécurise, tout en aidant au repérage des moments de la journée. Elles offrent aussi un aspect socialisant lorsque tous les enfants chantent en cœur, s'échangent des regards complices, rigolent ensemble. C'est aussi une bonne occasion pour découvrir son corps : toucher son nez, expérimenter ses possibilités comme faire les marionnettes ou l'éléphant par exemple.

Je me suis engagée durant ma formation en psychomotricité au sein de deux projets de solidarité internationaux associatifs, l'un au Népal et l'autre en Roumanie où j'ai retrouvé les comptines ! Elles constituaient un temps de rituel en début et fin de chaque séance. C'était un moment de partage où nous nous chantions à travers les rythmes de nos voix, de nos corps, dans un même langage.

Ces expériences m'ont permis d'enrichir ma pratique psychomotrice et d'entamer une réflexion autour de la nécessité pour le ou la psychomotricien·ne de prendre en compte la culture dans l'appréhension de la structuration psychomotrice et des techniques du corps (M. Mauss) chez toute personne.

Afin d'approfondir ces questionnements, j'ai orienté mes recherches de terrain de stage de troisième année vers des lieux accueillant des mères et leurs bébés, en situation de migration : un foyer maternel et un atelier "accueil du nouveau-né" au sein d'une association, où la transculturalité est très présente.

Comme le rappelle M. R. Moro "à Bordeaux, comme en France, le contexte est marqué par des conditions d'accueil de plus en plus restrictives qui ont un retentissement immédiat sur les étrangers qui arrivent [...]" (C. Mestre, 2016, p32),

renforçant la vulnérabilité des dyades mère-enfant. Il est possible que dans un tel contexte, l'instauration des interactions précoces entre la mère et son enfant, et la structuration psychomotrice soient entravées.

Au fil des rencontres et expériences, des questionnements me sont apparus : quel regard les psychomotricien-ne-s peuvent avoir sur ces dyades ? Comment soutenir les capacités interactionnelles entre la mère et son enfant ? Comment mobiliser les potentialités du bébé dans une démarche préventive et d'étayage de l'intégration psychomotrice ? Enfin, quels sont les outils dont disposent les psychomotricien-ne-s pour accompagner à différents niveaux ces dyades ?

De là est née la problématique de mon mémoire :

Quel est l'apport de la psychomotricité dans la prévention du trouble des interactions précoces et du désordre psychomoteur auprès de mère et leur bébé vulnérabilisés par la situation migratoire ?

Winnicott l'affirme *“un bébé seul ça n'existe pas”* (2011 p.108), il est dans la plus grande dépendance à son entourage. Son développement psychomoteur dépend de plusieurs facteurs : de sa maturation neurologique, de ses aptitudes personnelles, de ses expériences motrices, et surtout de l'environnement et des personnes qui l'entourent, qui peuvent le favoriser ou l'entraver. De plus, *“pour comprendre ces enfants métis, ce qui caractérise leur développement, ce qui les rend singuliers et riches de promesses, il faut pouvoir penser le parcours de leurs parents”* (Moro, 2002, p.6).

Afin de répondre à ces problématiques, je commencerai par développer dans une première partie les interactions mère-bébé, les conséquences de la situation migratoire sur leur instauration, et la perturbation psychotonique du bébé pouvant en découler. Je tisserai dans une deuxième partie des liens entre l'émergence des fondamentaux psychomoteurs dans le développement et la structure de la comptine.

J'expliciterai dans une troisième partie théorico-clinique ma pratique psychomotrice sur mes deux lieux de stage, le cadre des ateliers, le travail de prévention et d'accompagnement thérapeutique réalisé, illustré par deux études de cas.

Partie 1 :
Du développement des interactions précoces aux
fondamentaux psychocorporels face à l'épreuve de l'exil

Dans cette première partie, nous nous intéresserons à la définition des interactions précoces et nous verrons l'impact de l'exil sur la dyade mère-bébé exilée en situation de précarité.

A. Les interactions précoces :

Spitz a décrit en 1945 le “*syndrome d’hospitalisme*” qui correspond à une manifestation de la souffrance psychique du bébé en carence d’interactions émotionnelles caractérisées par “*la tenue (holding), la tendresse, les câlins et le contact visuel*” (Gherbi, p.235). Les interactions précoces sont vitales pour le nourrisson.

Le petit humain naît dans un état de néoténie : il est entièrement dépendant de son environnement humain, et sans lui ne survivrait pas. Cette survie ne dépend pas uniquement des soins physiques et de l’alimentation car une “*disponibilité affective de l’adulte qui est en charge du bébé, mais également une souplesse de ses réponses à l’enfant, ainsi qu’une stabilité, une continuité et une cohérence de ces réponses et de cette présence dans le temps auprès de lui*” sont fondamentales pour son bon développement (Delion, p17).

1. Définition de l’interaction :

D’après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRT), une interaction est l’action réciproque de deux ou plusieurs objets, de deux ou plusieurs phénomènes. Appliqué au domaine de la psychologie, cela concerne les actions entre les êtres, les personnes et les groupes. Nous nous intéresserons ici plus spécifiquement aux interactions entre la mère et son bébé.

Nous savons aujourd’hui que le bébé est, dès sa naissance, un partenaire actif de la relation, doté de nombreuses compétences. Il exerce un effet sur ses parents, “*influence à son tour, de manière active, les soins qu’il reçoit*” (Lebovici, p.22). Cet enchaînement de processus bidirectionnels se modélise sous la forme d’une spirale transactionnelle, car les interactions se développent progressivement en fonction de la maturation du bébé. Ainsi, il ne s’agit plus de concevoir la relation mère-bébé sur un mode d’une causalité linéaire ou d’une addition de facteurs maternels et de facteurs liés au nourrisson. Le postulat de cette théorie est que “*l’environnement (mère ou père) et le nourrisson s’influencent l’un l’autre dans un processus continu de développement et de changement*” (Albaret & Al, a, p.102).

La symbiose du couple mère-enfant pendant la grossesse perdure durant les mois qui suivent l'accouchement, où *“tout comportement de l'un des partenaires provoque une modification chez l'autre, et ainsi de suite”* (1). Les interactions peuvent être classées selon différents niveaux.

2. Les différents niveaux d'interaction :

2.1. Les interactions comportementales :

Ce sont les interactions réelles, observables dans les comportements entre le bébé et sa mère selon leurs harmonisations et agencements. Elles se déclinent au niveau corporel, visuel et vocal.

2.1.1. Les interactions corporelles

Parmi les interactions qui se jouent dans le corps à corps, Winnicott a décrit le *holding* et le *handling*, qui sont une des manières de communiquer avec le bébé via le portage et le maniement lors des temps de soins. Il s'établit un dialogue tonique, notion développée par Wallon dès 1930, qui désigne *“l'ensemble médiatisé par la manière dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par le parent, et la manière dont le bébé y répond”* (Lebovici, p.321). Le tonus musculaire et les postures des deux partenaires s'accordent pour créer une véritable interaction, et ce dès la naissance. De Ajuriaguerra développe cette idée d'un lien entre tonus musculaire et état émotionnel en 1977 en décrivant le *“dialogue tonico-émotionnel”*, où les états émotionnels sont transmissibles par les modulations toniques d'un partenaire à l'autre (Bachollet, Marcelli). Le dialogue tonico-émotionnel se trouve être un des supports privilégiés de la transmission émotionnelle.

2.1.2. Les interactions visuelles :

Dès la deuxième semaine *extra-utero*, le nourrisson fixe le visage de sa mère lors des tétées durant des fractions de temps significatives (Lebovici, p.322). Cette communication par le regard, appelée également *“dialogue œil à œil”* provoque des affects chez la mère qui prend conscience du regard que lui adresse son bébé et le reconnaît en tant que personne. Cela contribue à sa reconnaissance en tant que mère. D'autre part, ce premier regard adressé au bébé est le premier miroir de l'enfant, qui

se structure dans le visage de sa mère selon Winnicott. (Piot). Ainsi, l'aspect qualitatif et quantitatif du regard porté sur l'enfant aura des répercussions sur ce dernier.

Marcelli insiste sur le fait que l'engagement par le regard précède en général la communication prosodique, tonique et verbale (Bachollet, Marcelli). Lorsque les deux partenaires sont disponibles, il y a synchronisation et on observe une interaction harmonieuse "*où ils semblent être véritablement ensemble*" (Lebovici, p.326).

2.1.3. Les interactions vocales :

Les cris sont pour le nourrisson l'un des principaux canaux de communication avec son entourage pour la satisfaction de ses besoins. La mère s'adresse à son bébé capable de reconnaître sa voix dans un langage qualifié de "*baby talk*".

Ferguson a notifié, en 1964, un ensemble de modifications du langage maternel dans différentes cultures, notamment la simplification de la syntaxe des phrases et de certains mots. La prosodie, c'est-à-dire l'ensemble des phénomènes d'intonation, se modifie vers les aigües et le timbre ralentit.

Les vocalises maternelles ont un caractère chantonnant, qui ont pour effet de renforcer l'attention du nourrisson, qui y répond par des regards, sourires, vocalisations, mouvements. C'est par cette enveloppe sonore que le bébé va saisir le sens de l'expression (Gratier, 2001, p.11)

Pour Bruner, ces processus d'interaction mère-nourrisson fournissent les bases pour la future acquisition du langage par le bébé.

2.2. Les interactions affectives :

Elles sont la synchronie des contenus émotionnels et affectifs des deux partenaires de l'interaction, soit de leurs états subjectifs.

Au départ polarisés autour du couple plaisir/déplaisir, les affects du nouveau-né vont progressivement se développer en nuances.

L'accordage affectif y contribue selon Stern qui le décrit comme un "*appariement*" *mère-nourrisson intermodal*" : les états affectifs des deux partenaires s'harmonisent sur des modalités différentes pour former un espace mental commun, l'espace intersubjectif. (Gratier, 2001, p.12)

2.3. Les interactions fantasmatiques :

Kreisler, Cramer et Lebovici ont étudié les interactions fantasmatiques entre la mère et son bébé.

L'enfant fantasmatique naît, très tôt, des conflits infantiles devenus inconscients du désir de maternité et du désir d'enfant de la mère. La connaissance de son sexe et le choix du prénom conduiront "*à des discussions qui déjà engagent l'avenir de l'enfant*" (Lebovici, p.335), la mère construit des "proto-représentations" de son bébé à venir, sources de fantasmes et pouvant apparaître dans ses rêves. Après la naissance se confronteront l'enfant réel, l'enfant imaginaire et fantasmatique, ce qui peut conduire à des processus de deuil.

3. Variabilités culturelles de l'interaction :

Devereux a démontré qu'il existe diverses façons de se représenter un enfant, son développement et sa santé selon les cultures. Ces représentations impacteront les comportements des adultes, le type de soin administré et le développement de l'enfant (Moro, 2010, p.8).

Stork a étudié le lien mère-enfant dans son contexte avec la méthodologie "globale" et relève différents styles d'interactions lors d'études comparatives. En France les interactions se font plutôt sur un mode vocal et visuel, en distal. En Inde, les interactions corporelles et les échanges kinesthésiques sont prégnants, dans un rapport aux corps plus proches, en proximal. Chez les Soninkés, peuple africain, le touché et les stimulations vestibulo-labyrinthique sont majoritaires, favorisant l'imprégnation rythmique précoce du bébé (Apter, p58).

Ainsi, "*chaque culture façonne des méthodes qui permettront à l'enfant d'acquérir les compétences intellectuelles et sociales, le savoir et les savoir-faire qu'elle valorise.*" (Ibid., p.17).

Ces interactions précoces sont à la base des processus d'attachement.

4. La théorie de l'attachement :

L'attachement se réfère au lien émotionnel spécifique que le bébé développe avec son "caregiver", la personne qui "prend soin" de lui, pendant la première année de sa vie.

Développée par le psychiatre et psychanalyste J. Bowlby, cette théorie s'appuie sur les travaux de l'éthologie. Elle postule que les comportements d'attachement sont des comportements instinctifs permettant la survie du bébé, donc de l'espèce, par la proximité avec un individu différencié et préféré, la figure d'attachement (le plus souvent la mère), qui le protège et régule ses émotions pouvant être destructurantes en cas d'alarme ou de détresse. Dans le développement, cinq conduites d'attachement se succèdent : sucer, attraper, suivre, pleurer et sourire.

L'attachement est, comme l'alimentation, à l'origine d'un besoin biologique premier nécessaire au bon développement du bébé et à l'établissement de relations sociales (Albaret & Al, a, p.329). Il lui procure une sécurité émotionnelle qui lui permet de se détacher progressivement de sa base de sécurité pour aller découvrir le monde et gagner en autonomie. L'intériorisation de ce lien affectif amène l'enfant à la permanence de l'objet, il peut se représenter sa figure d'attachement même en son absence.

Cela demande de la part du "caregiver" certaines qualités comme la sensibilité aux signaux de l'enfant, la disponibilité physique, psychique et émotionnelle, et le sentiment de responsabilité. (Bayle, p.44)

M. Ainsworth & Al ont mis en évidence différents patterns d'attachement lors de la "Situation Etrange", processus expérimental *"conçu pour évaluer l'organisation de l'attachement et le comportement exploratoire dans un contexte non familier et générateur d'un niveau modéré de stress"*. On trouve :

- L'attachement sécure : l'enfant interagit avec son caregiver accessible et disponible, et cherche sa proximité qui est presque immédiatement tranquillisante en cas de stress ;
- L'attachement insécure évitant : l'enfant interagit affectivement très peu avec son caregiver qui se trouve en difficulté pour répondre sensiblement aux

besoins de l'enfant, qui n'initie pas activement l'interaction ou la recherche de contact après la séparation qui se résulte par l'évitement ou l'absence de réactions ;

- L'attachement inséculaire ambivalent ou résistant : la tension corporelle et les pleurs persistent chez l'enfant après un stress, le *caregiver* dont les réponses sont imprévisibles ne parvient pas à rétablir un sentiment de sécurité chez l'enfant ;
- L'attachement désorganisé/désorienté : l'enfant exprime de l'appréhension et de la peur à l'égard de la figure d'attachement, des comportements contradictoires, des stéréotypies, des postures anormales face à un *caregiver* effrayant.

Des études transculturelles ont démontré l'universalité de l'attachement et de la présence des principaux patterns d'attachement vus précédemment dans diverses cultures et contextes sociaux, en dispersion variable. (Miyuki Turpin)

L'instauration des interactions précoces dépend de capacités maternelles et infantiles qui peuvent être entravées par un contexte défavorable.

B. Vulnérabilité et situation migratoire :

La vulnérabilité désigne en psychologie *“la diminution de la résistance aux agressions avec des retentissements sur le fonctionnement psychique”*.

Comme le rappelle Moro, *“la vulnérabilité est une condition non pas essentielle (au sens d'une essence immuable), mais passagère ; elle s'inscrit dans la rencontre d'une situation singulière et d'un contexte”* (Mestre, 2016, p.34).

Cette situation singulière qu'est la migration, du latin *migratio*, désigne d'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) le *“déplacement de personnes d'un lieu dans un autre, en particulier d'un pays (émigration) dans un autre (immigration) pour des raisons politiques, sociales, économiques ou personnelles, et qui est le fait soit d'une population entière, soit d'individus s'intégrant dans un phénomène de société plus large”*.

1. La situation migratoire :

Le 21ème siècle s'est caractérisé par l'accentuation des migrations intracontinentales, extracontinentales et par l'exode rural.

L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés estime à 70,8 millions le nombre d'enfants, de femmes et d'hommes déracinés à la fin 2018, dont les deux tiers sont des déplacés internes au sein de leur propre pays (2).

Les causes de migration sont multiples, voici quelques causes :

- Les causes économiques : de nombreux pays demeurent sous le seuil de pauvreté ne permettant pas la satisfaction des besoins essentiels (3) ;
- Les causes politiques : dictatures, guerres, conflits, génocides, persécutions en raison d'idées politiques, religieuses, de l'ethnie, du genre, de l'orientation sexuelle, de problème d'accès à l'éducation, aux soins ;
- Les causes naturelles : catastrophes naturelles, changement climatique.

L'expérience migratoire est un moment où les repères habituels de la vie viennent à être chamboulés et où la personne vit une discontinuité potentiellement porteuse de changement et de métamorphose.

2. Le cumul de facteurs de risques :

2.1. L'exil comme rupture :

2.1.1 Avec les repères spatio-temporels

La migration *“installe une nouvelle temporalité et marque à jamais le déroulement du temps”* (Grima, p17). L'histoire de l'individu sera marquée d'un avant et d'un après, d'un futur en rupture avec le passé. Une nouvelle chronologie s'édifie autour de ce point zéro.

T. Nathan, docteur en psychologie et chef de file du mouvement ethnopsychiatrique en France, le souligne, migrer *“c'est quitter, perdre l'enveloppe de lieux, de sons, d'odeurs, de sensations de toutes sortes qui constituent les premières empreintes sur lesquelles s'est établi le codage du fonctionnement psychique [...]”* (Ibid.). C'est quitter une enveloppe sensorielle pour en retrouver une autre, *“séparé d'un temps d'entre deux où le lien avec le monde familier est coupé et celui avec le nouveau monde pas encore vraiment établi”* (Ibid.).

La perte de l'enveloppe culturelle lors du passage d'une culture à une autre peut s'apparenter à la perte de l'enveloppe utérine contenante lors de la naissance où le bébé passe d'un monde aquatique à un monde aérien. Cela peut être vécu pour le nouveau-né comme un *“écorchage”* et toutes ses sensations s'en trouvent ébranlées. Le portage et les moments de soins viendront suppléer l'enveloppe perdue.

2.1.2. Avec les repères familiaux

Migrer c'est couper ses racines, celles qui ont permis un profond ancrage dans le sol afin de s'ériger et prendre de la hauteur. La rupture avec la famille, le groupe, dans les sociétés où les liens communautaires sont fondamentaux peut renforcer la vulnérabilité de la dyade.

A sa naissance, l'enfant "[...] hérite alors d'une histoire familiale écrite avant lui en même temps qu'il contribue à l'écrire." (Grima, p.17). La migration peut entraîner une rupture dans le processus d'enculturation, c'est à dire la transmission par la mère, les "co-mères", le groupe familial, de patterns culturels à l'enfant dès sa naissance, "patterns qui constituent de véritables logiques culturelles." (Ibid., p.50). Pour M. Mead, c'est à travers les techniques du corps que s'appuie ce processus d'enculturation. Les pratiques de maternage sont des techniques du corps, définies par M. Mauss comme des "[...] montages physio-psychosociologiques de séries d'actes qui se transmettent de façon traditionnelle propre à chaque société." (Lebovici, p.447). Leur transmission de génération en génération se fait oralement.

Transportées dans un autre monde, ces techniques perdent partiellement leur cohérence. Migrer implique de "reconstruire seul, en l'espace de quelques années, ce que des générations ont lentement élaboré et transmis." (Lebovici, p.438).

2.1.3. Avec les repères culturels

En sociologie, la culture est ce qui est commun à un groupe d'individus qui partagent des traits distinctifs, spirituels, matériels, intellectuels et affectifs. Elle fournit aux individus une grille de lecture du monde donnant du sens aux événements, le rendant prévisible et anticipable (Gransard, 2009). Elle s'intériorise progressivement lors du développement de l'enfant et devient alors une culture vécue. Elle fait office de filtre de compréhension de la réalité et limite les sentiments de perplexité et de frayeur des membres du groupe.

La peau est à l'instar de la culture une enveloppe qui définit un dedans et un dehors, protège l'intérieur du corps des agressions extérieures et laisse passer des éléments par sa porosité. Sur la surface de cette interface corporelle s'inscrit l'histoire du sujet.

Mme P. a des cicatrices sur l'ensemble du corps. Elles remontent à son enfance, et malgré le temps et la cicatrisation, les traces demeurent sur son corps. Cet épisode traumatique de son histoire est inscrit indélébilement sur sa peau.

La peau sert de support à la mise en place d'une limite ou "peau psychique", et plus globalement à la construction psychique de l'individu.

Anzieu a défini le concept de "Moi-peau" comme une *"figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps"* (Grima, p.55). Freud l'avait énoncé en 1923 « *le moi est avant tout un moi corporel [...] il est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps.* » (Ciccone). A partir des sensations corporelles va naître un espace psychique intérieur regroupant les contenus psychiques, des représentations, des affects, des pensées, et un espace extérieur qui contient le monde physique naturel ainsi que la réalité culturelle. Le "Moi-peau" remplit trois fonctions essentielles s'étayant sur celles de la peau qui sont :

- La fonction de maintenance : à l'image de la peau qui rassemble en un tout muscles et squelette, le "Moi-peau" soutient le psychisme. Mise en place par intériorisation du *holding*, la façon dont la mère soutient le corps du bébé lors du portage, qui maintient le corps et le psychisme dans un état d'unité et de solidité. Ce support corporel produit un *"soutien axial vertical contre lequel le Moi-peau s'adosse"*.
- La fonction de contenance : elle s'établit par l'intériorisation de la fonction contenante du *handling*, ou l'ensemble des manipulations corporelles lors des soins quotidiens adressés au bébé. Cela renforce la conscience des limites corporelles du bébé et induit des sensations-images de la peau comme un "sac contenant", ainsi les premières distinctions entre soi et non-soi. Le Moi-peau enveloppe tout l'appareil psychique et la fonction de contenance vient contenir les excitations provenant du noyau pulsionnel, le 'ça' dans la deuxième topique freudienne, pouvant venir menacer l'intégrité du nourrisson.
- La fonction de pare-excitation : au départ supplée par la mère qui sert de pare-excitation auxiliaire, le Moi du bébé va progressivement devenir en capacité de défendre le psychisme contre le surplus pulsionnel ou excitant.

Les enveloppes corporelles et sensorielles soutiennent l'émergence et le bon fonctionnement de l'enveloppe psychique qu'est le Moi-peau. Pour Nathan et Moro, cette dernière a également besoin de prendre appui sur un groupe culturel pour assurer ses fonctions.

Dans la migration, la rupture avec le groupe, qui contribue à la construction d'un sens partagé, rend l'appréhension du monde plus difficile. Mestre l'affirme, "[...] *les seuls points fixes sont alors le corps et le psychisme individuel, tout le reste devient mouvant et précaire.*" (Mestre, 2016, p.19).

2.2. Un quotidien précaire pour la majorité des dyades :

La précarité est définie par le Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) comme *"l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux"*. C'est une notion relative à une "situation acceptable" au sein d'une société donnée, sa définition et perception varient d'une culture à l'autre.

2.2.1. La précarité administrative

A leur arrivée en France, certaines familles exilées se tournent vers l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) afin d'y réaliser une demande d'asile. L'attente de régularisation, le côté aléatoire de l'issue, la peur de l'expulsion rajoutent leurs lots d'insécurité. Une réponse positive conduira les familles au statut de "réfugiés", ou en cas de refus ou déboutement, à celui de "sans-papiers", augmentant fortement le niveau de précarité. L'annonce du déboutement constitue en soi une re-traumatisation (Mestre, 2016, p.32). Ce statut influence l'accès aux soins et aux aides publiques.

2.2.2. La précarité économique

La défaillance du système d'accueil français pousse les personnes exilées à vivre dans des conditions difficiles. Faute de place en Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA), en logement social et en établissement d'urgence, certain·e·s sans logement sont contraint·es de vivre dans des campements, squats, etc. Les foyers d'accueil ne peuvent les garder après le déboutement et le Dispositif National d'Accueil

(DNA) est saturé. Le phénomène de sans-abrisme des demandeurs·ses d'asile et réfugié·es s'est aggravé face à l'absence de réponses efficaces (4).

Les femmes sont plus touchées par la précarité économique. S'ajoute dans ce contexte la difficulté pour les femmes exilées à trouver un emploi, plus encore un emploi déclaré et réglementaire. La précarité du travail peut provoquer "[...] une insécurité financière, matérielle, alimentaire pouvant être à l'origine entre autres d'une fragilité psychologique." (Dayde, p.34).

2.2.3. La précarité sociale

Cette précarité de l'emploi a comme première conséquence l'isolement familial et social. La barrière de la langue freine toute tentative de socialisation. Cela limite le développement social de l'enfant dont l'expérience auprès des pairs stimule le développement psychomoteur. La dyade peut se refermer sur elle-même sans la présence d'un tiers, et mettre le processus transgénérationnel à mal.

Le climat d'insécurité et d'instabilité peut entraver les fonctions maternelles et avoir des conséquences sur le développement psychomoteur du bébé. C'est pourquoi certaines mères " [...] sont tellement occupées à mettre en œuvre des stratégies de survie dans tous les sens du terme, survie psychique ou survie matérielle, qu'elles sont soit en difficulté pour transmettre, soit dans l'impossibilité de transmettre autre chose que la précarité du monde et ses complexités." (Mestre, 2016, p.11).

Cette expérience, synonyme de perte et de ruptures, mène parfois à la souffrance, voire à la pathologie.

2.3. Le traumatisme psychique

Le traumatisme psychique a lieu lorsqu'une personne est confrontée à la mort sans préparation psychique. La guerre, la situation politique instable, les risques de viol lors du trajet migratoire sont autant de situations pouvant être traumatiques.

La principale complication du traumatisme psychique est le "*trouble de stress post-traumatique*", caractérisé par des symptômes envahissants, dissociatifs, d'évitement, d'éveil et par une humeur négative (Bayle, p210).

Le bébé se développe dans l'interaction. L'accès au contenu symbolique des mots se fait entre 12 et 18 mois, avant, c'est par la communication corporelle que va s'appuyer le bébé pour décrypter le sens : regards, mimiques, prosodie, postures et gestuelles.

Les expressions émotionnelles effrayées répétées en présence d'un bébé peuvent induire négativement sur le comportement d'attachement qu'il va développer. Ainsi, ce ne sont pas les événements vécus par la mère en eux-mêmes qui sont néfastes pour l'enfant, mais les éléments transmis dans la communication verbale et corporelle qui n'ont pas été intégrés, représentés.

Selon le modèle du psychiatre et psychanalyste Bion, la mère a un rôle fondamental dans le développement des mécanismes de la pensée du bébé. Elle "détoxifie" son expérience par un état réceptif aux projections, aux impressions sensorielles et émotives primitives du bébé : c'est la "capacité de rêverie".

Sa fonction '*alpha*' permet l'accueil d'éléments bruts, soit éléments '*bêta*' désorganisateur et inassimilables par le bébé, leur transformation par son psychisme en éléments '*alpha*', puis leur ré-introjection en éléments constitutifs d'une première forme de représentation.

Nous pouvons nous questionner sur la fonctionnalité de la capacité de rêverie des mères dont l'expérience traumatique n'a pas trouvé de lieu où s'élaborer. Comment réussir la transformation d'éléments '*bêta*' du bébé lorsque le psychisme peine à détoxifier sa propre expérience ? Ce mécanisme concoure-t-il à la transmission de bribes traumatiques ?

Bion a distingué deux sortes de transmissions :

-La transmission d'objets transformables : c'est la base et la matière psychique de l'histoire familiale transmise aux descendant·e·s sous forme de lapsus et de symptôme ;

-La transmission d'objets non transformables : transmis sous une forme d'objets "bruts", incorporés sans mise à distance en transpsychique, comme si les limites des espaces subjectifs étaient gommées. Cela passe par des bribes de discours incohérents et le langage corporel sous tendu par l'état psychocorporel, que le bébé absorbe lors des interactions précoces notamment.

3. Qui peuvent conduire à la perturbation des interactions précoces mère-enfant :

3.1. Mettre au monde ailleurs

L'expérience migratoire peut se manifester sur le plan psychopathologique par des états de crises découlant de l'expression d'un vide intérieur, *“d'une rupture psychique avec le cadre culturel [...] et s'articule avec les problèmes de filiation et de transmission”* selon T. Nathan. (Grima, p.153)

La période périnatale peut s'avérer être potentiellement traumatisante pour ces femmes qui mettent au monde leur enfant dans la plus grande des solitudes et dans un environnement surmédicalisé où les rites n'ont pas toujours leur place. Cela augmente le péril de la mère et du nouveau-né. Une étude comparative réalisée en banlieue parisienne a démontré que les bébés de mères en situation de migration (originaires du Maghreb, d'Afrique noire et des Antilles) étaient plus souvent déprimés, en lien avec une relation mère-enfant perturbée et un milieu familial en souffrance. (Mestre, 2016, p.44)

Une autre étude réalisée par Ruttenberg prouve que l'entourage familial auprès des femmes latino-américaines aux Etats-Unis protège des interactions disharmonieuses mère-bébé en cas de dépression maternelle. (*Ibid.*, p.51)

La détresse psychologique des femmes exilées majore le risque d'émergence de pathologies psychiatriques en post-partum telles que la dépression du post-partum qui représente une pathologie fréquente. Les estimations chiffrent à environ 10% le nombre de mères dans la population générale touchées par la dépression du post partum, caractérisée par la symptomatologie dépressive décrite dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM V) : sentiments d'incapacité, une culpabilité, des auto-accusations en relation avec des mauvais soins apportés à l'enfant, une anxiété souvent importante et parfois des idées suicidaires. Elle peut altérer la relation mère-enfant d'une façon importante par l'appauvrissement des contacts dans les soins, une diminution des échanges et des moments ludiques.

A la différence du *“baby blues”* qui ne dure que quelques jours après l'accouchement, la dépression du post-partum comporte un pic de fréquence autour des trois premiers mois et peut durer un an, voire plusieurs années. Si aucun

traitement n'est mis en place, elle peut avoir des répercussions “ [...] sur la santé mentale du bébé et l'harmonie des relations mère-enfant précoces.” (Mestre, 2016 p.50)

Il est important de pouvoir déceler les signes quantitatifs et qualitatifs de perturbations de ces interactions pour pouvoir agir au plus tôt auprès de la dyade.

3.2. Les aspects quantitatifs des perturbations :

Il s'agit d'hyperstimulation ou d'hypostimulation lorsqu'il y a “trop” ou “pas assez” d'interactions. Ces perturbations sont directement en lien avec le niveau de stimulation que la mère adresse au bébé. Mais également du niveau de demande d'interaction et du seuil de tolérance du bébé.

Dans le cas d'hyperstimulation, les signaux de débordements (détournement de la tête, fermeture des yeux, pleurs...) émis par le nourrisson ne sont pas pris en compte, et la répétition de stimulations peut être vécue comme une intrusion pour le bébé.

L'hypostimulation se caractérise par le peu d'interactions adressées au bébé, dans le cas de dépression du post-partum par exemple, et/ou par le faible niveau de recherche d'interactions du bébé. La richesse des interactions précoces est fortement amoindrie, ce qui peut perturber l'établissement des liens d'attachements et du développement psychomoteur du bébé.

L'expérience du “visage impassible” (ou “*Still face*”) du Dr Tronick démontre comment l'impossibilité d'établir par le bébé des interactions avec son partenaire privilégié le désorganise, et qui faute de réponses se retire de l'interaction.

3.3. Les aspects qualitatifs des perturbations

3.3.1. Perturbation de la synchronie

Les interactions comportementales et affectives entre la mère et le nourrisson sont appréhendables sous la forme de séquence “stimuli-réponses”, où les états affectifs et comportementaux de la dyade s'accordent. Ainsi, il y a au cours de

l'interaction un ajustement des stimuli en conséquence des réponses du partenaire et vice versa.

Lorsque ce n'est pas le cas, on constate des perturbations interactives telles que l'excès ou le manque de synchronie où l'accordage est rompu et l'interaction discontinue. Cela peut se manifester par des réponses incohérentes et une absence d'accordage affectif.

3.3.2. Perturbation de la réciprocité

Composante de la synchronie, la réciprocité est la manière dont un partenaire analyse les signaux pour y répondre. En découle trois types de comportement selon Grennspar et Lieberman :

- Le comportement "contingent" : la réponse est directe et appropriée entre la mère et le bébé ;
- Le comportement "non contingent" : la réponse est inappropriée car non adaptée au stimuli ;
- Le comportement "anti-contingent" : la réponse est contraire au stimuli émis par le partenaire, donc non contingente.

Après avoir joué, Théo (8 mois) rejoint Mme L., sa mère, qui le prend dans ses bras. Théo se redresse, tape sur le torse de Mme L, se tortille en poussant des cris et en rigidifiant son corps, la mord à un moment. La psychomotricienne assise près du bébé, lui demande plusieurs fois « qu'est-ce que tu veux Théo ? », elle encourage Mme L. à en faire de même. Mme L. nous dit que Théo réagit ainsi lorsqu'il est content. Elle donne à la fin de la séance le sein à Théo et nous comprenons qu'il avait faim.

La survenue de dysfonctionnements dans les interactions précoces entre la mère et l'enfant peuvent vulnérabiliser l'enfant dans son développement.

C. Vulnérabilité spécifique du bébé : quand le corps parle

Pour Moro, les enfants de parents en situation de migration appartiennent à un groupe à risque du fait de la vulnérabilité de leur développement. Trois périodes critiques ont été mises en évidence : la phase postnatale où le bébé et sa mère se rencontrent, la phase des grands apprentissages scolaires avec la question de l'inscription dans la société d'accueil, et celle de l'adolescence avec les questions de filiations et des appartenances. (Moro, 2002, p.55)

Il a été démontré que le fonctionnement psychique de l'enfant vulnérable est tel “ [...] *qu'une variation minime, interne ou externe, entraîne un dysfonctionnement important, une souffrance souvent tragique, un arrêt, une inhibition ou un développement a minima de son potentiel.*” (Ibid.)

Le corps est le premier moyen d'expression du bébé, toute souffrance sera véhiculée par celui-ci. N'ayant pas la capacité de penser, de se représenter une sensation difficile, le bébé la traduira immédiatement dans son organisation tonique, posturale, sensori-motrice et psychique “ [...] *de façon plus ou moins durable sinon définitive si une réponse adéquate n'est pas apportée à sa détresse*” selon Livoir - Petersen.

Le tonus se trouve être au carrefour du psychique et du somatique. Il est fondamental à l'organisation émotionnelle et au développement psychomoteur du bébé. Constituant la base “ [...] *de la posture, du mouvement et des dynamiques d'interaction avec l'environnement.*” (Albaret & Al, a, p.161), toute perturbation psychocorporelle impactera la dimension tonique, elle-même à la base de la structuration psychomotrice du bébé.

1. Le tonus musculaire

Du grec *tonos* qui signifie “tension”, le tonus musculaire est d'après le CNRTL “*Un état de contraction légère et permanente des muscles striés, assurant l'équilibre du corps au repos et le maintien des attitudes, contrôlé par des centres cérébraux et cérébelleux*”. Cette contraction est sous-tendue par le réflexe myotatique, qui induit la contraction du muscle en réponse à son propre étirement. Trois formes de tonus se distinguent : de fond, postural et d'action.

1.1. Le tonus de fond

Il se constitue d'une légère tension isométrique des muscles qui maintient la taille initiale du muscle lors de sa contraction. Cette tension est involontaire et permanente, elle perdure pendant le sommeil.

Cette toile de fond tonique participe à la cohésion des différentes parties du corps en modulant le degré de "serrage" des fascias et des structures capsulo-ligamentaires. Cela crée une "enveloppe tonique" contenant qui participe au sentiment d'unité corporelle et d'individuation en délimitant ses propres limites corporelles.

Il est l'essence même de l'affectivité et sert de support au tonus postural.

1.2. Le tonus postural

Il permet le maintien des différentes parties du corps dans l'espace, soit la posture, et leur équilibre. Il est en interdépendance avec l'état d'éveil et de vigilance, et sous-tendu par nos émotions. Wallon écrit *"les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire"* (Albaret & Al, a, p.175).

L'activité posturale permet l'orientation corporelle dans l'environnement qui impacte en retour dans un double mouvement nos réactions tonico-affectives et notre activité perceptive.

1.3. Le tonus d'action

Il sous-tend le mouvement et l'action des différents segments corporels ou du corps dans l'espace par des contractions musculaires phasiques, soit rapides et puissantes. Il permet ainsi la motricité globale, le langage et la communication non verbale.

2. De l'hypertonie innée à l'hypertonie déstructurante

Par la maturation neurologique, le contexte relationnel et l'expérience sensori-motrice, le tonus du bébé va progressivement s'homogénéiser et passer d'une motricité réflexe à une motricité volontaire.

2.1. La bipolarité tonique

Au début de la vie, le tonus se répartit selon la dichotomie hypotonie des extenseurs/hypertonie des fléchisseurs : l'axe du corps est très souple et au contraire les membres très rigides, amenant une position fœtale d'enroulement.

On retrouve cette bipolarité tonique accompagnant les états affectifs et corporels du bébé : lors des moments agréables ou de sommeil le tonus est faible, relâché, au contraire des états de contrariété, de faim, de fatigue où le corps est tendu.

Je prends Sara (13 mois) dans mes bras lors de notre première rencontre afin de descendre les escaliers, pendant que Mme R. porte la poussette. Le corps de Sara se rigidifie instantanément, se tend en hyperextension et sa tête part en arrière. Elle exprime son malaise qui m'est communiqué car je sens moi aussi ma tonicité augmenter.

Le mouvement précède la parole et ce premier mode de communication signe les prémices du langage et de la pensée. Ce sont les réponses parentales concernant les sensations que vit le bébé qui vont leur procurer un sens et permettre leur conceptualisation.

Progressivement, la maturation corticale va permettre un développement tonique selon les lois universelles de développement céphalo-caudale et proximo-distal.

La première énoncé que le développement tonique se fait de la tête aux pieds chez tous les animaux. Ainsi, le bébé pourra d'abord maintenir sa tête, puis bouger volontairement ses bras, tronc, bassin et enfin ses jambes. L'enchaînement de ces étapes successives nécessaires à l'acquisition de la station debout est identique chez tous les enfants, mais le rythme peut varier.

La deuxième loi postule que la maturation tonique se fait de l'axe du corps vers sa périphérie, c'est à dire à partir de la tête et du tronc, jusqu'aux membres supérieurs et inférieurs, en finissant par les extrémités.

L'équilibre tonique entre fléchisseurs et extenseurs se met en place progressivement. Nous pouvons convenir de son efficacité autour du 6ème mois, quand le bébé peut saisir et relâcher volontairement un objet. En effet, vers la fin du premier semestre ces deux lois motrices se croisent produisant un équilibre tonique général permettant l'acquisition de la préhension volontaire mais aussi de la station assise en autonomie.

2.2. Rôle de l'hypertonie innée

L'hypertonie innée remplit le rôle de communication avec l'environnement par l'hypertonie d'appel, alternance rythmée de contraction/détente inscrites dans l'espace et le temps. Mais également de protection de l'organisme par la création d'une gaine musculaire tonique enveloppante qui contient le corps mais également la vie psychique du bébé.

L'enveloppe psychotonique se compose de différents feuillets colorés affectivement et sensoriellement, s'ajoutant aux précédents à chaque expérience vécue. Ainsi, l'enveloppe psychotonique porte en elle les traces de l'alternance d'expériences agréables et désagréables passées, soit "*[...] toute notre vie, notre univers émotionnel et psychique*" d'après Robert-Ouvray. (Robert-Ouvray, 2015, p.37)

Durant l'attente des réponses parentales à ses besoins physiques et psychiques, l'enveloppe psychotonique du bébé intervient comme pare-excitation naturel qui empêche l'éclatement de sa structure psychocorporelle (*Ibid.*, p.35). La contraction des fléchisseurs induisant la flexion des membres, leurs regroupements auprès du corps et l'enroulement de l'axe corporel autour du centre amènent une posture de rassemblement apaisante pour le bébé. De plus, ce gainage musculaire procure les premières sensations d'unité et d'existence, à l'origine du Moi. Le Moi tonique s'associera au Moi-peau pour remplir leurs fonctions.

2.3. L'hypertonie déstructurante

Ce sont l'intensité et l'installation dans le temps des contractions musculaires hypertoniques face à un stress répété ou des relations trop discontinues qui vont être néfastes pour le bébé. Dans ce cas "*[...] les systèmes de défense innés peuvent se muer en agresseurs de l'organisme*" (*Ibid.*). La crispation tonique chronique est signe d'une souffrance psychomotrice, pouvant aller jusqu'à l'installation de postures de souffrance et l'épaississement des fibres musculaires. Il n'est plus possible pour le bébé d'accéder à un état de détente et d'ouverture du corps dans ces cas extrêmes.

La "croûte tonique" cause l'altération de la connaissance de son schéma corporel et de son sentiment d'exister.

3. La proprioception

La proprioception est la sensibilité corporelle profonde concernant nos états toniques, la position et les mouvements de l'organisme. Ce système sensoriel est nourri par les récepteurs articulaires (corpuscule de Ruffini, paciniformes et organes de Golgi), les fuseaux neuromusculaires, les mécano-récepteurs cutanés, la vue, le système vestibulaire, les afférences cervicales et psycho-émotionnelles. Ce sixième sens est à la base de notre conscience corporelle, du sentiment d'exister et d'intériorité. (Albaret & Al, a, p.163)

La cuirasse tonique peut empêcher le bébé d'habiter son organisme pour en faire son corps, elle impacte l'ajustement corporel spatial dans la relation, l'élaboration des connaissances et des représentations.

4. Atteinte de l'axe corporel

L'axe corporel, symbolisé par la colonne vertébrale, est le lieu narcissique qui se construit dans la sécurité affective, notamment lors des moments de portage.

Intériorisé au fil des expériences psychomotrices, il devient progressivement un axe référentiel spatial permettant l'orientation de soi dans le monde et l'ancrage psychique dans la réalité. L'axe corporel a un rôle essentiel dans chaque étape du développement psychomoteur.

Teli (5 mois et demi) présente une bipolarité tonique encore très présente : ses membres sont rigides et encore soumis à une motricité involontaire, tandis que son axe corporel est hypotonique, limitant ses interactions et relations avec l'environnement. Teli semble lutter par l'hypertonie des membres contre une hypotonie dépressive.

L'hypertonie chronique et les raidissements/hypotonies de l'axe conséquents limitent les postures d'enroulement, de rotations et de retournement. Cela pourra avoir des conséquences sur le niveau d'estime de soi et de sécurité interne.

Selon Robert-Ouvray, ces symptômes apparaissent chez tous les bébés qui ne disposent que de leur corps sensoriel et moteur pour exprimer leur souffrance, d'où l'efficacité du soin psychomoteur qui s'organise autour du langage corporel pour aider les dyades en difficulté.

Le travail de prévention est ici essentiel afin de diminuer l'incidence des troubles des interactions précoces et des désordres psychomoteurs. La comptine offre une voie précieuse pour les psychomotricien·nes accompagnant ces familles.

Partie 2 :

Les comptines, “1, 2, 3, construire un chez moi”

Dans cette deuxième partie nous définirons succinctement la comptine puis nous nous attarderons sur les composantes structurelles de la comptine, qui permettent de (ré-)inscrire la dyade dans une spatio-temporalité et soutiennent le dialogue tonico-émotionnel entre la mère et son bébé.

“Elles pulsent la vie qui passe, et là où les berceuses ferment les paupières des petits enfants, elles leurs ouvrent grand les yeux, les éveillent à la vie.

La comptine est une éveilleuse de mots et de vie.”

BEN SOUSSAN, 2001

A. Les comptines

1. Définition :

Le *Larousse* définit la comptine comme une *“formule que récitent les enfants pour déterminer, par le compte des syllabes, celui à qui le rôle sera dévolu dans leurs jeux”*. Etymologiquement, ces poésies enfantines simples et rythmées, proviennent du latin *‘computare’*, qui donnera plus tard *“compter”* et *“conter”* : d’une part énumérer des chiffres et d’autres part énumérer des faits, des événements.” (Ben Soussan, 2001, p.14)

Aujourd’hui leur définition est plus vaste, elle regroupe toutes les petites chansons et dictions rythmées propres à l’enfance, qui sont appelées *“ [...] au geste, à la psychomotricité de plus en plus fine, à l’oreille et à la voix.”* (*Ibid.*, p.40)

2. Histoire des comptines :

Rolland, un folkloriste français, nomme en 1883 sous le terme générique de formulette cette *“littérature que les enfants se transmettent depuis les temps les plus reculés [...]”* (*Ibid.*, p.15).

Elles sont constitutives du *“patrimoine narratif populaire, universel, héritées de la tradition orale”* et transmises de génération en génération. Elles n’ont pas d’état civil, ne connaissent pas les frontières, viennent d’ici et d’ailleurs, portent en elles des métissages singuliers. Selon Mimi contesse, docteure en science de l’éducation, les comptines appartiennent au premier cercle culturel, fondateur de l’identité d’un groupe, voire d’un peuple.

Pour J. M. Gauthier et C. Lejeune, le but ludique de la comptine, source d’attention réciproque, développe un plaisir partagé qui aide au nouage de la relation. Ainsi, *« d’un certain point de vue, elles pourraient dans une politique d’aide à la relation parents/bébés se révéler très précieuses dans le soutien et la prévention précoce des troubles relationnels. »* (2008)

B. Intérêts dans le développement :

Selon C. Potel, psychomotricienne, le socle de l'identité psychocorporelle se constitue dans *“l'intrication profonde entre, d'une part l'ancrage du corps dans l'espace et le temps, d'autre part la fonction contenant de l'enveloppe”*. (Potel, p.111). La structure de la comptine contribue à stimuler et accompagner les progrès de la perception temporelle.

1. L'inscription dans le temps :

Le temps est *“un organisateur fondamental qui permet à l'enfant d'organiser sa perception du monde, de son corps, de son environnement, d'agir et de penser”* (Albaret, a, p.253). Cet outil de compréhension du monde n'est pas une donnée innée, mais le fruit d'une construction progressive durant l'enfance lors des expériences sensorielles, motrices et relationnelles vécues.

Ainsi, comment la comptine soutient-elle l'intégration des composantes rythmiques, de durée et de narrativité dans le développement psychomoteur du bébé ?

1.1. Le rythme

Le rythme est d'après la définition Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) la *“répétition périodique d'un phénomène de nature physique, auditive ou visuelle”*, à la base de l'inscription du bébé dans le temps au cours de son développement.

1.1.1. Les rythmes in-utero

L'univers dans lequel baigne le fœtus est déjà un univers temporel fait de rythmes. Il éprouve les rythmes biologiques maternels : battements cardiaques, respiration, cycle digestif, alternance veille/sommeil. Mais également les rythmes issus de l'environnement social avec les interactions maternelles, vocales et corporelles qu'il peut percevoir. Dès la 20^{ème} semaine, l'ensemble du corps du fœtus réagit aux stimuli tactiles. Il peut entendre les sons à partir du 7^{ème} mois in-utero, particulièrement les graves et y répondre par des mouvements. Les structures anatomiques de l'audition sont formées et fonctionnelles dès la 20^{ème} semaine d'aménorrhée. (Albaret & Al, a, p.99)

1.1.2. Les rythmes à la naissance

Le nouveau-né découvre par la séparation des corps ses propres rythmes : biologique, relationnels, environnementaux, qui participent à la structuration globale de l'individu. Quatre facteurs essentiels vont l'inscrire dans une *temporalité vécue* :

- Les rythmes veille/sommeil et les cycles de vigilance ;
- Les cycles faim/satiété ;
- L'alternance inactivité/action ;
- Le rythme présence/absence de la mère et rythmes relationnels en général.

Potel parle d'un "temps sensoriel" au cours duquel la rythmicité des sensations est le premier facteur d'intégration temporelle. L'interaction avec l'environnement et les variations toniques accompagnant les changements d'état participent à cette intégration. Le bébé aura des difficultés à ressentir et à construire la sécurité de sa continuité corporelle si la détente procurée par les soins nourriciers ne s'installe pas. (Potel, p.121)

1.1.3. Rythmes et interaction

Le rythme est le premier outil du bébé pour découvrir le monde, il porte et transmet en lui les affects et la subjectivité.

Selon Gratier (2001) le parent et le bébé fabriquent un temps dans l'interaction dynamique, "*[...] se servant d'une pulsation rythmique pour anticiper mutuellement de chacun, et pour jouer avec le rythme*". Le rythme se co-construit dans l'interaction.

De plus, les interactions précoces ont des qualités quasi musicales (*Ibid.*) grâce à une certaine stabilité rythmique où le nouveau-né est compétent pour ressentir, exprimer et partager dans une intention et un style qui lui est propre face aux expressions des visages humains et vocalisations douces et rythmées. Cela favorise l'intersubjectivité où le bébé se sait être l'objet d'attention et devient attentif à cette attention. (Apter, p.54)

La répétition rythmique de séquences interactives, ou macro-rythme, permet l'habituation et l'anticipation, qui sécurisent le sentiment d'unité corporelle du bébé et structurent son psychisme. Mais il arrive qu'un écart rythmique du fait de la séparation des corps perturbe la routine créant un nouveau temps : celui de l'attente. Ce "micro-rythme" amène surprise et nouveauté. Il est bénéfique d'après Marcelli pour ne pas

enfermer le bébé et la relation dans la rigidité et contribue à la formation de son “*sentiment de continuité d’existence*” (Robert-Ouvray, 2015, p.42), notion développée par Winnicott.

Ainsi, les rythmes sont la toile de fond de la stabilité des relations et étayent la sécurité affective.

Certaines techniques du corps permettent une intégration rythmique très précoce chez le bébé. Par exemple, en Afrique, les femmes portent généralement leur bébé sur le dos à l’aide d’un pagne (Bril, 2008), ce qui favorise l’imprégnation précoce des rythmes. Il ressent dans ce corps à corps les battements cardiaques maternels, les mouvements de la marche, du travail, de la danse... Ce qui ne va pas sans réveiller une certaine mémoire corporelle d’un temps pas si lointain.

Progressivement, toutes ces expériences rythmiques vont concourir à l’intégration corporelle du temps, à sa perception et à son vécu subjectif : c’est la durée, que nous verrons plus loin.

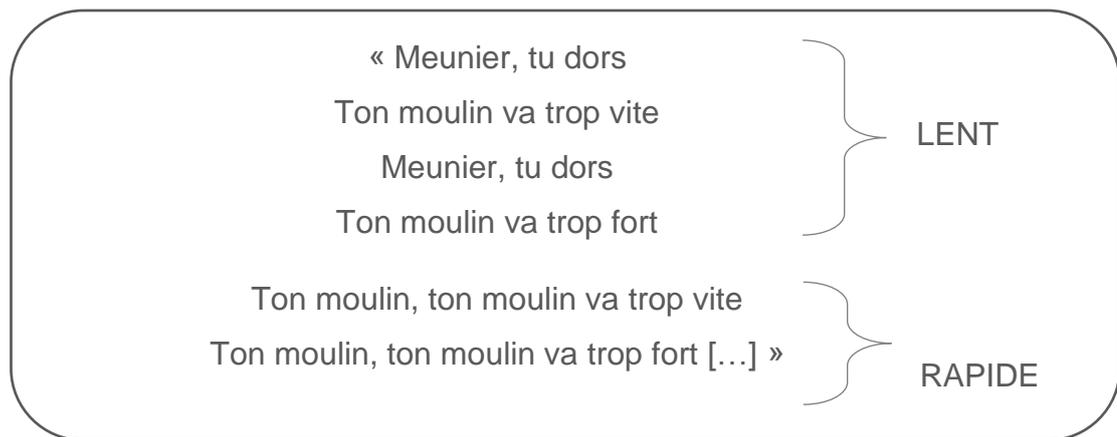
1.1.4. Le temps objectif et généalogique

La répétition rythmique permet l’inscription de l’enfant dans un temps cyclique, qui lui permettra plus tard d’intégrer des notions qui relèvent du temps social comme les secondes, les heures, les jours, les saisons qui reviennent inlassablement. Il pourra comprendre le passé, le présent, le futur et son inscription dans sa lignée généalogique et historique.

Cette inscription psychique témoigne d’une construction temporelle symbolique. (Albaret & Al, a, p.274)

1.1.5. Rythmes et comptines

La rythmique binaire de la comptine par des syllabes martelées, un tempo régulier, des sonorités répétitives, s’avère être sécurisante et structurante psychiquement pour le bébé selon la psychomotricienne P. Pavy. Toute comptine porte en elle des variations de rythmes avec des contrastes lent/rapide qui permettent l’introduction de l’imprévu, sans risque de désorganisation de l’enfant car il s’inscrit au sein d’une structure contenante.



Ainsi, le rythme de la comptine réintroduit les couples fondamentaux et premiers des rythmes humains : tension/détente, présence/absence et accélération/ralentissement. Le rythme tertiaire, identique aux rythmes biologiques cardiaque et respiratoire rappelle les sensations fœtales et procure un apaisement.

Le rythme de la comptine peut s'inscrire dans le corps par le biais des percussions corporelles : taper dans ses mains, sur ses cuisses etc, mais également par les vibrations vocales mettant en lien le dedans du corps avec sa surface.

1.2. La durée

En psychologie, la durée est "*l'expérience du temps subjectif, vécu par la conscience*" (CNRTL), caractérisée par un sentiment d'écoulement du temps lors d'un intervalle composé d'un début et d'une fin, ou séparant deux événements.

1.2.1. Dans le développement

Le bébé intègre les rythmes biologiques, émotionnels et interactionnels, soutendus par des modulations toniques, qui l'entourent. Ces rythmes donnent un tempo à sa vie et vont permettre un vécu de plus en plus subjectif du temps.

La répétition des gestes et mouvements par le bébé lui permettront de passer progressivement d'une motricité réflexe et involontaire à un motricité plus contrôlée et fine en suivant la maturation tonique : c'est le processus de régularisation. Mais aussi d'intégrer la temporalité du geste en tant que séquence motrice comportant un début et une fin où ces intervalles de contractions musculaires sont séparés de laps de temps variable d'immobilité (Albaret & Al, a, p.255). Ces expériences vont permettre peu à peu l'instauration d'une *temporalité perçue* chez l'enfant.

Brannon & Al ont démontré que très tôt, les bébés sont capables d'estimation du temps en repérant une irrégularité au sein d'intervalles temporels réguliers. Les psychologues en ont déduit la présence chez tout individu d'un mécanisme interne permettant de percevoir et d'évaluer avec précision les durées et l'ont métaphorisé sous le concept « d'horloge interne ». Pour S. Droit-Volet & Al, des mécanismes tels que les émotions et l'attention peuvent distordre notre perception du temps. Ainsi, la perception des durées est éminemment personnelle. (2016)

Mais ce temps vécu et perçu est foncièrement imprégné par le système temporel culturel dans lequel vit l'individu. Pour le sociologue B. Dantier « *le temps vécu et mis en œuvre varie systématiquement en fonction de la formation qu'on a reçue en tant qu'"occidental" ou "oriental" par exemple* ». (B. Dantier, p.5)

L'anthropologue E. T. Hall a décrit deux systèmes d'organisation du temps : celui « polychrome » où les individus sont engagés dans plusieurs actions, situations, relations à la fois et celui « monochrome » où les événements sont organisés en tant qu'unités séparées et sont traités un à la fois (*Ibid.*, p21). Ainsi, le rapport au temps varie d'un système à l'autre.

1.2.2. *Durée et comptine*

Chaque comptine a sa propre durée, son propre espace de temps et sa répétition va permettre son intégration subjective en passant par le corps, le sien, celui de la mère ou de tout autre personne.

1.3. La narration :

1.3.1. *Narration et interaction*

Les interactions vocales spontanées sont universellement composées d'une mélodie, d'un rythme et d'une narrativité (M. Gratier, 2001).

C. Trevarthen a mis en évidence la qualité narrative des échanges précoces spontanés entre la mère et l'enfant, constitués d'une dynamique tendant vers la réalisation d'un but et comportant un début, un dénouement et une fin.

Les « structures proto-narratives » décrites par D. Stern au sein de l'interaction vocale entre la mère et son enfant comme porteuse d'un sens, sont caractérisées par

une montée progressive de l'énergie ou de la motivation, puis d'une descente progressive. Ces « phrases » commencent et se terminent par un accent fort ou par un allongement final, ou « contour de vitalité », et sont encadrées le plus souvent par de courtes pauses (M. Gratier, 2009). Ainsi, la mise en tension suivie d'un relâchement est à la base d'une régulation des états de vigilance, du vécu affectif et de l'attention du bébé.

Dès le deuxième mois, le bébé prend part à ces "épisodes narratifs" en co-construisant la courbe de tension narrative (M. Gratier, 2015). Il possède en effet des prédispositions « proto-musicales » qui lui permettent d'accéder musicalement au sens affectif et narratif des verbalisations maternelles. Cela soutient un double lien d'attachement : aux adultes et à la culture d'origine empreinte dans la voix maternelle.

1.3.2. Narration et comptines

La comptine nous narre une histoire. C. Trevarthen a souligné la narrativité intrinsèque aux chants traditionnels pour bébé. (M. Gratier, 2001)

Durant l'atelier comptine au foyer maternel, j'observe Mme D. les yeux plongés dans ceux de son fils de deux semaines, confortablement blotti dans ses bras. Elle lui chante d'une voix douce les paroles de la comptine en le berçant, puis par moment s'arrête, alors il bouge un bras, ferme les yeux ou ouvre la bouche.

Les alternances rythmiques entre mère et bébé permettent de maintenir la tension narrative de leur échange dans une synchronie. Les émotions sont partagées et continuellement réajustées dans un mouvement de co-construction entre les deux partenaires du système dyadique.

« Lorsque la mère parle à son bébé, elle met en place des espaces sonores pour inciter le bébé à vocaliser à son tour » (Ibid.). Ces contenants ou enveloppes subjectives permettraient selon C. Trevarthen « d'échanger des états subjectifs, dynamiques, des émotions ainsi que des idées, des perceptions et des représentations. » (Ibid.)

Ainsi, le temps est un organisateur psychocorporel dans son étayage au sensori-moteur et au psychique de l'individu. Qu'en est-il de l'espace ?

2. L'inscription dans l'espace :

L'espace est un cadre référentiel dans lequel l'enfant va apprendre à se repérer, à se mouvoir et à organiser ses mouvements à partir de la projection des données de son référentiel spatial interne.

La perception de l'espace s'enracine dans le *corps propre*, « *corps organique en tant qu'il est perçu par le moi de manière originaire (dans l'instant) associé au psychique qui s'y incarne* » (Albaret & Al, a, p.203). Son rôle est primordial selon Husserl, et cette inscription dépend de l'équipement neuro-moteur et neuro-sensoriel de l'enfant, mais aussi de ses expériences et de la qualité de son développement psycho-affectif. (*Ibid.*, p.248)

2.1. La construction d'un espace propre : vers un espace à soi

Selon J. M. Gauthier « *l'enjeu du développement pour l'enfant est l'appropriation de son propre corps* » (C. Potel, p.131).

2.1.1. Dedans, dehors

Le sentiment d'être à l'intérieur de soi, d'avoir un espace interne, un soi différencié d'un non-soi n'est pas inné mais le fruit d'un long processus qui s'enracine dans la délimitation opérée par les premières enveloppes, puis par la conscience d'un soi limité et unifié.

Dans l'ontogenèse, le premier espace où se développe l'embryon est un milieu aqueux spacieux, l'espace utérin. Progressivement, la paroi utérine se resserre autour du fœtus qui grandit à l'intérieur, et va constituer une première enveloppe contenante et stimulante tactilement, particulièrement au niveau du dos.

O. Marc considère la naissance comme un « démoulage » (G. Haag, 1988, p.3) dont l'arrivée dans l'espace de la pesanteur, la perte de l'enveloppe utérine et de l'appuis dos, produisent un effet de dépouillement pour le bébé. La sensation-sentiment de sécurité du nouveau-né pourra être retrouvée lors des contacts enveloppant des moments de *holding* et *handling*. Ils parent aux sensations de morcellement, de démantèlement, de liquéfaction, sources de nombreuses angoisses. Ces contacts unifient les sensations du bébé vécues « en mosaïque » du fait du traitement individuel des différentes modalités sensorielles.

Les soins corporels ont une fonction « séparatrice » et permettront au bébé « *de se sentir progressivement comme un ensemble d'éléments cohérents et contenus* » (C. Ourghanlian). Par l'intégration de ses limites corporelles externes, le bébé pourra sortir des relations primaires fusionnelles avec sa mère pour s'approprier son corps et faire advenir un premier sentiment d'identité corporelle.

Il ressentira son corps comme un volume au fil des expériences sensorielles internes et externes, telle une enveloppe contenant.

2.1.2. Contenant, contenu

2.1.2.1. L'enveloppe tactile

D. Anzieu a énoncé que « *Par rapport à tous les autres registres sensoriels, le tactile possède une caractéristique distinctive qui le met non seulement à l'origine du psychisme, mais qui lui permet de fournir à celui-ci, en permanence, quelque chose qu'on peut aussi bien appeler le fond mental, la toile de fond sur laquelle les contenus psychiques s'inscrivent comme figure, ou encore l'enveloppe contenant qui fait que l'appareil psychique devient susceptible d'avoir des contenus* ». (G. Haag, 1988, p.14)

Les contacts tactiles, particulièrement ceux du dos du bébé, préfigurent la présence d'un arrière-plan corporel qui étaye l'émergence du psychisme, soit le « Moi-peau », suite à l'intégration de l'enveloppe corporelle comme interface, limite entre le dedans et le dehors. Les comptines qui se jouent sur le corps de l'enfant, comme « je fais le tour de ma maison » ont une fonction séparatrice et défusionnelle :

« Je fais le tour de ma maison :

Je fais le tour de mon jardin (faire le tour du visage avec un doigt)

Je descends l'escalier (descendre le doigt le long du nez)

J'appuie sur la sonnette (appuyer sur le bout du nez)

Bonjour papa (appuyer sur une joue)

Bonjour maman (appuyer sur l'autre joue)

Je m'essuie les pieds sur le paillason (frotter le dessous du nez)

Et je rentre dans la maison (mettre le doigt sur la bouche)

Et je donne un tour de clé. »

Par l'investissement de la peau du bébé, les comptines « *mettent des limites au corps, posent des frontières, disent qui est qui et posent clairement les règles des jeux œdipiens futurs. Elles sont des invitations à l'imitation, à la répétition, à l'édification du Moi et du Self par la découverte de soi et de l'autre.* », (P. Ben Soussan, 2001).

Les comptines proposent une véritable comodalité sensorielle, le bébé reçoit des informations proprioceptives par la stimulation du sens vestibulaire lors des balancements, du tactile, de l'auditif et du visuel. Les jeux sur le corps de l'enfant, à l'instar des rites conservés dans certaines sociétés tels que les massages, les portages et bercements, éveillent l'enfant à la perception de son corps propre dans le plaisir de la relation.

Aussi, elles « *participent à l'élaboration du schéma corporel et de l'image de soi* » (Ibid.). D'après P. Pavy, « *en associant le contact des parties corporelles avec la verbalisation, l'enfant apprend à mieux connaître, percevoir et se représenter son corps* ». Le schéma corporel « *est une organisation du corps, un corps construit comme une entité et non pas comme une somme de parties dissociées et ajoutées les unes aux autres* » d'après C. Potel (p.136).

F. Dolto a nommé « *image du corps* », ou « *image de soi* », « *[...] la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles* ».

« *[...] C'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente. Dans le temps actuel, se répète toujours en filigrane quelque chose d'une relation du temps passé* » (Albaret & Al, b, p111). Des expériences relationnelles précoces dépendra le sentiment d'être en sécurité dans son propre corps, en soit des assises narcissiques du bébé.

Lorsque Mme D. porte et berce son jeune enfant, en fredonnant un air musical, les regards mutuellement absorbés, ce n'est pas seulement l'enveloppement tactile qui vient ici délimiter et donner une première spatialisation corporelle du bébé.

2.1.2.2. L'enveloppe sonore

La voix maternelle accompagne l'enfant depuis son origine et peut être considérée comme un second berceau pour l'enfant, mais également comme un miroir sonore.

« Avant que le regard et le sourire de la mère qui le nourrit et le soigne ne renvoient à l'enfant une image de lui qui lui soit visuellement perceptible et qu'il intériorise pour renforcer son Soi et ébaucher son Moi, le bain mélodique (la voix de la mère, ses chansons, la musique qu'elle fait écouter) met à sa disposition un premier miroir sonore dont il use d'abord par ses cris (que la voix maternelle apaise en réponse), puis par son gazouillis, enfin par ses jeux d'articulation phonématique » énonce D. Anzieu. Ainsi, comme le souligne E. Lecourt, le bain sonore est un élément fondamental pour introduire le nourrisson dans l'univers humain, espace social et relationnel. (Cárdenas de Espasandín)

L'enveloppe sonore permet la perception de différents espaces :

- Sophie Hiéronimus, psychomotricienne, nous rappelle que « *la vibration aide à la perception d'un corps "habité", d'un dedans et d'une enveloppe du corps.* » (Albaret & Al, b, p.425). Par ses propres vocalisations, le bébé stimule la perception d'un corps en volume, qui se remplit et se vide, et qui est supporté par une armature osseuse très sensible aux vibrations.
- L'espace du soi et du non-soi en discriminant progressivement les sons qui viennent de soi, de ceux qui viennent de l'autre dans l'échange sonore.

2.1.2.3. L'enveloppe visuelle

Le regard enveloppant de la mère adressé à son bébé lui procure une première image unifiée de son corps, ce regard est le premier miroir pour l'enfant de ses propres états affectifs. Le regard est un acte affectif porteur d'une relation à l'autre et à soi-même où « *l'enfant, en contemplant ce visage d'amour de sa mère se structure, se sent entier, se rencontre avec lui-même* ». (M. Piot)

Ainsi, la comptine éveille la sensorialité du bébé et répond à ses besoins « *d'une contention physique et d'un regard maternant pénétrant et présent ainsi qu'une enveloppe sonore unificatrice pour créer un axe psychomoteur.* » (Albaret & Al, a, p.193)

2.2. La construction d'un espace externe

2.2.1. Je bouge donc (je sais où) je suis

Les réflexes archaïques signent la fonctionnalité du système nerveux central et sont indispensables au bon développement psychomoteur du nourrisson.

Bullinger a décrit deux groupes de postures réflexes, qui sont des « *mises en forme du corps* » constituant un répertoire des schèmes moteurs de base :

- Les postures **symétriques** de protection de l'organisme qui sont des réactions de défense, telles que l'hypotonie axiale et l'hypertonie périphérique, renforcent la conscience de l'espace oral. « *La bouche, premier instrument à disposition du bébé, va capturer les objets à sa portée (les mains par exemple)* », pour constituer selon A. Bullinger un des premiers espaces de l'enfant. (Bullinger, 2007)
- Les postures **asymétriques** permettent au nourrisson de s'orienter vers les objets de son milieu, comme le réflexe tonique asymétrique du cou ou réflexe de l'escrimeur. Le nouveau-né expérimente l'espace gauche et l'espace droit de manière dissociés. Le relais par la bouche et la rotation du corps unifie ces deux espaces pour créer l'espace de préhension « *où les mains peuvent jouer des rôles instrumentaux complémentaires.* » (Ibid.)

Toute posture met en jeu un certain niveau de tonicité, décrite par S. Robert-Ouvray (2010) comme « *un ensemble vibratoire corporel qui met le sujet en rapport avec son espace interne et avec l'espace externe. C'est un élément limite entre l'espace corporel et l'espace psychique de l'être humain* », les deux étant indissociables.

Par ces premiers mouvements réflexes, l'enfant prend conscience de l'espace extérieur environnant. Ainsi, « *C'est par l'appropriation subjective de son corps - avoir un corps qui devient de plus en plus autonome et au service du désir, de la découverte, des expériences et de la curiosité - que l'enfant prend possession de lui-même. En d'autres termes, qu'il devient sujet de son désir, être vivant, différencié et séparé.* » (C. Potel, p.79)

2.2.1.1. Les comptines à gestes

Très tôt le bébé est capable d'imiter les gestes, ou praxie, en direct. Nous pouvons le constater lors des jeux de mains où des bébés essayent de maintenir leurs mains devant leur champ de vision.

Plus tard, vers 18-24 mois, l'enfant peut se détacher du modèle et reproduire des gestes de mémoire pour les utiliser lors de jeux symboliques : c'est l'imitation différée, qui signe l'acquisition de la permanence de l'objet. Selon J. Piaget, l'imitation différée est à la source de l'émergence du langage.

Tourne tourne petit moulin (*la main droite tourne autour de la main gauche*)

Frappent frappent petites mains (*on tape dans les mains*)

Vole vole petit oiseau (*les mains en l'air miment le vol*)

Nage nage petit poisson (*les deux mains jointes miment la nage d'un poisson*)

Petit moulin a bien tourné (*la main droite tourne autour de la main gauche*)

Petites mains ont bien frappé (*on tape dans les mains*)

Petit oiseau a bien volé (*les mains en l'air miment le vol*)

Petit poisson a bien nagé (*les deux mains jointes miment la nage d'un poisson*)

Dans la comptine 'Tourne tourne petit moulin', « *le même geste se répète durant toute la phrase au rythme de la pulsation égale comme l'arabesque dans la danse (ici une danse de mains), il dessine et mesure dans l'espace la durée de la phrase* ». Ici, A. Bustarret nous rappelle l'indissociabilité de l'espace et du temps (Ben Soussan, p.45).

L'association du geste avec le rythme permet sa maîtrise et son contrôle au fil des répétitions. Le symbolisme associé procure le plaisir du geste tout en soutenant les coordinations motrices, qui sont la combinaison de contractions des muscles afin d'atteindre un but. L'utilisation des yeux et des mains simultanément fait appel à la coordination oculo-manuelle, et celle des deux mains en même temps à la coordination bimanuelle, ici mises en jeu.

Ainsi, les comptines sont des expériences sensori-motrices « *qui vont permettre à l'enfant "d'entrer dans l'espace", de l'investir, d'y trouver place, de l'habiter, d'organiser son corps et de l'expérimenter dans un espace à trois dimensions, de façon très concrète et subtile* » (C. Potel, p.133).

Les comptines sont des invitations à découvrir l'espace tridimensionnel mais également l'espace imaginaire par la narration d'histoires aux sonorités d'ici et d'ailleurs.

2.2.2. La comptine pour tisser des ponts

Les comptines sont mi-chantées, mi-parlées, héritées et actuelles, elles se situent dans le monde de l'entre deux : entre l'intime et le social, entre le privé et le public, entre le corps du parent et celui du bébé.

Pour C. Blouin et C. M. Pylouster « *La comptine est donc un espace relationnel et transitionnel rythmé par le langage et les gestes répétitifs, ce qui permet de médiatiser le "corps à corps" entre l'adulte et l'enfant [...]* ». (2011)

Winnicott a décrit "*l'aire intermédiaire d'expérience*", un espace qui n'est ni moi ni non-moi, ni dedans ni dehors. Un espace transitionnel qui permet à l'enfant, séparé de sa mère ou avec elle, de pouvoir maintenir une continuité d'être.

Pour F. Dolto, « *le véritable élément transitionnel pour l'enfant, ce sont les mots* », d'abord ceux des adultes qui l'entourent, puis les siens (L. Catteeuw). La comptine peut au travers de ses mots, de ses rythmes, de ses gestes, de ses langues, parler de voyages, de paysages, d'ambiance d'un continent puis d'un autre.

Outre la médiation entre les corps, la comptine permet également de faire des ponts entre l'ici et l'ailleurs, et facilite le « métissage » entre la culture d'origine, culture d'accueil et la culture de cœur. Elle ouvre des passages, des ponts entre les époques, les histoires, les individus et leurs mondes.

Passeuse d'histoire, la comptine transmet un patrimoine culturel que chacun-e s'approprié de façon singulière. Comme A. L. Ferté l'affirme : « *il ne peut y avoir de culture s'il n'y a eu transmission de génération en génération ; autrement dit : les notions de culture et de transmission sont indissociables l'une de l'autre.* » (2018)

La comptine permet au parent de transmettre sa culture d'origine, « *en retrouvant le plaisir du lien dyadique, en renouant avec leurs origines et en se reconnectant à l'enfant qu'elles ont été, les jeunes mères peuvent alors s'identifier à leur bébé, avoir plaisir à transmettre ces chants qui les ont elles-mêmes bercées, ou bien s'en approprier d'autres* ». (B. Borsoni & Al).

Ainsi, selon D. Anzieu, « *la re-crédation d'une aire transitionnelle est la condition nécessaire (mais non suffisante) pour permettre à un individu, à un groupe de retrouver sa confiance dans sa propre continuité, dans sa capacité d'établir des liens, entre lui-même, le monde, les autres, dans sa faculté de jouer, de symboliser, de penser, de créer.* » (M. F. Zérolo). Aussi, nous pourrions dire que c'est pour la mère un moyen de (re)prendre confiance dans sa capacité à être « *la mère ordinaire normalement dévouée* » (Winnicott, 1992). Comme le précise P. Marpeau et J. M. Lépinay : « *parmi les figures positives de la maternité portées par les représentations culturelles de façon universelle, le partage des berceuses, chansonnettes et comptines avec le bébé soutient l'imaginaire d'un "mère suffisamment bonne", capable d'assurer à son enfant une inscription dans une transmission intergénérationnelle.* » (2018)

Le dialogue tonique permet de tisser des ponts, d'une personne à l'autre.

3. Tonus et relation

Les variations toniques que le bébé éprouve sont essentielles à son bon développement psychomoteur, permettant un équilibre musculaire entre fléchisseurs et extenseurs, mais également la communication avec l'entourage.

La comptine encourage ces variations par les divers actes moteurs qu'elle propose et par la charge émotionnelle qu'elle transmet.

3.1. L'intégration de l'axe corporel pour découvrir le monde

3.1.1. Le mouvement d'axialité

L'axe corporel s'édifie principalement sur la base des sensations internes de « *l'axe vertébral, le rachis, qui se propose comme l'élément référent qui met de l'ordre dans le corps (rassemblement et axialité) et fonde la loi corporelle (devant-derrrière, gauche-droite)* ». (S. Robert-Ouvray, 2010)

A la naissance, les muscles fléchisseurs et les extenseurs de la colonne vertébrale sont dans un équilibre hypotonique qui ne permet pas les mouvements volontaires du tronc et de la tête. Progressivement, si le développement psychomoteur n'est pas entravé, les muscles paravertébraux gagnent en tonicité et deviennent un haubanage à la colonne vertébrale, la stabilisant.

D'autres muscles, plus superficiels participent aux mouvements symétriques du bébé comme attraper ses mains et les amener devant ses yeux, s'enrouler et saisir ses pieds avec ses mains. « *L'accès à la symétrie prépare l'accès à la torsion qui advient après le sixième mois* », mouvement qui met en relation motrice des parties opposées du corps par l'intermédiaire du tronc. (Robert-Ouvray, 2010)

Les mouvements de l'axe qui s'établissent dans les trois plans de l'espace permettent l'orientation des trois sphères corporelles : le crâne pour la sensorialité, le thorax pour l'activité des membres supérieurs et le bassin pour la locomotion.

L'intégration psychique de l'axe corporel est concomitante à l'intégration d'un appui solide interne, support d'une stabilité affective primaire narcissique et de la capacité à tenir seul dans son espace psychique : en ce sens nous pouvons parler d'axe psychomoteur. « *L'axe psychomoteur se construit dans la sécurité affective.* » (Albaret & Al, a, p.195)

L'enchaînement des postures de flexion, extension, rotation et torsion s'appuie sur un état tonique fluctuant, dont sa modulation est dépendante : du niveau de vigilance du bébé, des flux sensoriels (un flux est constitué par une source qui émet de manière continue et orientée un agent susceptible d'irriter une surface, le capteur), du milieu humain par le dialogue tonique et des « protoreprésentations » qui apparaissent à l'enfant engagé dans l'action. (Bullinger, p.143)

3.1.2. Dans la comptine

Je suis dans la salle d'activité du Foyer Maternel avec Fania, 12 mois. Je chante la comptine "bateau sur l'eau" alors Fania me regarde fixement, puis retourne à ses manipulations. Je continue de chanter, je l'entends reprendre la mélodie en écho, je lui demande "tu chantes Fania ?". Elle se retourne, me sourit et pousse un cri de jubilation. Je lui propose de venir sur mes genoux pour "faire le bateau en vrai". Alors, nous nous balançons au rythme de la comptine de gauche à droite. Nous chantons

ensemble et après la surprise de la fin (« plouf dans l'eau ») elle rentame spontanément l'air de la chanson que nous répétons plusieurs fois.

Plus tard, elle joue à pousser un petit chariot lui permettant de se stabiliser en position debout, puis se met dans le chariot. Nous débutons alors un jeu où je la pousse puis la ramène vers moi, cela crée un mouvement de balancement auquel j'ajoute le balancement de mon corps en miroir et la comptine "bateau sur l'eau". Fania s'accroche au charriot pour tenir solidement sur ses appuis, elle me regarde, sourit et me dit un mot qui semble être "encore". Je la regarde et lui dis "encore ?" en faisant le geste associé en langue des signes française (LSF), elle fait oui de la tête et signe "encore" avec ses mains.

M. Jousse, est un anthropologue qui a étudié la transmission des savoir-faire dans les cultures orales, et a observé que les comptines, entre autres, se présentent le plus souvent selon un « *principe de balancement symétrique qui se résout dans une proposition qui fait figure d'axe* ». (Albaret & Al, b, p.42)

Ainsi, dans ce balancement du corps, Fania explore les deux hémichamps latéraux et le retour dans l'axe soutient son instauration « *à partir d'un rassemblement de deux hémicorps, reliés aux deux moitiés de l'espace* » (*Ibid.*). La sensibilité des muscles et des articulations, ou proprioception, nourrit le sentiment d'exister et la connaissance de son corps sensible en relation avec l'environnement. (S. Robert-Ouvray, p34)

Tonus et proprioception sont intimement liés aux émotions.

3.2. L'accord des corps dans le corps à corps

3.2.1. Le dialogue tonique

Le dialogue tonique est le mode de communication privilégié entre la mère et son bébé, il s'étaye sur leurs postures, mouvements, vibrations corporelles, tensions et détentes qui peuvent affecter l'un et l'autre.

L'émotion, du latin *ex*, en dehors, et *movere*, mettre en mouvement, est ce qui sort d'une personne pour s'exprimer à la face du monde au travers de composantes physiologiques : rythme cardiaque, respiration, sudation, tonicité musculaire et tension gestuelle, et comportementales : prosodie, expression et mimique du visage. Par l'interaction des corps, le bébé est qualifié d'« *herméneute* » par J. Laplanche : il peut interpréter et traduire l'émotionnalité de son ou ses partenaires. (Bachollet, Marcelli)

Le dialogue tonique est le moyen privilégié de régulation tonique du tout petit qui n'a pas la capacité de les réguler lui-même au début de sa vie. La mère joue « *le rôle de pôle hypotonique pour assurer l'équilibre avec l'hypertonie réactive du bébé [...]* » et éviter les crispations hypertoniques. (S. Robert-Ouvray, 2015, p.41)

« *Ces dialogues toniques sont basés sur des échanges corporels mais également sur des sonorités langagières* » souligne S. Robert-Ouvray. (Ibid., p.36)

3.2.2. En comptine

« *Ses mots, sa musique, sa couleur émotionnelle sont ancrés au plus profond de nous et peuvent ressurgir des années plus tard alors que l'on croyait l'avoir oubliée. On la chantera ainsi à notre tour à notre propre enfant, avec toute l'intensité de l'émotion d'antan retrouvée.* » (C. Blouin et C. M. Pylouster)

<u>Uélé moliba makasi,</u>	
<u>En lingala (Congo)</u>	
Olélé olélé moliba makasi (bis)	Oya oya
Luka luka	Yakara a
mboka na yé (bis)	Oya oya
Mboka mboka Kasai	Konguidja a
Eeo ee eeo Benguela aya (bis)	Oya oya

La langue maternelle est celle des sentiments, des émotions et des affects. La modulation de la voix maternelle et de son tonus au cours de la comptine permettent qu'« *au-delà du sens littéral des mots, ce sont l'intonation de la voix, le rythme des syllabes (mi-chantées, mi-parlées) et les gestes, transmis de génération en génération, qui leur donnent leur pouvoir d'échange et d'émotion.* » (Ben Soussan)

« *L'enfant, par le canal de la voix, ressent avant même de comprendre, les couleurs émotionnelles du discours langagier* » (Albaret & Al, a, p.279) par l'intermédiaire du dialogue tonico-émotionnel. Bachollet et Marcelli parlent même d'un « *dialogue tonico-prosodico-mimo-émotionnel* » pour parler de l'ensemble cohérent entre tonus, voix, mimique et émotions, qui participe à l'émergence d'un sens compréhensible par le bébé et au maintien de l'interaction.

Ainsi, lors de la comptine la mère « *ajuste spontanément l'intonation, le volume, la dynamique, le rythme, pour se mettre au diapason de la tonicité et de l'état émotionnel du bébé à qui elle est adressée.* » (B. Borsoni et al). Tonus et émotion s'accordent dans un langage corporel propice à l'échange et à la relation.

Partie 3 :

Théorico -clinique

Nous allons aborder dans cette dernière partie comment la comptine peut être utilisée en psychomotricité pour répondre aux besoins des dyades mère-bébé en difficulté, d'abord dans le cadre d'un stage expérimental en foyer maternel, puis au sein d'un atelier transculturel mère-bébé.

*« [...] Il dit : Je suis de là-bas. Je suis d'ici
et je ne suis pas là-bas ni ici.
J'ai deux noms qui se rencontrent et se séparent,
deux langues, mais j'ai oublié laquelle était
celle de mes rêves. »*

*Mahmoud Darwich, CONTREPOINT,
[Pour Edward Saïd]*

A. La comptine au foyer maternel :

1. Le foyer maternel :

1.1. Présentation générale :

Le foyer maternel où je suis en stage est un établissement médico-social départemental géré par le Centre Communal d'Action Sociale et dépend de l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E). Il accueille des femmes enceintes ou avec enfant(s), ses missions sont les suivantes :

- Prévention autour de la grossesse et l'accompagnement de la petite enfance, la prévention de la maltraitance et de la rupture du lien parental, et l'évaluation de la relation mère-enfant ;
- Protection de l'enfance ;
- Insertion des femmes accueillies en difficulté social, économique, administrative et familiale pour certaines.

Plusieurs objectifs ont été définis par l'établissement. Tout d'abord, proposer un hébergement et un accueil sécurisant, apaisant et adapté à chaque famille. Également, rompre avec l'isolement en favorisant le maintien ou la restauration du lien social. Aussi, de favoriser la prise de conscience des difficultés sociales et psychologiques des familles et mobiliser leurs compétences. Puis favoriser le bien être, l'épanouissement et l'éveil des enfants, soutenir les familles dans leur fonction parentale et enfin accompagner les familles vers l'autonomie en favorisant la réalisation de leurs projets.

Pour répondre à ces mission et objectifs, une équipe pluridisciplinaire est présente sur place, composée :

- D'une équipe médico-psycho-sociale avec un pédiatre, une infirmière, une psychiatre, une psychologue et une assistante sociale ;
- D'une équipe éducative avec : des éducat·eurs·rices spécialisé·es, une Educatrice jeunes enfants (EJE) ;
- D'un pôle administratif ;
- D'un pôle de service-hygiène-sécurité.

1.2. Population accueillie

Le foyer maternel a une capacité d'accueil de 32 familles en studios individuels. Il reçoit des femmes enceintes et des mères majeures isolées, avec un ou plusieurs enfants à charge, dont un âgé de moins de 3 ans. En 2017, l'âge moyen des femmes accueillies était de 27 ans, et celui des enfants 34 mois, de nationalité française pour 40% et hors Europe pour 60% des familles. Les principaux motifs d'admissions sont les victimes de violences conjugales, la prévention du lien mère-enfant, l'isolement social, familial, une situation de précarité, une situation administrative irrégulière.

La demande d'admission est établie par la Maison Départementale des Solidarités et de l'Insertion (MDSI) ou d'un service partenaire du Conseil Départemental. Dans un second temps, le dossier est étudié dans le cadre d'une commission d'admission interne composée de professionnel-le-s représentant l'équipe éducative, médico-psycho-sociale et directive.

L'établissement re-crée une enveloppe contenant et sécurisante dans laquelle les familles exilées peuvent retrouver des repères qui favoriseront le lien mère-enfant et le développement de l'enfant.

2. Le stage expérimental

2.1. Définition

Un stage expérimental est un stage qui s'effectue dans une structure qui ne comporte pas de psychomotricien au sein de son équipe. Je suis présente dans la structure un jour par semaine, de fin octobre 2019 à fin mars 2020. Sur place, je suis supervisée par le cadre socio-éducatif et à l'extérieur de l'établissement par une psychomotricienne diplômée depuis plus de 3 ans.

L'objectif de ce stage est d'apporter un regard supplémentaire au sein de l'équipe professionnelle et de proposer des pistes de réflexion et d'action concernant une pratique psychomotrice au sein d'un foyer maternel, intégrées aux objectifs communs.

C'est dans cette optique que j'ai réalisé mon projet de stage.

2.2. Le projet de stage

2.2.1. La période d'observation

Du 31 octobre au 19 décembre 2019, j'ai découvert durant cette période le projet d'établissement du foyer maternel, le rôle des différents professionnels, et j'ai pu observer certains besoins concernant la population accueillie.

Pour ce faire, je me suis placée dans le bureau d'accueil, lieu de passage afin de rendre mon visage familier. C'est un lieu qui m'a permis de rencontrer les mères et leurs enfants, de me présenter, d'écouter leurs problématiques et demandes. J'ai aussi pu observer des scènes interactives entre la mère et son enfant, également certaines compétences psychomotrices de ces derniers. Des affiches ont été collées dans les couloirs me présentant. Je suis allée à la rencontre des différent-e-s professionnel-le-s pour discuter de leurs champs de compétences et répondre à leurs questionnements concernant ma pratique. J'ai également assisté à des réunions d'équipes, aux "réunions des familles" et participé aux ateliers organisés par l'EJE.

Durant cette période, j'ai pu construire une réflexion sur la place d'un-e psychomotricien-ne au sein du foyer maternel, en me basant sur les objectifs institutionnels, les projets des différentes équipes professionnelles et mes observations cliniques.

J'ai pu identifier certaines problématiques telles que :

- Un isolement des dyades : la majorité des familles sont en situation d'isolement social et n'ont que très peu de contact avec l'extérieur du foyer. Je me suis questionnée sur le risque d'enfermement dans la relation duelle entre la mère et l'enfant, et sur l'émergence d'une autonomie et individualité du bébé dans ce contexte-là.
- La difficulté à reconnaître les besoins du bébé, à les décoder, et à y répondre de manière ajustée. Ce sont des mères qui ont besoin d'être accompagnées et soutenues dans leur fonction maternelle.
- Ce sont des femmes préoccupées par leurs conditions économique et administrative, dont le stress peut entraver leur disponibilité dans la relation avec leur enfant. Aussi, elles n'ont souvent que très peu de temps pour elle.

2.2.2. Elaboration du projet :

L'enjeu a été pour moi de construire un projet prenant en compte les objectifs institutionnels et les possibilités qu'offrent le lieu, ainsi que la demande des familles.

2.2.2.1. La demande :

N'ayant pas de psychomotricien·ne dans cette institution, mon objectif a été de faire émerger une demande de la part des familles.

Pour ce faire, j'ai commencé par afficher des plaquettes dans les couloirs du foyer maternel présentant succinctement ce qu'il pourrait être proposé en séance de psychomotricité (annexe n°1). Cela leur a aussi été présenté oralement en face à face lorsque je les croisais. J'ai organisé deux réunions de présentation, le 12 et 19 décembre, en les prévenant par un message dans leur boîte aux lettres une semaine avant et par un sms de rappel le jour même. L'objectif était de prendre un temps de discussion pour faire plus ample connaissance, présenter la profession, et recueillir leurs besoins et attentes concernant ma place de stagiaire.

2.2.2.2. Les objectifs :

Progressivement, les objectifs de mon projet de stage se sont affinés autour d'un travail **préventif** :

- Valoriser la fonction maternelle et soutenir la construction du lien mère-enfant ;
- Stimuler et étayer le déploiement des fonctions psychomotrices de l'enfant ;
- Faire office de tiers dans la relation duelle.

En effet la psychomotricité peut intervenir auprès du très jeune enfant en plein développement dans une visée **éducative** et **préventive**.

Elle peut aussi intervenir auprès de personne afin de soutenir et relancer leurs fonctions psychomotrices au travers de **rééducations psychomotrices**, après la passation d'un bilan évaluant les compétences et difficultés.

Les **thérapies psychomotrices** vont permettre l'inscription des fondamentaux psychomoteurs dans un registre symbolique, soutenir la structuration de l'identité et du sentiment de sécurité interne grâce à l'utilisation de supports expressifs. L'outil principal du thérapeute est la qualité du lien relationnel avec son ou sa patient·e, ce qu'il se joue dans le dialogue tonico-émotionnel et au travers des "langages du corps". (Potel, p.310)

2.2.3. L'atelier bien-être :

L'équipe a manifesté le souhait de poursuivre les ateliers "bien-être" instaurés par les stagiaires précédentes face aux nombreux bénéfices constatés.

Cependant, la demande des résidentes a été de faire des séances en individuel, contrairement aux années précédentes où l'atelier se faisait en groupe.

C'est ainsi que le cadre de l'atelier s'est modifié en séances individuelles. Chaque début de prise en soin débute par un temps de discussion qui prend la forme d'un entretien semi-directif au cours duquel je cherche à créer un climat de confiance. Mes questions sont ouvertes et générales, ce qui laisse le choix aux femmes sur les éléments de leur histoire qu'elles souhaitent me livrer. Très souvent, cela sert de point de départ à l'évocation de l'histoire personnelle.

Les rendez-vous sont fixés d'une semaine sur l'autre et durent 45 min. Ils ont lieu dans l'infirmerie, où j'installe une table de massage et je baisse la luminosité. A chaque début de séance, les femmes ont le choix entre un massage ou une relaxation par training autogène ou méthode Schultz (annexe n°2).

Les massages se font par l'intermédiaire d'objets médiateurs comme des balles à picots, balles et tennis et ballon peau d'éléphant, durant lesquelles je leur propose de faire des associations d'idées. L'objectif est d'alimenter les liens entre le corps réel et le corps imaginaire tout en nourrissant le schéma corporel et l'image du corps.

Mme G est enceinte de 7 mois. Elle est inquiète car sa grossesse est, comme la précédente, à risque d'accouchement prématuré. Au début de la séance, les traits marqués sur son visage traduisent sa fatigue. Elle commence par me parler de son malaise vagal survenu la veille. Je l'invite à visualiser le trajet de la balle sur son dos, mais aucune image ne lui parvient. Puis, après un certain temps elle déclare d'une voix douce et apaisée : "Je vois un monde de paix. Les murs sont blancs et...il n'y a aucune tâche noire".

Le toucher thérapeutique permet ici grâce à un cadre contenant et à la relation établie dans cet espace de soutenir la restauration de l'enveloppe corporelle et psychique renforçant l'unité somatopsychique.

Chaque séance se termine par un temps de verbalisation des ressentis afin d'enrichir la capacité à exprimer ses affects et ressentir son corps, qui sont interdépendantes. (S. Robert-Ouvray, 2010).

Nous avons proposé avec l'Educatrice de Jeunes Enfants deux "journées bien-être" durant les vacances de février où j'ai animé des séances groupales de yoga, de "do-in automassage" et de relaxation Schultz.

2.2.4. L'atelier "Grandir en comptine et lecture enfantine"

A la suite de nos observations et réflexions avec la stagiaire Educatrice de Jeunes Enfants, nous avons mis en place cet atelier hebdomadaire après validation du cadre socio-éducatif et présentation du projet en réunion d'équipe. C'est un groupe ouvert, qui accueille les mères et leurs enfants de tout âge. Il nous semblait important d'être deux afin de garantir un cadre sécurisant et de nous répartir les postures d'animatrice et d'observatrice.

2.2.4.1. Cadre de l'atelier :

Le cadre thérapeutique est ce qui structure l'espace de soin.

Il contient des règles immuables, c'est le cadre référentiel externe ou physique (horaires fixes, durée, lieu...), et des règles souples, c'est le cadre référentiel interne ou psychique (qui dépend de la sensibilité et personnalité du thérapeute, de ses références théoriques).

X. Pommereau compare le cadre thérapeutique à la peau qui est à la fois solide, protectrice des agressions extérieures en constituant le rôle de barrière, mais également souple, permettant le mouvement, perméable et communicante. Ainsi le cadre a la fonction d'interface, il doit être équilibré. Ni trop souple sinon il ne confère plus de repères stables, et ni trop rigide sinon il enferme.

L'atelier se déroule pendant 40 min dans la salle d'activité. Au préalable, nous rangeons les jouets, installons des tapis au sol, disposons des canapés en cercle, installons les livres et le poste CD. L'espace est aménagé de manière à pouvoir

accueillir les expériences sensori-motrices de l'enfant et d'y contenir toutes excitations qu'il va pouvoir vivre dans son corps. (Potel, p.322)

Nous commençons par un tour des prénoms, puis nous entamons la comptine de début d'atelier qui fait office de rituel (annexe n°3). Puis nous alternons selon la disponibilité des bébés entre des temps de lecture menés par la stagiaire EJE et comptines que je mène. L'atelier se clôt par la comptine de fin (annexe n°4).

2.2.4.2. Objectifs :

Nous avons souhaité créer au travers de ce temps collectif un espace de partage, de jeu et d'exploration sensori-motrice dans une visée préventive.

Les principaux objectifs de cet atelier sont :

- Encourager la relation, la communication et les échanges (verbaux, affectifs et émotionnels) entre la mère et son enfant afin de soutenir la mise en place des liens d'attachement ;
- Valoriser les compétences et potentialités psychomotrices de l'enfant, les révéler auprès du parent ;
- Proposer un éveil psychomoteur et étayer la régulation tonique, stimuler la sensorialité et la conscience corporelle, accompagner l'intégration spatio-temporelle de l'enfant ;
- Favoriser toutes formes d'expressions individuelles ou collectives.

2.2.5. Médiation comptine, la médiation en psychomotricité

2.2.5.1. La médiation corporelle :

La médiation thérapeutique est un intermédiaire entre le patient et le thérapeute qui va chercher la relation et la communication au sein d'un dispositif de soin et donc engager une rencontre. C'est l'un des outils privilégiés des psychomotricien-ne-s dans leurs soins psychothérapeutiques.

La médiation thérapeutique instaure un espace de transitionnalité au sens winnicottien, "où le sujet se construit dans une cocréation avec son thérapeute" (Albaret et al, b, p. 19) à travers des modes d'expressions qui lui sont singuliers.

En psychomotricité, la médiation est un moyen de mettre le corps en mouvement puis de transformer et d'élaborer psychiquement les vécus corporels sous forme de symbolisation. Mais aussi d'éprouver un plaisir de se mouvoir, "*à exister dans le temps et l'espace de la médiation*" (*Ibid.*), à expérimenter et exprimer ses potentialités créatrices.

La médiation comptine s'appuie sur des objets médiateurs tels que des livres, des albums et des cd de musique, mais également sur la mise en jeu corporelle des psychomotricien-ne-s qui engagent une partie d'elles et d'eux même. En ce sens, la psychomotricité est décrite comme une thérapie à médiation corporelle.

2.2.5.2 Posture professionnelle :

Ainsi la médiation peut-être un espace commun entre la vie intrapsychique des patient-e-s et thérapeute, une zone "intermédiaire" transitionnelle de rencontre. Cette délimitation spatiale au sein d'un cadre temporel assure des frontières sécurisantes pour les psychomotricien-ne-s faisant une interface à sa propre vie psychique et garantissant une capacité d'ajustement dans la relation. La juste distance professionnelle peut être maintenue tout en étant engagé dans une mise en jeu psychocorporelle.

Outre son intérêt pour le développement de l'enfant, l'utilisation de la comptine au sein du foyer maternel m'a semblé intéressante pour rencontrer ces dyades dans un espace où j'allais pouvoir prendre la place de tiers médiateur entre la mère et son enfant.

Aussi, étant en stage expérimental, l'utilisation d'une médiation a participé à la création d'un cadre de travail plus facilement repérable pour les familles. Cela m'a également conforté dans ma posture professionnelle en m'apportant un support sur lequel m'appuyer.

De plus, le ou la psychomotricien-ne doit toujours veiller à proposer une médiation centrée sur les besoins et problématiques des personnes rencontrées et non sur la transmission d'une technique particulière.

2.2.5.3. Place des personnes accueillies :

L'espace transitionnel créé par la médiation psychomotrice va constituer grâce à l'accompagnement et la mise en sens du ou de la psychomotricien-ne une voie de passage entre l'intérieur et l'extérieur, entre le soi et le non soi, d'éléments non

verbalisables. Cela permet une expression du mal-être autre que par la parole, qui pourra être ensuite symbolisé et transformé.

C'est en cela que la médiation psychomotrice constitue un "*travail corporel au service de la construction psychique.*" (Albaret et al, b, p.20).

3. Etude de cas : Mme B. et Amine

3.1. Rencontre et approche psychomotrice

3.1.1. Histoire de vie de Mme B.

L'éducatrice référente de Mme B. me fait part d'une histoire de vie parsemée de trous, pour laquelle il s'agira de remettre du lien et de reconstruire une temporalité.

Mme B. est originaire du Maroc, elle a deux enfants restés au pays chez sa famille dont un premier à l'âge de treize ans dans un contexte qui nous est inconnu. En France, Mme B. a connu l'errance et les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) pendant de longues années.

Elle se marie avec un homme français, avec qui elle tombe enceinte d'Amine. Cet homme a une consommation addictive d'alcool, de cannabis et de cocaïne. De plus, il est souvent absent et fait subir des violences psychologiques à Mme B. : isolement, enfermement, dénigrement, objectification, au point d'en arriver à un sentiment de déconstruction de soi. Mme B. sera hospitalisée à plusieurs reprises pour dépression grave et suivie en psychiatrie. Dans ce contexte, Mme B. et Amine sont des soutiens indispensables l'un pour l'autre. Mme B. avait tenté plusieurs fois de fuir mais s'y était résignée faute de lieu où se réfugier. Un jour, le point de non-retour arrive, Mme B. alerte les services sociaux et intègre le foyer maternel en novembre 2019 avec Amine alors âgé de quatorze mois. Elle dira très vite à l'équipe éducative que sa « pensée est bloquée ». Rapidement une place en crèche est trouvée pour Amine, et le projet pour Mme se centre sur l'accompagnement à la parentalité, l'insertion professionnelle et sur la restauration de l'image de soi.

3.1.2. Première rencontre

Je rencontre pour la première fois Amine alors âgé de 14 mois et Mme B. le 12 décembre 2019 à l'accueil où je suis en observation.

Pendant que Mme B. discute avec la secrétaire je propose à Amine de faire un coloriage, il me sourit puis s'installe à côté de moi. S'instaure alors un jeu s'accompagnant de nombreux regards mutuels amusés, où je lui donne le crayon qu'il me désigne puis il le replace dans ma main une fois son gribouillage terminé. Sa mère nous rejoint et s'assied à côté d'Amine, ce qui semble majorer son enthousiasme : il saute sur le fauteuil, tente des cascades démontrant un bon niveau de motricité générale. Amine cherche mon regard, m'appelle par des cris et entame des jeux tels que le "coucou-caché", "ouvert-fermé". Mme B. m'interpelle dans un français approximatif avec un air épaté "tu as vu, il joue avec toi !". Amine met plusieurs fois les crayons à la bouche et face à l'interdiction de Mme B., il la regarde, lui sourit et place le crayon dans sa bouche comme pour tester les limites. Le ton monte du côté de Mme B. et Amine pousse un cri d'agacement tout en se laissant tomber sur le fauteuil. J'émetts l'hypothèse qu'il a peut-être faim, l'heure du repas approchant. Avant de nous quitter, je propose à Mme B. de se retrouver la semaine prochaine en salle d'activité afin de continuer les coloriages.

3.1.3. Rencontre suivante

Je retrouve Amine et Mme B. la semaine suivante dans la salle d'activité où je les attends seule. En arrivant Amine se cache derrière la porte, je chante une mélodie qu'il reprend en écho et s'en suit un jeu de "questions-réponses", puis il sort de sa cachette en éclatant de rire. Amine est très curieux et les nombreux jouets dans ce petit espace semblent attirer son attention.

Les psychomotricien-ne-s ont différents moyens pour aborder les personnes accueillies (Zero, p.17) :

- Un bilan psychomoteur pour faire connaissance et envisager la mise en place d'un projet thérapeutique adapté ;
- L'observation psychomotrice, qui peut remplacer le bilan, ou le compléter, afin de juger des modes de relation à soi, à l'autre et à l'environnement dont fait usage la personne.

Je me suis basée sur les échelles du développement de l'enfant et du tout-petit de NANCY BAYLEY afin de réaliser mon observation clinique.

3.1.4. Observation d'Amine

Très vite, les nombreuses stimulations que cette salle offre semblent faire monter une excitation chez Amine qui se manifeste par un comportement global très énergique.

Je sens une tension interne chez ce jeune enfant qui a l'air de le submerger lorsqu'il se trouve en difficulté pour atteindre son but (attraper un vélo à roulette par exemple), ou se confronte à un interdit (ouvrir un placard). Dans ces cas-là, il commence par exprimer son mécontentement par des gémissements, adresse des regards vers sa mère pour l'appeler et si aucune réponse n'est apportée il se jette au sol en criant, le corps en hypertonie. La tension monte aussi du côté de Mme B., debout plus loin, qui lui demande de se relever en haussant le ton. Amine a besoin de savoir sa mère attentive à ce qu'il fait, à son exploration. C'est un soutien qui fournit un appui nécessaire à l'enfant dans sa découverte de l'environnement et dans ses jeux.

Les psychomotricien·ne·s vont faire particulièrement attention au "langage du corps" afin de lire les composantes relationnelles, temporelles et spatiales d'un mouvement s'inscrivant dans un corps en relation à un autre. (Potel, p.60). Par ses cris, Amine tente d'attirer le regard de sa mère vers lui, regard qui peut se détourner vers d'autres préoccupations par moment.

Alors qu'il est allongé au sol, je m'approche de lui et pose une main sur son bassin pour lui procurer une contenance corporelle. Je verbalise ses vécus émotionnels en mettant des mots sur sa colère, et je sers de tiers médiateur en reformulant le souhait de Mme B. qu'il se relève sur une modalité plus calme. Mme B. me fait part de ses ressentis : elle a l'impression que son fils ne l'écoute pas et ne la regarde pas quand elle lui parle. Le rôle des professionnel·le·s est d'être à l'écoute des parents pour entendre leurs difficultés et leur besoin de réconfort. Mais aussi de guider le parent dans ses observations grâce aux connaissances du développement de l'enfant, pour que les réponses soient les plus sensibles et ajustées possibles.

J'essaie d'aider Amine à intérioriser psychiquement ses affects, ses sensations, ses éprouvés et ses émotions (Potel, p.327). Cela permet de faire diminuer progressivement sa carapace tonique et de rétablir un contact visuel, ce qui l'apaise.

3.1.5. Interactions de la dyade

Amine montre le besoin de proximité avec sa mère au cours des jeux. Je note une alternance entre des rapprochements physiques auprès de Mme B. et des temps de jeu et d'exploration en autonomie. Amine contrôle « activement » la distance optimale avec sa figure d'attachement qui fait office de « *base de sécurité* », qui peut se montrer parfois indisponible.

Plusieurs fois Mme B. s'éclipse de la pièce sans l'annoncer préalablement à son fils. Le système d'attachement d'Amine est activé dans ces situations : il arrête de jouer, se coupe de l'interaction, pleure, puis part à la recherche de son « havre de sécurité ». Mme B. lui répond par un haussement du ton de la voix qu'elle aimerait être tranquille, ce qui majore les pleurs d'Amine. L'augmentation de l'intensité des signaux de stress est une adaptation provisoire de l'enfant afin de maintenir la proximité et l'attention de la figure d'attachement indisponible ou de disponibilité intermittente. (E. Carlson, 2007)

3.1.6. Synthèse de l'observation

Nous observons une mère ambivalente dans ses réponses à son fils. Elle se montre par moment joueuse, affectueuse et par d'autre indisponible et distante. Les besoins d'attachement d'Amine ne sont pas toujours sensiblement identifiés et les comportements du « *caregiving* » (mouvements, paroles) ne semblent pas offrir une proximité physique et psychologique à l'enfant.

Les émotions négatives d'Amine sont soit réprimées, soit évitées. Elles ne trouvent pas de réceptacle dans lequel être déposées et transformées ultérieurement par la « *fonction contenant maternelle* » décrite par W. Bion (C. Ourghanlian).

D. Houzel a défini la contenance comme un espace où « *la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse [...] puisse être reçue et contenue* » (Ciccone, 2001).

Ainsi, l'objet contenant stabilise les forces qui agitent le psychisme de l'enfant pour lui permettre la construction d'un monde interne lui aussi contenant.

Les éléments impensables non transformés « *seront réintrojectés par le bébé sous une forme encore plus terrorisante, poussant le bébé à ne pas penser mais à halluciner ou à évacuer par l'agir* » (C. Ourghalian). Dans ce cas l'enveloppe tonique et l'agitation d'Amine peuvent s'expliquer par une recherche de contenance ; il faudra

être vigilant-e à ce que l'enveloppe ne se transforme pas en paroi tonique pouvant déséquilibrer le développement psychomoteur par un arrêt intégratif. (S. Robert-Ouvray, 2010)

3.2. Approche psychomotrice

3.2.1. Projet pour la dyade au sein de l'atelier

Il nous a semblé intéressant de convier Mme B. et Amine à l'atelier "Grandir en comptines et lectures enfantines" afin de :

- Proposer un cadre où les différentes enveloppes procurées par la comptine viennent **étayer la fonction contenante maternelle** et le **système de "Caregiving"** de Mme B. : s'ajuster aux manifestations émotionnelles d'Amine, les apaiser en les transformant grâce à la symbolisation. Mais également renforcer la contenance corporelle et le sentiment de sécurité interne d'Amine afin de réguler son agitation psychomotrice ;

- **Soutenir** la capacité de Mme B. à percevoir et à interpréter les expressions verbales et non verbales d'Amine de manière correcte, d'y répondre adéquatement, de manière prévisible et cohérente, ou "*responsivness*". (B. Bayle)

3.2.2. Rencontres suivantes

Nous retrouvons Mme B. et Amine pour l'atelier le 5 février 2020 à 17h.

L'atelier s'ouvre sur l'accueil des deux participantes et leur enfant de quatre et seize mois. Après avoir enlevé nos chaussures et avoir pris place, nous présentons avec la stagiaire éducatrice de jeunes enfants (EJE) le cadre de cet atelier. Puis nous entamons ensemble la comptine écrite pour ritualiser le début de l'atelier. C'est l'occasion pour nous de rappeler l'importance des rituels dans le développement du bébé.

Le thème du jour est « l'hiver », les livres et comptines ont été sélectionnés au préalable à la bibliothèque en adéquation. Nous distribuons les paroles de la comptine « Neige blanche » aux mères le souhaitant. Mme B. dit d'un air gêné « qu'elle ne connaît pas très bien les paroles des comptines », nous la rassurons en lui expliquant qu'elle peut fredonner ou observer.

Avec la stagiaire EJE nous chantons sur la musique du cd et nous mimons les paroles, ce qui encourage la mise en jeu corporelle du groupe. Cette comptine est propice à l'interaction corporelle : je représente la neige qui tombe sur le nez et diverses parties du corps d'Amine par des effleurements du bout des doigts en les nommant. Il sautille de joie, tourne sur lui-même et applaudit. Mme B. applaudit elle aussi et des regards affectueux sont échangés avec son fils. Je lui fais remarquer que les regards portés vers Amine semblent lui procurer du plaisir et de la valorisation. Mettre en mot ce qui se joue dans la relation à ce moment peut soutenir les interactions entre ces partenaires et valoriser Mme B., lui faire prendre confiance en elle.

Au cours de l'atelier, je sens l'agitation d'Amine monter. A un moment il grimpe sur le canapé et tombe à côté de Carla qui est allongée sur le tapis. Puis, durant la lecture du livre, Amine ne prête aucune attention à l'histoire et semble accaparé par son excitation.

A un moment, Amine s'allonge sur le canapé, je m'approche et pose une main sur son bassin, il me regarde puis se redresse immédiatement. A un autre, alors qu'il est debout je pose mes mains sur ses pieds nus afin de lui faire prendre conscience de ses appuis. Puis vers la fin de la séance, Amine vient s'allonger à plat dos devant moi, je pose ma main en bas de son ventre pour qu'il sente sa respiration et lui procurer une sorte de « holding » autour de son centre. Cela semble l'apaiser, il est immobile et silencieux.

3.2.3. Suite du projet pour la dyade :

Depuis notre dernière rencontre Amine a débuté la crèche, nous ne l'avons plus revu à l'atelier. J'envisage de proposer à Mme B. et Amine un accompagnement hebdomadaire en psychomotricité autour de la contenance corporelle.

Cela pourrait se réaliser grâce à des temps de portage d'Amine dans un drap où nous les balancerions. Les sensations vestibulaires, le soutien du dos et la position d'enroulement sont des éléments régressifs rappelant le monde in-utero. Pour S. Robert-Ouvray « *l'enroulement associé à l'enveloppement verbal favoriser l'établissement d'une enveloppe tonique et psychique* » (2010). Le drap peut permettre de soutenir le holding et l'élaboration des fonctions de maintenance, de contenance et de pare-excitation du « moi-peau », en symbolisant l'enveloppe corporelle, solide, résistante et souple à la fois.

Ce travail à trois permet d'introduire du tiers dans la relation et d'autonomiser Mme B. et Amine qui semblent psychologiquement encore très liés. Mais aussi d'encourager Mme B. dans ses capacités de soutien et de protection de son enfant, en l'aidant à s'organiser sur les plans psychiques et corporels.

Cet espace individuel pourra peut-être permettre à Mme B. de mettre des mots sur les émotions qu'elle vit lorsqu'elle est face aux affects négatifs de son fils, d'y mettre du sens et de la distance par la parole. En outre, *de « faire l'expérience d'une vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouvant un espace dans lequel elle est reçue et contenue »* (C. Ourghalian)

3.2.4. Fin de l'accompagnement

L'arrêt du stage causé par la crise sanitaire ne m'a pas permis de mettre en œuvre la suite du projet avec Mme B. et Amine.

Voyons l'apport de la comptine en psychomotricité dans un autre cadre.

B. La comptine à l'atelier "accueil du nouveau-né"

1. Présentation du cadre de référence : l'ethnopsychiatrie

1.1. Généralités

La pratique ethnopsychiatrique se caractérise par l'utilisation du complémentarisme, méthode héritée du psychanalyste et anthropologue G. Devereux et largement divulguée en France par T. Nathan. (Mestre, 2016, p164)

Le paradigme de cette méthode est que le psychisme et la culture sont homologues dans leur structuration et constituants, ils "*sont des doubles et contiennent les mêmes éléments de base et sont gérés par les mêmes mécanismes*" (Grima, p45). C'est en ce sens que cette méthode s'appuie sur l'anthropologie et la psychanalyse, permettant la considération du dedans et du dehors de la personne en liant son fonctionnement psychique à sa culture.

1.2. Les psychothérapies culturelles

Elles peuvent s'envisager lorsque les autres techniques de soin se sont conclues par des échecs. Il existe trois types de thérapies qui tiennent compte de la dimension culturelle du désordre psychique :

- Les thérapies **intraculturelle** : le couple thérapeute/patient-e appartient à la même culture. La dimension socio-culturelle est prise en compte par le ou la thérapeute ;
- Les thérapies **interculturelles** : le couple thérapeute/patient-e n'appartiennent à la même culture. Le ou la thérapeute connaît bien l'ethnie et la culture de ses patient-e-s et s'en sert comme levier thérapeutique ;
- Les thérapies **transculturelles** ou **métaculturelles** : le couple thérapeute/patient-e appartiennent à des cultures différentes. Le ou la thérapeute ne connaît pas forcément la culture ou l'ethnie de ses patient-e-s mais en tient compte dans le processus thérapeutique.

Ce cadre *“permet le mouvement incessant entre la personne et la culture, l'individuation, l'articulation de la personne au collectif, et l'articulation du manifeste au latent dans sa composante inconsciente”* (Mestre, 2016, p166). C'est une voie d'alliance entre singulier et universel, sans renier leurs propres particularités.

2. Présentation du cadre de travail

2.1. L'association et ses missions

L'association au sein de laquelle j'ai réalisé un stage travaille en étroite collaboration avec la consultation transculturelle du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux.

S'inscrivant dans le sillage des associations luttant pour *“la défense de l'opprimé, de l'étranger, de l'autre, face à un pouvoir arbitraire et injuste”* (Ibid., p159), ses missions sont le soin et la prévention auprès des populations migrantes ayant subis la violence *“du fait de guerres civiles, de répression politique, ayant fui la misère et l'insécurité fondamentale, traversé les gouffres et les murs [...]”* (Mestre 2014). Mais également la recherche et la formation par l'organisation de séminaires, de groupes de supervision institutionnelle et de réunions cliniques.

2.1.1. Méthode :

La **décentration** est au cœur de la clinique transculturelle. Il s'agit de la capacité des thérapeutes à sortir de leurs propres cadres de référence afin d'aller à la rencontre de ceux des patient·e·s et de l'analyse du contre-transfert culturel.

L'équipe pluridisciplinaire est composée de médecins psychiatres, psychologues, anthropologues, interprètes, une psychomotricienne, une artiste-peintre, un conteur, une art-thérapeute et de nombreux et nombreuses stagiaires.

Différents espaces de médiation culturelle et corporelle sont proposés et ont vocation "à mobiliser de la pensée, de la narration et de la mémoire, de la réparation, ainsi qu'à rétablir la capacité de rêverie" (Mestre, 2016, p182) chez des personnes ayant gravement souffert.

2.2. L'atelier "accueil du nouveau-né"

2.2.1. Population accueillie

L'atelier accueille des femmes exilées allophones¹ et non allophones qui ont pour la plupart subi de multiples traumatismes, en situation d'isolement social, d'origines et trajectoires migratoires différentes, avec un bébé de moins d'un an. Elles se trouvent parfois entravées dans leurs soins à leur bébé par des préoccupations majeures de l'ordre de la survie : où trouver à manger ? Où dormir ?

Les indications sont formulées lors des séances de psychothérapie transculturelle en fonction de la clinique et de la situation des patientes. Elles peuvent être orientées par les services sociaux ou la Protection Maternelle et Infantile (PMI).

2.2.2. Objectifs

L'atelier « accueil du nouveau-né » a plusieurs objectifs, qui sont :

- L'observation du bébé et l'accompagnement du développement psychomoteur, l'orientation vers des consultations médicales et paramédicales en cas de repérage ou de suspicion d'anomalies développementales ;
- L'observation de l'interaction mère-enfant dans une visée préventive ;

¹ Allophone : formé de "allo-" (qui est d'une nature différente) et de "-phone" (qui se rapporte à la parole), définit toute personne parlant une langue différente de celle de la majorité (par exemple, parce qu'elle est dans un pays étranger). Source : l'internaute.

- Permettre le travail psychique inhérent à la grossesse en soutenant la “rêverie” maternelle, l’identification de la mère à son enfant, soit le lien mère-enfant ;
- Eviter le risque potentiel de transmission du traumatisme de la mère à l’enfant par la mise en place d’un rythme interactionnel appréhendable par le bébé, par la modulation des stimulations maternelles proposées au bébé et par des réponses adéquates aux besoins infantiles. (Dozio & Al, 2015)
- Soutenir un berceau culturel dans lequel l’enfant pourra s’inscrire en ravivant la mémoire corporelle de la mère héritière de traditions et pratiques culturelles. Il s’agira d’accompagner les processus nommés par M. Bydlowski “*transparence psychique*”, état de régression psychique, afin d’accéder à la “*transparence corporelle*”² ou encore “*transparence culturelle*”³. Également d’échanger autour des diverses pratiques de maternage et de proposer des objets culturels tels que la comptine.

2.2.3. Le cadre de l’atelier

L’atelier a une durée d’environ deux heures et a lieu tous les 15 jours au sein d’un établissement municipal qui propose un accueil aux familles. La régularité des ateliers permet à ces familles de se réinscrire dans une temporalité.

Avant qu’il ne débute, la psychologue, l’anthropologue, la psychomotricienne, les interprètes et les stagiaires se retrouvent afin d’installer la salle : les fauteuils sont disposés en cercle autour des tapis de jeu, des tissus aux motifs colorés sont installés, du thé et une collation sont préparés. Des objets culturels tels que des livres de comptines du monde, un globe terrestre, des photos de diverses pratiques de maternage sont placés dans l’espace du groupe afin de créer un espace convivial et chaleureux.

La psychomotricienne sélectionne des jeux adaptés à l’âge des bébés : de couleurs contrastées, de formes et de tailles diverses facilitant la préhension et offrant des stimulations sensorielles diverses.

² Etat mental inédit dans lequel se trouve la mère à la naissance de son enfant où elle se remémore ses premières expériences de maternage : d’un côté elle « revit » son expérience en tant que bébé, et de l’autre elle « revit » emphatiquement celle de sa mère. Elle vit les deux faces de l’interaction. (Mestre, 2016, p.210)

³ Éléments culturels (représentations culturelles, manières de faire et de dire) dont la mémoire et l’importance se réactivent lors de l’accueil d’un enfant. (Moro, 2002, p.120)

Chaque famille est accueillie et saluée par l'ensemble des professionnelles puis nous débutons un ensemble de rituels.

2.2.3.1. Les rituels

Dans de nombreuses cultures, les rituels au sens d'un "*ensemble d'actes, de paroles et d'objets, codifiés de façon stricte, fondé sur la croyance en l'efficacité d'entités non humaines*" (Larousse) ont une place prépondérante dans la vie des individus. L'arrivée d'un nouvel enfant s'accompagne souvent de nombreux rituels à valeur protectrice.

Outre leur protection, les rituels comme "*l'ensemble des règles et des habitudes fixées par la tradition*" (*Ibid.*) sont structurants. Ils apportent des repères spatio-temporels sécurisants servant de "tuteur" à la structuration de la pensée. Ils s'avèrent être particulièrement importants auprès des nourrissons et des personnes en situation de migration dont le quotidien est mouvant, sans accroches ni repères.

A l'entrée, chacun·e dépose ses chaussures, puis prend place dans le cercle. L'atelier débute par une présentation individuelle, puis nous prenons des instruments de musique pour nous accompagner pendant le chant de la comptine de bienvenue. La fin de l'atelier s'accompagne également d'une comptine, courte et facile à mémoriser, ainsi les familles peuvent se la remémorer à l'extérieur de l'atelier. Elle fait office de lien entre le "dedans", lieu contenant et sécurisant, et le "dehors", plus hostile.

Le rituel permet un sentiment de cohésion et d'appartenance à un groupe.

2.2.3.2. Le groupe

"*Dans la plupart des pays d'origine, la jeune mère est portée par le groupe qui l'initie, à travers une série d'actes souvent ritualisés, à son nouveau statut*" (Allafort & Al, p.161). Ce sont les "co-mère"s, la grand-mère et plus globalement le groupe de femmes qui préservent l'enveloppe culturelle. La migration vient rompre cette enveloppe, il s'agit donc de reconstituer un groupe de "co-mères" pour que puissent se développer des interactions mère-enfant harmonieuses.

Afin de garder en mémoire ce qui a été déposé dans le groupe, nous nous réunissons après le départ des familles pour noter nos observations concernant chaque dyade. Aussi, nous partageons nos impressions et nos éprouvés afin de repérer nos contre-transferts.

2.3. Pour une ethropsychomotricité

La psychomotricienne J. Delorme rappelle que la psychomotricité s'intéresse à la dynamique relationnelle et expressive du corps afin "*d'entendre le lien que le corps s'efforce d'opérer entre le monde interne et le monde externe du sujet, et ainsi de saisir ce qui, en défaut d'élaboration ou d'adaptation s'observe dans l'atteinte du corps réel.*" (2004, p.104)

L'ethropsychomotricité, pratique singulière de la psychomotricité, tient compte de la culture qui façonne les corps et leurs pratiques afin d'envisager la lecture symptomatique sous le prisme d'une symbolique corporelle différente, d'un "autrement du corps". Toute implication du corps a une résonance culturelle dont il est important d'avoir conscience.

2.3.1. Place de la psychomotricité au sein de l'atelier

2.3.1.1. De l'observation au décryptage du langage du corps

Nous nous sommes inspirées de la méthode d'E.Bick pour nos observations, afin de limiter les "*interprétations rapides et défensives*" (Allafort & Al, p166). Ainsi, "*l'observation devient un outil du soin*" comme suggère D. Mellier (*Ibid.*), et nous portons particulièrement attention aux corps dans leurs qualités expressives, relationnelles, symboliques et imaginaires. Nous observons :

- Du côté des bébés : leur recrutement tonique, réflexes archaïques, schèmes moteurs de base, capacités instrumentales, niveau d'éveil, réponse aux diverses stimulations sensorielles, degré d'interaction avec l'environnement, de découverte de soi et de l'autre ;
- Du côté de la mère : son investissement spatial : celui de la pièce et celui de la relation ou proxémie⁴, son rapport au groupe, le décodage des besoins du bébé, l'adéquation des réponses apportées, la capacité à contenir, à manipuler et toucher son enfant au travers du "holding" et "handling" ;
- Du côté de la dyade : le dialogue tonico-émotionnel, l'accordage affectif, les interactions corporelles, vocales, visuelles, qualité de l'attachement, la communication verbale et infra-verbale : émotions, gestuelles, mimiques, intonations...

⁴ La proxémie désigne selon l'anthropologue Edward T. Hall la distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction, elle est éminemment culturelle.

2.3.1.2. Etayage du développement psychomoteur

La psychomotricienne apporte un regard sur le développement psychomoteur du bébé. Cela permet aux mères, souvent jeunes, de trouver des réponses concernant l'évolution de leur enfant, d'être rassurées et de retrouver la fonction contenante du groupe familial dans les sociétés traditionnelles. Cet espace permet de prendre le temps d'être dans l'échange, d'écouter le vécu des familles.

Il faut toutefois prendre en compte l'influence de la culture, des représentations et croyances concernant le développement de l'enfant, de sa santé et de sa nature, qui sous-tendent l'attitude des mères vis-à-vis de leur enfant (H. Stork, p451).

Mme G. assoit sa fille Gloria âgée de 4 mois sur le tapis en se positionnant derrière elle en support. Gloria s'effondre dans une hypotonie et son corps bascule tantôt vers l'avant, tantôt vers les côtés. Mme G nous partage que "chez elle, en République Démocratique du Congo, les enfants tiennent déjà assis à 4 mois".

Ainsi, si les grandes étapes du développement psychomoteur sont universelles, leurs rythmes d'acquisition peuvent varier. Des études comparatives ont démontré la précocité du développement sensori-moteur de l'enfant africain sur celui de l'enfant occidental (*Ibid.*). La psychomotricienne est sensibilisée au développement de l'enfant dans différentes cultures.

2.3.1.3. Soutien des compétences maternelles :

Dans cet espace, les mères peuvent à leur rythme rencontrer leur enfant et trouver leur place de mère en comptant sur la présence de la psychomotricienne pour les accompagner.

La psychomotricienne est particulièrement préposée à s'installer sur le tapis avec les bébés et les parents, elle « prête » son corps aux jeux de dialogue tonico-émotionnel avec le bébé, ce que ne peut pas toujours faire la mère à ce moment donné. Le fait d'assister pour la mère à des moments d'échanges entre son enfant et la psychomotricienne donne des appuis par identification qui auront des effets bénéfiques sur la relation. « *Dans certaines situations de stress et de détresse, c'est "l'exemple" qui devient un des moyens les plus efficaces pour aider les dyades mère-*

enfant à reconstruire ou construire un tissu de confiance et de soutien. » (Robert-Ouvray, p.12, 2015)

La psychomotricienne contribue aussi à contenir la corporéité et le psychisme des participantes dont la fonction de contenance a été rudement vulnérabilisée. En verbalisant les situations anxiogènes que vit la mère ou les états de son enfant, la psychomotricienne remplit la fonction alpha décrite par Bion en tant que “*détoxifieur d’expérience*”. Elle prête son psychisme et sa “*capacité de rêverie maternelle*” à la mère afin de lui permettre la symbolisation de l’évènement, d’y prêter un sens et de l’assimiler psychiquement. Ainsi la mère pourra transmettre une perception du monde cohérente et ajustée à son enfant, soit le concept d’“*object-presenting*” défini par Winnicott, évitant la transmission de perceptions angoissantes liées à la rupture des contenants culturels. (Massot, 2004)

2.3.2. La comptine : un objet culturel porteur de métissages

La psychomotricienne fait aussi le lien entre les diverses pratiques de maternage et leur impact sur le développement de l’enfant et utilise des objets culturels comme support. Cela permet de lier le culturel au singulier, de tisser des ponts entre le culturel d’ici et celui d’ailleurs. “*Ainsi, l’étrangeté, des autres et de soi-même, s’atténue rendant plus compréhensible et acceptables toutes les différences : celles des mères, des bébés ainsi que celles de cothérapeutes*”. (Mestre, 2016, p226).

La comptine est un objet culturel au sens défini par E. Diet (2010) comme un objet psychique ou matériel qui étaye la structuration de la pensée et fonde une matrice de sens contenante. Patrimoine commun transmis de génération en génération, il inscrit les sujets dans un contexte socio-historique et dans une identité générationnelle.

Il permet de raviver la mémoire du pays quitté, des traditions intergénérationnelles, de ses racines, des pratiques ayant été abandonnées à cause de l’isolement, de la précarité, de la solitude, de la peur du regard extérieur, et pourtant si nécessaire à la survie du bébé et celle du lien avec sa mère. C’est un support d’association qui aide la narration de souvenirs d’enfance des mères. Ainsi l’objet culturel en tant qu’objet transitionnel remplit une fonctionnalité médiatrice “*entre les sujets, les groupes, les générations et les cultures qu’il contribue à identifier.*” (E. Diet, 2010, p.51)

Ainsi les dyades trouvent un espace où une part de leur identité est valorisée et où leur histoire est précieuse.

3. Présentation d'une étude de cas : Mme S, Mr D et Teli

3.1. Anamnèse

Mme S, 20 ans et son mari Mr D, 36 ans ont fui la Guinée-Conakry car Mme était destinée à un mariage forcé et subissait de la maltraitance dans le milieu intra-familial.

Elle tombe enceinte à son arrivée en France et est hospitalisée en soins intensifs pendant sa grossesse pour vomissements gravidiques, dépression, prostration et idéations suicidaires scénarisées. Après la naissance de Teli, elle est orientée par l'assistante sociale de l'hôpital vers la consultation transculturelle où elle bénéficie d'une psychothérapie en complément d'un traitement médicamenteux. La dyade est également suivie en Protection Maternelle et Infantile (PMI). La psychologue de la consultation transculturelle oriente Mme vers l'atelier où elle se rend pour la première fois avec Teli alors âgé de 3 mois. Actuellement la famille a le statut de demandeuse d'asile et vit dans un logement social.

3.2. La rencontre

Je rencontre pour la première fois Teli, alors âgé de 5 mois et demi, et ses parents le 6 janvier 2020.

Après avoir configuré la pièce, nous accueillons la famille : Mr et Mme ainsi que leur bébé Teli. Le groupe prend place et très rapidement Mr commence à raconter ce que sa famille a subi il y a peu : Teli leur a été enlevé et placé provisoirement sans raisons apparentes, sur décision d'un centre hospitalier. Le couple a engagé une avocate et Teli leur a été retourné une semaine après dans un état très dégradé d'après les dires de Mr : visage triste, rhume, toux, il ne joue plus, ne sourit plus, ne cherche pas le contact de ses parents, il a perdu du poids et les quantités de lait prises ont diminué.

Son récit est très détaillé, chaque mot semble choisi avec attention afin de nous relater une observation très fine de la situation. Il use parfois de l'humour, démontrant un processus d'élaboration de la violence s'appuyant sur ses propres capacités psychiques.

Le couple se sent « stigmatisé », « infantilisé » face aux critiques du personnel soignant concernant leurs façon de faire avec Teli. L'atelier leur permet de reprendre confiance en leur parentalité grâce aux soutiens des différentes professionnelles. Par exemple, concernant la diversification alimentaire, il leur a été dit au centre hospitalier d'acheter une certaine marque de purée pour bébé, Mme dit qu'elle n'achète plus que ça afin de se conformer aux conseils des professionnelles. La psychologue de l'atelier leur propose de préparer les purées eux même car c'est plus sain et plus économique, et également d'y ajouter ce qu'ils souhaitent "pour que Teli goûte aux saveurs typiques de son pays d'origine".

3.2.1. Observation de Teli

« *En psychomotricité, les symptômes vont être lus à partir des formes du corps et de la manière de se mouvoir dans l'espace et d'être en relation corporelle avec autrui* » nous rappelle Suzanne Robert-Ouvray (p.56, 2015).

Teli a 5 mois et ½ lorsque je le rencontre. Au niveau moteur, il attrape un objet, le porte à la bouche avec une ou les deux mains. Cette coordination main-bouche soutient l'instauration de l'axe corporel. Ses membres supérieurs sont très toniques et leur motricité incontrôlée lors des moments où sa vigilance est élevée. Plusieurs fois pendant des moments d'agitation, il se cogne la tête avec le jouet qu'il tient dans la main.

Lorsque Mme assoit Teli au tapis, il conserve la position quelques instants avant de s'avachir vers l'avant. La psychomotricienne propose alors de l'allonger, ce qui semble améliorer son confort. Il se mettra à un moment en hyperextension, surpris par un bruit alors qu'il explore en décubitus dorsal au tapis. Le stress induit chez le bébé une hypertonie réactive qui s'ajoute à l'hypertonie innée, c'est un système de défense qui forme une enveloppe plus dure et protectrice. Nous pouvons formuler l'hypothèse que l'hypertonie des membres de Teli est une carapace tonique de lutte mise en place pour affronter un stress intense et prolongé.

A la fin de la séance, Teli ramène ses pieds vers le nombril, soulève le bassin et bascule sur le côté. Avec la guidance de la psychomotricienne il passe en position ventrale et cherche les repoussés avec les mains, les avant-bras tendus, et avec les pieds, ce qui fait surélever son bassin. Dans cette position, sa tête se maintient à l'horizontale quelques instants puis il la pose face contre le tapis comme épuisé. La psychomotricienne l'accompagne lors de son retournement sur le dos, elle lui fait ainsi ressentir le chemin de la posture et les appuis dans son corps. Elle lui fait ensuite faire des mouvements de pédalo, qui permettent de détendre les muscles des cuisses et l'articulation de la hanche, mais aussi de jouer avec le bébé qui s'amuse à exercer des repoussés.

3.2.2. Observation des interactions mères-enfants

Je me suis appuyée sur la grille d'évaluation des interactions précoces de Bobigny (annexe n°5) afin de réaliser mon observation.

Pendant que Mr parle avec les thérapeutes, Mme tient Teli assis sur ses genoux dos à elle, les mains lui soutenant le tronc, ce qui limite toute interaction. Elle gardera sa capuche pendant le temps de récit, n'interviendra que rarement pour ajouter à voix basse des informations. Au début de l'atelier, son visage est fermé et le regard est fuyant dans l'interaction mais s'ouvrira progressivement. « *La préoccupation ou la tristesse conduit parfois à un repli sur soi et une indisponibilité temporaire ou longue à l'égard de l'enfant...* » nous rappelle S. Robert-Ouvray (p.25, 2015).

Teli initie des interactions visuelles, sourit, gazouille de plus en plus au fil de l'atelier. J'observe qu'il cherche le contact visuel de sa mère lorsqu'il est allongé sur le dos au tapis et qu'il joue avec la psychomotricienne. En effet, Teli dispose à ce moment des appuis tête, dos, bassin, soutenant son axe en plus de l'appui proposé par le regard et la voix de la psychomotricienne qui lui permettent de développer des capacités relationnelles plus importantes (M. Perrier-Genas). Le regard de Mme est attiré par les cris et le regard de son enfant, il se maintient et nous observons de nombreuses interactions visuelles. Ici, « *l'activation psychomotrice de l'enfant réveille la mère, la sort de son inhibition et favorise les interactions* » (Robert-Ouvray, p.31, 2015).

Mme reconnaît avec justesse les besoins de son enfant et les verbalise, par exemple : « tu as faim » avant de lui donner le sein. Les interactions vocales de Mme

adressées à Teli sont brèves mais adaptées aux situations. Nous observons des interactions corporelles pauvres entre Mme et Teli, qui répondent aux besoins de portage et de nourrissage mais semblent démunies d'affects. Les expressions faciales et le regard de Mme sont vides. Les sourires et regards de Teli adressés à sa mère semblent "ranimer" Mme qui maintient le regard avec son bébé mais de façon discontinue.

3.2.3. *La comptine comme enveloppe culturelle*

Mr dit que Teli aime les chansons, « *que ça l'apaise et qu'il ne veut pas que ça s'arrête* ». La psychologue propose d'écouter l'album *Comptines et berceuses du baobab*, les parents acceptent avec plaisir. Teli est calme et attentif, il regarde la psychomotricienne qui chante d'une voix douce et fait des gestes accompagnant la comptine. Mr lit les paroles d'une comptine qu'il connaît et Mme est assise au tapis à côté de son fils, le regarde, à un moment marque le rythme avec son corps et à un autre murmure le refrain. Nous observons un léger mouvement dans le corps de Mme qui était jusqu'alors immobile et repliée. Une ouverture à la relation et un dialogue tonico-émotionnel s'instaure avec Teli. Un temps de jeu et de plaisir partagé advient là où la rythmique de la comptine peut nourrir les processus de micro et macrorhythmes dans l'interaction. *"Par ces échanges qui puisent leur origine dans le sensoriel, le tonique, le moteur, tout cela étant combiné et empreint d'affectivité et d'émotion, enfant et parent se rencontrent."* affirme M. Perrier-Genas (p.17).

Ce moment est un apaisement après ce témoignage fort en émotion pour la famille et le groupe. Chanter ensemble permet de créer une enveloppe sonore contenante supplémentaire à l'enveloppe groupale pouvant venir sécuriser les vécus internes de cette famille.

Dans cette situation, les parents ayant été confrontés à des violences institutionnelles ne savent plus comment se comporter avec leur enfant. Cela peut aussi les conduire à développer une méfiance à l'égard des institutions et des professionnel-le-s qui y travaillent, et une hostilité vis à vis des soins majorant leur vulnérabilité. Pour M. R. Moro, les professionnel-le-s qui accompagnent la parentalité doivent laisser de la place aux parents pour « *qu'émergent [leurs] potentialités et que nous nous abstenions de tout jugement sur 'la meilleure façon d'être mère ou d'être père'* » (Mestre, 2016).

Ainsi, l'atelier « accueil du nouveau-né » offre un lieu où les parents « *trouvent un espace qui respecte leur singularité* » (*Ibid.*). Mme et Mr sont écouté-es par toutes les professionnelles de l'atelier qui accueillent leur récit sans jugement.

De plus, chanter dans la langue maternelle des parents permet de tisser des ponts entre la culture d'origine et celle du pays d'accueil, entre les langues d'ici et d'ailleurs. Le fait que nous écoutions et chantons les comptines de leur enfance participe à notre souhait d'intégration et d'accueil de ces familles, à un sentiment d'hospitalité. Le clivage entre les deux référentiels culturels et les conflits d'acculturation s'atténuent. Nous leur indiquons que nous accueillons et reconnaissons leur langue maternelle. Brougère & Al. rappellent « *que les langues considérées comme subalternes sont invisibilisées dans l'espace public et que les enfants (de) migrants peuvent dire leur honte de leur langue familiale dès l'école maternelle* » (2007). Nous avons ici un espace pour la mettre en valeur, où les parents peuvent expliquer ce que signifient les paroles, et ce qu'elles ravivent comme souvenirs. Cela peut donc être un support de discussion, de narration et de transmission.

Car « *dans toutes les cultures, les mères commencent à chanter des chants traditionnels ou des berceuses pour amuser ou calmer leurs bébés.* » (L. Cruze-Charlot). La comptine relie par son côté universel et instinctif. Comme l'écrit M. Fricoteaux, « *retrouver une chanson de notre propre enfance, découvrir la place qu'a, en chacun de nous, ce qui nous a été transmis, ce qui a été "enrangé" pendant ce temps de la petite enfance et qui est toujours présent et encore actif, en retrouver l'émotion, donne souvent envie aux adultes de la transmettre à leur tour.* » (*Ibid.*). La comptine peut venir relancer le processus de transmission intergénérationnel et renforcer les sentiments d'appartenance et d'affiliation à un groupe, si important à l'établissement d'un lien entre une mère et son enfant.

3.3. Projet pour la famille au sein de l'atelier

À la suite de ces observations, le projet d'accompagnement de la famille en psychomotricité pourrait se faire par :

- La création de situations de stimulations sensorielles et toniques pour permettre à Teli de développer ses compétences psychomotrices, de les enrichir, en respectant son rythme au sein d'un cadre contenant et sécurisant. Les discontinuités temporelles, relationnelles et affectives peuvent induire un désinvestissement corporel dans lequel des troubles spatio-temporaux s'installent et annihilent toute notion de plaisir du mouvement, de ressenti corporel et d'expressivité. En étayant le monde sensoriel et tonique de Teli, nous prévenons l'apparition de difficulté de développement.
- Un travail sur le sentiment d'unité corporelle de Teli en repartant d'un niveau de développement inférieur : proposer des schèmes de mouvements neuromoteurs comme des enroulements, très guidés pour enrichir les différents niveaux de perceptions, puis progressivement varier les schèmes. Un travail sur l'enveloppe corporelle avec du massage peut nourrir la sensation d'unité mais aussi faire diminuer sa carapace hypertonique des membres qui entrave l'intégration d'informations neuro-sensorielles. En effet, « *son immaturité psychique le confine dans son corps : non exprimés, les tensions, douleurs et bouleversements émotionnels bouillonnent intérieurement et le petit est tendu, excité, turbulent ou apathique, renfermé, inhibé, affaissé.* » (Robert-Ouvray, p.56, 2015)
- La création d'un espace de confiance pour que les parents aient la possibilité de s'exprimer sur leur vécu autour de la parentalité, de trouver des réponses pluridisciplinaires à leurs questions, leur proposer des outils d'accompagnement pour le développement de leur enfant.
- Le soutien des « conduites de facilitations » (Robert-Ouvray, p.13, 2015) de Teli qui favorisent l'attention du parent, lui renvoient des sentiments positifs et nourrit l'estime de soi. Par exemple par la verbalisation des initiations d'interactions vocales et visuelles réalisées par Teli pour que les parents puissent les accueillir et y répondre de manière ajustée. L'enfant se sent reconnu dans ce qu'il vit, et le parent valorisé dans ses compétences, soutenant ainsi la relation parent enfant.

3.4. Bilan

Nous pouvons par la médiation de la comptine, soutenir la prise de confiance de ces parents dans leur parentalité et soutenir la transmission de leur pratique de maternage. Les comptines viennent réveiller en chacun-e de nous des souvenirs de l'enfance et induisent une régression corporelle propice à la relation entre la mère et son enfant. Moro souligne toute l'importance des transmissions culturelles dans la petite enfance, que les phénomènes migratoires mettent souvent à mal.

L'utilisation d'objets culturels médiateurs comme la comptine permet de soutenir la dynamique interactive entre Teli et ses parents et le dispositif groupal offre une enveloppe contenant et sécurisante où le bébé peut explorer l'environnement, les relations avec l'autre et développer ses compétences psychomotrices.

3.5. Ma place de stagiaire

Ce stage a été pour moi une découverte riche en apprentissages et a nécessité de réaménager mon propre système de pensée afin d'accueillir l'altérité et d'assurer mon rôle de réceptacle des projections des patient-e-s (Di et al, 2019).

Il m'a fallu porter une attention à mes propres mouvements internes afin de protéger la relation thérapeutique et de rester dans une posture professionnelle.

Cela a nécessité l'analyse de mon propre contre-transfert, concept fondamental dans la clinique psychanalytique définie comme "*l'ensemble des réactions inconscientes du thérapeute à son patient*" (Moro, 2009). Mais également prendre conscience du "contre-transfert culturel" inhérent à tout-e individu-e et énoncé par Devereux comme les "*réactions appartenant à notre histoire collective, à notre appartenance linguistique, professionnelle, socio-culturelle*" (Moro, 2009).

Grâce au travail de groupe et aux nombreuses réunions institutionnelles, supervisions, références théoriques et travail d'écriture, j'ai pu trouver des espaces où pouvoir déposer, questionner, interroger ma pratique et ma posture de future psychomotricienne. Mais aussi enrichir ma réflexion de nouvelles pistes de recherche dans un environnement particulièrement fécond.

POUR CONCLURE

Au fil de mes stages, j'ai constaté à quel point la perte des différentes enveloppes et le changement de référentiel culturel qu'entraîne l'exil peuvent mettre à mal les mères et leur bébé dans leur relation à soi, à l'autre et au monde. Coupées de leurs racines, de leur histoire, c'est une part de leur identité qui vacille.

L'univers mouvant et précaire dans lequel une majorité des familles exilées se retrouvent ne leur laisse que peu de possibilités pour réussir à s'arrimer à la terre d'accueil, s'enraciner pour ne pas chavirer. La sphère psychocorporelle devient le terrain privilégié de l'expression de la souffrance des sujets, figeant l'espace, le temps et la relation à l'autre. Transmettre à son enfant une perception du monde cohérente n'est pas chose facile lorsque l'on est soi-même sans repères.

La psychomotricité permet une approche holistique du sujet, prenant en compte les différents niveaux de structuration dans leur rapport et interactions les uns aux autres. La relation mère-enfant est ici appréhendée par le prisme de l'exil, fragilisant les compétences maternelles des femmes que j'ai rencontré en stage, faisant par la suite le terreau du désordre psychomoteur chez le bébé. Dans ce contexte, l'apport de la psychomotricité est riche afin de rétablir un dialogue dans les interactions mère-bébé.

Par l'approche des techniques du corps et plus particulièrement des pratiques de maternage qui font appels à la mémoire du corps, la psychomotricité réveille une corporéité transmise et engrammée depuis l'aube de notre vie. Les comptines sont une belle manière de (ré)inscrire les mères dans leur propre histoire, de raviver la façon dont elles ont été bercées, portées, soignées, de soutenir le désir de transmettre à leur tour, d'enculturation, et de renforcer le lien de filiation. La comptine, connotée culturellement et familialement, réinscrit le bébé dans la généalogie familiale où la mère devient passeuse d'une histoire héritée de ses ancêtres. En ce sens, la psychomotricité, en passant par le corps, ranime des éléments d'une culture interne bénéfique à la re-création d'une enveloppe culturelle contenante et productrice de sens, conjuguant les référentiels culturels anciens et actuels.

L'intervention précoce auprès de la dyade mère-bébé vulnérabilisée par l'exil propose des perspectives de prévention concernant l'instauration des interactions précoces et le développement psychomoteur du très jeune enfant.

Le dispositif groupal mis en place en foyer maternel et à l'atelier « accueil du nouveau-né » offre une enveloppe contenant à ces familles, au sein de laquelle les psychomotricien-ne-s peuvent accompagner l'ajustement du corps du parent à celui de son enfant pour favoriser leur rencontre.

L'utilisation de la médiation comptine en psychomotricité est également un outil intéressant : il soutient le développement des compétences maternelles par la mobilisation du dialogue tonico-émotionnel et des dimensions relationnelles, interactives et de partage entre la mère et son enfant. La comptine porte dans sa structure des éléments qui favorisent l'instauration d'un cadre spatio-temporel et de jeux entre les corps, propices au nouage de la relation permettant par la suite un accordage mère-bébé. Au travers de la comptine, les psychomotricien-ne-s apportent des points d'appuis externes et internes non seulement aux bébés pour les engager sur le chemin d'une construction psychocorporelle harmonieuse, mais également aux mères pour les accompagner sur le chemin de la parentalité.

Dans ce contexte, les prises en soin précoces nous démontrent que face à l'adversité de l'exil et ses traumatismes subjacents pouvant mener à la pathologie, un autre chemin est possible, celui de la résilience et de la métamorphose.

L'expérience de ces stages et la rédaction de ce mémoire m'ont permis d'approfondir mes valeurs professionnelles, mais aussi humaines. Aujourd'hui je me sens riche d'une identité professionnelle nourrie de pratiques et de références théoriques, faisant elle aussi son chemin.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARET J.-M., GIROMINI F., SCIALOM P., a,** « *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 1. Concepts fondamentaux* », De Boeck Supérieur SA, 2015
- ALBARET J.-M., GIROMINI F., SCIALOM P., b,** « *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 2. Méthodes et techniques* », De Boeck Supérieur SA, 2015
- APTER G., FILIPPA M., GRATIER M,** « *Le bébé chef d'orchestre : d'une attention à l'autre* », dans « *Bébé attentif cherche adulte(s) attentionné(s)* » de **-DUGNAT M.**, "Question d'enfance", p.49-58, ERES, 2018
- BACHOLLET M. S., MARCELLI D.,** « *Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements* », dans *Enfances et psy*, 2010/4, n°49, p.14-19
- BAYLE B., GLATIGNY DALLAY E.,** « *Les interactions parent-enfant* », p.41-49 dans « *Psychiatrie et psychopathologie périnatales* », DUNOD, 2017
- BEN SOUSSAN P.,** « *1, 2, 3...Comptines !* », Erès, 2001
- BLOUIN C, C. M. PYLOUSTER,** « *Raconte-moi les mots...* », « *Empan* », 2011/3 n° 83, pages 121 à 124, Erès
- BORSONI B., LEBEAU C., TALLOU V.,** « *Des corps, du chant, du cœur. L'expérience d'un groupe Berceuses en unité périnatale ambulatoire* », *Spirale*, n° 87, pages 107 à 125, 2018
- BRIL B.,** « *Culture et portage de l'enfant* », "Spiral" n°46, p.121-132, Erès, 2008
- BULLINGER A.,** « *La genèse de l'axe corporel, quelques repères* », p.136-143 dans « *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* », Erès, 2007
- CARDENAS DE ESPASANDIN M.,** « *L'importance du sonore et la notion d'enveloppe* », p.95-109, dans « *La berceuse* », Erès, 2008
- CARLSON E., TERENO S., SOARES I., MARTINS E., SAMPAIO D.,** « *La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique.*», "Devenir", n°19, p-151-188, 2007

- CATTEEUW L.**, « *L'espace potentiel, lieu de socialisation* », « Spirale », n° 88, pages 113 à 130, Erès, 2018
- CICCONE A.**, « *Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques* », dans « CAHIERS DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE », n°17, p.81-102, 2001
- CONVERSY L., GUEDENEY A.**, « *Attachement et périnatalité* », p.31-39 dans « Psychiatrie et psychopathologie périnatales », DUNOD, 2017
- CRUZE-CHARLOT L., SEGURET C.**, « *Lire-chanter avec les nourrissons en pmi et pouponnière* », dans « Lire en chantant des albums de comptines », p.91-106, Erès, 2015
- DANTIER B.**, Textes de méthodologie en sciences sociales choisis et présentés par Bernard Dantier « *Catégories de temps et relativités culturelles : Edward T. Hall, La danse de la vie- Temps culturel, temps vécu.* », 2007
- DAYDE J.**, « *La précarité au cœur de la parentalité et de l'intégration psychomotrice de l'enfant : quel accompagnement en psychomotricité ?* », Mémoire de psychomotricité, Paris VI, 2015
- DELION P. & AI**, « *Le bébé et ses institutions* », Erès, 2001
- DELORME J.**, « *Enfants de migrants et expérience transculturelle : une approche psychomotrice* », dans "Thérapie psychomotrice et recherches n°137 : Corps et culture", SNUP, 2004
- DI C., JULIE A.I, TITA RIZZI A.**, « *Le conte-transfert en clinique transculturelle* », Editions Cazaubon, « Le Carnet PSY », n° 225, pages 28-33, 2019
- DIET E.**, « *L'objet culturel et ses fonctions médiatrices* », "Connexion", n°93, p.39-59, Erès, 2010
- DOZIO E., DRAIN E., FELDMAN M., EL HUSSEINI M., MORO M-R., RADKJACK R.**, « *Des « résidus radioactifs » au cœur d'une dyade mère-bébé ou la transmission du trauma d'une mère à son bébé* », L'Autre, volume 16, p.140-149, 2015
- **FERTE A. L.**, « *Donner naissance et élever un enfant : quel accompagnement quand parents et professionnels ne partagent pas les mêmes représentations culturelles ?* », Spirale, n° 88, pages 131-141, 2018

- GAUTHUER J. M., LEJEUNE C.**, « *Les comptines et leur utilité dans le développement de l'enfant* », « *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* », n°56, p.413-421, 2008
- GHERBI K. B. M. & AL**, « *Périnatalité : parents, bébés et familles à travers les cultures* », Académie tunisienne des sciences, des lettres et des arts *Beit al-Hikma*, 2019
- GRANSARD C.**, « *Enveloppe culturelle et attachement social* », *Santé Mentale* n°135, "La fonction contenante", p.46-49, février 2009
- GRATIER M.**, « *Harmonies entre mère et bébé, Accordage et contretemps* », "Enfance et Psy", n°13, p.9-15, Erès, 2001
- GRATIER M.**, « *Raconter en chantant : musicalité et narrativité au cœur du développement humain* », dans « *Lire en chantant des albums de comptines* », p.15-28, Erès, 2015
- GRIMA M. A.**, « *"Re-panser" la vulnérabilité psychique observée chez certains enfants de migrants.* », *Psychologie*, Université de la Réunion, 2006
- GROSLEZIAT C., NOUHEN E.**, « *Comptines et berceuses du baobab* », Broché, 2003
- HAAG G.**, « *Le dos, le regard, et "la peau"* », <http://www.asm13.org/IMG/pdf/dos-regard-peau-3.pdf>, 1988
- HOUZEL D.**, « *Le sentiment de continuité d'existence* », « *Journal de la psychanalyse de l'enfant* », Presses Universitaires de France, p.115-130, 2016
- LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M.**, « *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Volume 1, », Presses Universitaires de France, 1985
- MAUSS M.**, « *Sociologie et anthropologie* », « *Sixième partie : Les techniques du corps* », p.363-386, Presses Universitaires de France, 2013
- MARCHAL J.**, « *"Ici c'est différent" ; une approche psychomotrice de la relation mère-enfant dans les parcours migratoires.* », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2018
- MARPEAU P., LEPINAY J. M.**, « *Entre mère et bébé : voix, rythmes et mélodies* », *Enfance & Psy*, n°78, p.152-161, 2018

- MASSOT A. L.**, « *La migration, perte d'une enveloppe culturelle.* », dans "Thérapie psychomotrice et recherches n°137 : Corps et culture", SNUP, 2004
- MESTRE C. & AL.**, « *Bébés d'ici, mère d'exil* », Erès 1001 bébés, 2016
- MORO M. R.**, « *Enfants d'ici venus d'ailleurs* », La Découverte, 2002
- MORO M. R., REYRE A., ROUCHON J-F, TAÏEB O.**, « *L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique* », La Pensée sauvage, « L'Autre », Volume. 10, pages 80-89, 2009
- MORO M. R.**, « *Grandir en situation transculturelle* », Paris Ed. Fabert Bruxelles Yapaka.be, 2010
- OURGHANLIAN C.**, "*La fonction contenante*", sur le site de D. Calin : Psychologie, éducation et enseignement spécialisé, http://dcalin.fr/publications/fonction_contenante.html
- PAVY P.**, « *Agir et s'exprimer avec son corps, Comptines et psychomotricité* », Fichespédagogiques.com
- PERRIER-GENAS M.**, chapitre 1 "*La stimulation psychomotricité du nourrisson*" dans le « Manuel d'enseignement de la psychomotricité Tome 3 », De Boeck Supérieur SA, p5-17, 2015
- PIOT M.**, « *Le regard est visage. Le visage est regard* », Association Recherches en psychanalyse | « Recherches en psychanalyse », n° 6, pages 131 à 137, 2006
- POTEL C.**, « *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir* », Erès, 2015
- ROBERT-OUVRAY S.**, « *Intégration motrice, développement psychique. Une théorie de la psychomotricité* », Desclée de Brouwer, 2010
- **ROBERT-OUVRAY S., DUVERNAY J.**, « *Dans le champ de l'humanitaire, Le corps ressource.* », <http://www.suzanne-robert-ouvray.fr/>, 2015
- STORK H.**, chapitre "*Variations culturelles du maternage*" p.447-459 dans "Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume 1", PUF, 1985
- WINNICOTT D. W.**, *Le bébé et sa mère*, Editions Payot, 1992
- WINNICOTT D. W.**, *La relation parent-nourrisson*, Editions Payots et Rivages, 2011

-ZEROLO M. F., « *A vue de nez.* », *Thérapie psychomotrice – et Recherches*, p.17, n°113, 1998

Sites internet :

- (1) <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMobs/POLY.Chp.1.html>
- (2) <https://www.unhcr.org/fr/news/stories/2019/6/5d08e699a/nombre-personnes-deracinees-travers-monde-depasse-70-millions.html>
- (3) <https://atlasocio.com/classements/economie/pauvrete/classement-etats-par-taux-de-pauvrete-monde.php>
- (4) https://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/FTA_Lettre_asile_90_web.pdf

Conférences :

-DROIT-VOLET S., Conférence « Les temps de l'être », Université de Strasbourg, <https://www.franceculture.fr/conferences/universite-de-strasbourg/la-perception-du-temps>, 2016

-MESTRE C., Colloque "L'Homme est mémoire" : l'anthropologie du geste et du rythme, Université Bordeaux Montaigne, <https://youtu.be/NIJ2jlod7wM>, 2014

-MIYUKI TURPIN H., *Attachement et culture*, Colloque "Journée en l'honneur de Blaise Pierrehumbert", 2014

ANNEXE N°1

La psychomotricité Pour qui ? Pour quoi ?

Métier du paramédical qui s'intéresse à la façon dont chaque personne **perçoit** et **vit** son corps

- Auprès de votre enfant :

- aide dans son développement psychomoteur
- observation et prévention des troubles psychomoteurs
- temps de détente : massages, bercements, relâchement tonique

- Auprès de vous et votre enfant :

- répondre à vos interrogations et préoccupations
- des moments de plaisirs partagés : comptines, peinture, rythme



- Auprès de vous :

- de la détente : massage, relaxation, méditation
- rétablir une image de soi positive
- ressentir des éprouvés corporels positifs et bienfaisants



ANNEXE N°2

Préparation d'une séance

- Le thérapeute

- ↳ doit mener au préalable une anamnèse avec son patient : petit questionnaire permettant d'évaluer l'hygiène de vie du patient ⇒ permet d'être informé de tout traitement médical en cours.

- ↳ doit s'assurer de l'accord du patient pour s'abandonner passivement ⇒ Le sujet reste conscient de tout ce qui se passe :

- * Pas d'état d'hypnose

- * Etat sophronique : à la limite entre veille et sommeil, décontraction extrême, décontraction totale, impression de lourdeur, de chaleur et d'engourdissement.

- La salle de thérapie : calme, confortable et aérée.

La séance

- ❶ **Phase préliminaire** : le patient, généralement allongé sur un matelas

- * écoute sa respiration et imagine une situation agréable et paisible ⇒ détente avant l'exercice.

- ❷ **Exercices de training autogène**

- ↳ l'exercice de la **pesanteur** : le thérapeute attire l'attention du patient sur les sensations de lourdeur à l'intérieur du corps ⇒ porte sur la décontraction des muscles volontaires

- ↳ l'exercice de la **chaleur** : le thérapeute attire l'attention du patient sur les sensations de chaleur à l'intérieur du corps ⇒ porte sur la décontraction vasculaire

- ↳ l'exercice de **respiration** : se concentre sur la respiration pour amener un calme progressif (pas de respiration volontaire : on laisse aller le souffle naturellement)

- ↳ l'exercice des **organes abdominaux** : sur les sensations de la région du plexus solaires et de tous les organes abdominaux

- ↳ l'exercice du **cœur** : le thérapeute insiste sur la région du cœur ⇒ Le patient ne doit pas présenter de pathologie cardiaque

- ↳ l'exercice de la **tête** : le thérapeute évoque plutôt la fraîcheur (la chaleur pouvant produire de l'énervement)

- ❸ **Phase de reprise** : très importante retour du patient à la vie concrète sans brusquerie

ANNEXE N°3



Bienvenue, bienvenue,
A l'atelier comptines,
Bienvenue, bienvenue,
Pour des lectures enfantines

ANNEXE N°4



Au revoir, au revoir,
C'est la fin de l'atelier,
Au revoir, au revoir,
Au revoir et à bientôt 

ANNEXE N°5

Partie 4B

BÉBÉ de 2 à 6 mois (âge corrigé)

INTERACTIONS MÈRE-NOURRISSON

Date de l'observation : 14 | | | | 2 | 0 | | |

POINT DE VUE DE L'ENFANT

INTERACTIONS CORPORELLES	INTERACTIONS VISUELLES	INTERACTIONS VOCALES	INTERACTIONS FACIALES
<p>Gestualité :</p> <p>0 Exprime une gestualité adaptée et satisfaisante, ses mouvements corporels sont réguliers et harmonieux. 22 </p> <p>1 Exprime une gestualité adaptée mais pauvre avec un ralentissement des mouvements corporels</p> <p>2 Exprime une gestualité très importante avec des mouvements corporels vifs accélérés ou dysharmonieux.</p> <p>3 N'exprime aucune gestualité.</p>	<p>Initiation de l'interaction :</p> <p>0 Recherche du regard sa mère. Peut aussi solliciter un tiers et accrocher un objet. 25 </p> <p>1 Ne recherche pas sa mère du regard mais peut rechercher le regard d'un tiers.</p> <p>2 Ne recherche ni le regard de sa mère ni le regard d'un tiers mais accroche un objet.</p> <p>3 Refuse tout contact visuel ou peut montrer un regard fixe.</p>	<p>Initiation de l'interaction :</p> <p>0 Vocalise vers sa mère régulièrement. 28 </p> <p>1 Vocalise vers sa mère mais avec des moments de rupture.</p> <p>2 Vocalise peu vers sa mère mais vocalise vers un tiers.</p> <p>3 Vocalise de façon excessive et intense.</p> <p>4 Ne vocalise jamais vers sa mère ni vers un tiers.</p>	<p>Initiation du sourire :</p> <p>0 Sourit à sa mère et à un tiers. 31 </p> <p>1 Sourit uniquement à sa mère.</p> <p>2 Sourit à un tiers mais pas à sa mère.</p> <p>3 Sourit sans différenciation quelque soit la personne.</p> <p>4 Ne sourit jamais.</p>
<p>Dialogue corporel :</p> <p>0 Le dialogue corporel du bébé est adéquat, il semble détendu et peut trouver une position corporelle confortable. 23 </p> <p>1 Le dialogue corporel du bébé est adéquat globalement avec des ruptures de tons hypertonique et/ou hypotonique.</p> <p>2 Le dialogue corporel du bébé est adéquat mais celui-ci semble très réactif et irritable.</p> <p>3 Le dialogue corporel du bébé montre une hypertonie avec attitudes du torse contractées, figées ou arqueboutées.</p> <p>4 Le dialogue corporel du bébé montre une hypotonie avec un torse peu maintenu et mou.</p>	<p>Maintien de l'interaction :</p> <p>0 Maintient le regard de façon adéquate avec sa mère et avec un tiers. 26 </p> <p>1 Regarde sa mère de façon discontinue mais maintient le regard avec un tiers.</p> <p>2 Regarde de façon discontinue.</p> <p>3 Evite de façon active le regard avec sa mère mais peut le maintenir avec un tiers.</p> <p>4 Evite de façon active le regard.</p>	<p>Maintien des vocalises :</p> <p>0 Maintient l'échange vocal de façon adéquate avec sa mère et avec un tiers. 29 </p> <p>1 Maintient l'échange vocal de façon discontinue avec sa mère mais de façon continue avec un tiers.</p> <p>2 Maintient l'échange vocal mais de façon discontinue.</p> <p>3 Ne vocalise pas en réponse à sa mère mais vocalise vers un tiers.</p> <p>4 Ne vocalise pas.</p>	<p>Réponse au sourire :</p> <p>0 Répond au sourire de sa mère et à un tiers. 32 </p> <p>1 Répond au sourire d'un tiers mais pas à sa mère.</p> <p>2 Ne répond pas au sourire.</p>
<p>Contacts corporels :</p> <p>0 Recherche les contacts corporels avec sa mère de façon adéquate. 24 </p> <p>1 Ne recherche pas les contacts corporels avec sa mère mais les accepte.</p> <p>2 Recherche de façon massive les contacts corporels avec sa mère.</p> <p>3 Refuse les contacts corporels avec sa mère mais les recherche et les accepte avec un tiers.</p> <p>4 Refuse tout contact corporel.</p>	<p>Expression du regard :</p> <p>0 Regarde avec une expression adéquate. 27 </p> <p>1 Regarde avec hypervigilance, semble aux aguets.</p> <p>2 Présente un regard vide.</p>	<p>Pleurs :</p> <p>0 Pleure de temps en temps et se montre facilement consolable par sa mère ou d'un tiers. 30 </p> <p>1 Pleure longtemps ou très souvent mais se montre consolable par sa mère ou d'un tiers.</p> <p>2 Pleure longtemps ou très souvent, se montre inconsolable par sa mère mais consolable par un tiers.</p> <p>3 Pleure et geint très souvent. Paraît inconsolable.</p> <p>4 Ne pleure presque jamais.</p>	<p>Autres expressions du visage</p> <p>33 </p>

POINT DE VUE DE LA MÈRE

INTERACTIONS CORPORELLES	INTERACTIONS VISUELLES	INTERACTIONS VOCALES	INTERACTIONS FACIALES
<p>Dialogue tonique :</p> <p>0 Tient son bébé de manière confortable, assurant à celui-ci une sécurité, avec un ajustement de la distance. 34 </p> <p>1 Tient son bébé de façon confortable mais de façon discontinue avec des réactions brusques fréquentes.</p> <p>2 Tient son bébé dans une trop grande proximité, dans une difficulté à ajuster la distance.</p> <p>3 Tient son bébé à distance supportant mal les rapprochés corporels.</p> <p>4 Tient de façon inconfortable son bébé, dans une difficulté à ajuster la distance, portant atteinte à la sécurité physique du bébé.</p>	<p>Initiation de l'interaction :</p> <p>0 Cherche le regard de son bébé de façon adaptée pour initier l'interaction. 37 </p> <p>1 Cherche le regard de son bébé mais de façon discontinue.</p> <p>2 Cherche le regard de son bébé avec insistance sans initier l'interaction.</p> <p>3 Ne cherche jamais le regard de son bébé.</p>	<p>Rythme et ajustement :</p> <p>0 Parle fréquemment à son bébé dans une continuité d'échanges. 40 </p> <p>1 Parle rarement à son bébé mais dans une continuité d'échanges.</p> <p>2 Parle fréquemment à son bébé mais avec des moments de rupture.</p> <p>3 Parle de façon quasiment ininterrompue à son bébé sans tenir compte de sa disponibilité et de sa réactivité.</p> <p>4 Ne parle que rarement, voire jamais, à son bébé.</p>	<p>EXPRESSION DU VISAGE :</p> <p>0. Les expressions du visage sont adaptées et variées. 43 </p> <p>1. Les expressions du visages sont variées mais inadaptes.</p> <p>2. Les expressions du visage sont adaptées mais pauvres.</p> <p>3. Les expressions du visage sont inadaptes et pauvres.</p>
<p>Postures :</p> <p>0 Tient ou installe son bébé dans une position qui permet l'échange. 35 </p> <p>1 Peut tenir ou installer son bébé dans une position qui permet l'échange mais de façon discontinue.</p> <p>2 Ne tient pas ou n'installe jamais son bébé dans une position qui permet l'échange.</p>	<p>Maintien de l'interaction :</p> <p>0 Maintient le regard avec son bébé de façon continue. 38 </p> <p>1 Maintient le regard avec son bébé mais de façon discontinue en se laissant distraire par l'environnement.</p> <p>2 Maintient le regard avec son bébé mais de façon discontinue avec évitement actif.</p>	<p>Discours : contenu et affect :</p> <p>0 S'adresse à son bébé dans un discours adapté avec des affects adaptés. 41 </p> <p>1 S'adresse à son bébé dans un discours adapté mais avec des affects non concordants.</p> <p>2 S'adresse à son bébé dans un discours inadaptes, les affects sont présents mais non concordants.</p> <p>3 S'adresse à son bébé dans un discours inadaptes ou pauvre sans affect.</p>	
<p>Gestes de tendresse :</p> <p>0 Caresse et embrasse son bébé de façon adéquate. 36 </p> <p>1 Caresse et embrasse son bébé de façon apparemment adéquate mais avec des ruptures.</p> <p>2 Caresse et embrasse son bébé très souvent sans s'ajuster à lui.</p> <p>3 Manipule ou touche son bébé de façon inadaptes, excessive ou brusque.</p> <p>4 Ne peut pas toucher son bébé.</p> <p>5 Manipule ou touche son bébé de façon mécanique.</p>	<p>Expression du regard :</p> <p>0 Regarde le plus souvent son bébé avec une expression adaptée. 39 </p> <p>1 Regarde le plus souvent son bébé de façon préoccupée et/ou inquiète.</p> <p>2 Regarde le plus souvent son bébé de façon intrusive et/ou agressive.</p> <p>3 Regarde le plus souvent son bébé de façon triste.</p> <p>4 Regarde le plus souvent son bébé de façon vide.</p> <p>5 Evite en permanence le regard de son bébé.</p>	<p>Expression vocale :</p> <p>0 L'expression vocale de la mère est adaptée. 42 </p> <p>1 L'expression vocale de la mère est marquée par l'inquiétude.</p> <p>2 L'expression vocale de la mère est globalement ralentie et triste, sans modulation.</p> <p>3 L'expression vocale de la mère est marquée par l'agressivité.</p> <p>4 L'expression vocale de la mère est indifférente et mécanique.</p>	

APPRECIATION GLOBALE DES INTERACTIONS MÈRE-ENFANT (EN S'APPUYANT SUR LES DEUX PAGES PRÉCÉDENTES)

	INTERACTIONS CORPORELLES	INTERACTIONS VISUELLES	INTERACTIONS VOCALES
CONTINUITÉ	1 Continue. 2 Parfois 3 Le plus souvent discontinue. 4 Toujours discontinue 44 __	1 Continue. 2 Parfois 3 Le plus souvent discontinue. 4 Toujours discontinue 47 __	1 Continue. 2 Parfois 3 Le plus souvent discontinue. 4 Toujours discontinue 50 __
RICHESS	1 Riche. 2 Plutôt riche. 3 Plutôt pauvre. 4 Pauvre 45 __	1 Riche. 2 Plutôt riche. 3 Plutôt pauvre. 4 Pauvre 48 __	1 Riche. 2 Plutôt riche. 3 Plutôt pauvre. 4 Pauvre 51 __
BON AJUSTEMENT DES DEUX PARTENAIRES DANS LA RELATION INTERACTIVE	1 Très souvent. 2 Souvent. 3 Parfois. 4 Jamais. 46 __	1 Très souvent. 2 Souvent. 3 Parfois. 4 Jamais. 49 __	1 Très souvent. 2 Souvent. 3 Parfois. 4 Jamais. 52 __

Événements significatifs concernant la mère et/ou le bébé (dans les 8 jours écoulés) :

▪ **Dans le cadre de l'hospitalisation (3 réponses possibles) :**

- 1 Annonce d'un projet de séparation.
- 2 Annonce d'un signalement aux autorités administratives ou judiciaires.
- 3 Programmation de la sortie de l'unité mère-bébé.
- 4 Aggravation de la symptomatologie initiale de la mère.

- 5 Apparition de nouveaux troubles maternels (à préciser en clair)
- 6 Amélioration significative maternelle.
- 7 Autre (à préciser en clair) 53 |__| |__| |__|

▪ **Dans le cadre d'événements familiaux extra-hospitalisation (4 réponses possibles) :**

1. Séparation du couple.
2. Accident d'un proche (préciser en clair)
3. Deuil d'un proche (préciser en clair)
4. Autre (à préciser en clair) 56 |__| |__| |__| |__|

▪ **Une personne est-elle hospitalisée dans l'unité avec la mère et le bébé cette semaine (oui = 1 / non = 0) 60 |__|**

Si oui :

1. Conjoint ou père du bébé (préciser lequel)
2. Grand-mère maternelle.
3. Autre personne proche (préciser en clair) 61 |__|

Pendant combien de temps (en heure) ? 62 |__| |__|

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	2
AVANT-PROPOS	3
INTRODUCTION	4
Partie 1 : Du développement des interactions précoces aux fondamentaux psychocorporels face à l'épreuve de l'exil	6
A. Les interactions précoces	7
1. Définition de l'interaction	7
2. Les différents niveaux d'interaction.....	8
2.1. Les interactions comportementales	8
2.1.1. Les interactions corporelles	8
2.1.2. Les interactions visuelles.....	8
2.1.3. Les interactions vocales	9
2.2. Les interactions affectives	9
2.3. Les interactions fantasmatiques.....	10
3. Variabilités culturelles de l'interaction	10
4. La théorie de l'attachement.....	11
B. Vulnérabilité et situation migratoire	13
1. La situation migratoire	13
2. Le cumul de facteurs de risques.....	14
2.1. L'exil comme rupture.....	14
2.1.1 Avec les repères spatio-temporels.....	14
2.1.2. Avec les repères familiaux.....	14
2.1.3. Avec les repères culturels	15
2.2. Un quotidien précaire pour la majorité des dyades.....	17
2.2.1. La précarité administrative	17
2.2.2. La précarité économique	17

2.2.3. La précarité sociale.....	18
2.3. Le traumatisme psychique.....	18
3. Qui peuvent conduire à la perturbation des interactions précoces mère-enfant.....	20
3.1. Mettre au monde ailleurs	20
3.2. Les aspects quantitatifs des perturbations.....	21
3.3. Les aspects qualitatifs des perturbations	21
3.3.1. Perturbation de la synchronie.....	21
3.3.2. Perturbation de la réciprocité	22
C. Vulnérabilité spécifique du bébé : quand le corps parle	23
1. Le tonus musculaire	23
1.1. Le tonus de fond	24
1.2. Le tonus postural	24
1.3. Le tonus d'action.....	24
2. De l'hypertonie innée à l'hypertonie déstructurante	25
2.1. La bipolarité tonique.....	25
2.2. Rôle de l'hypertonie innée	26
2.3. L'hypertonie déstructurante.....	27
3. La proprioception	27
4. Atteinte de l'axe corporel	27
Partie 2 : Les comptines, "1, 2, 3, construire un chez moi"	29
A. Les comptines	30
1. Définition.....	30
2. Histoire des comptines.....	30
B. Intérêts dans le développement	31
1. L'inscription dans le temps :.....	31
1.1. Le rythme	31
1.1.1. Les rythmes in-utero	31
1.1.2. Les rythmes à la naissance	32
1.1.3. Rythmes et interaction.....	32
1.1.4. Le temps objectif et généalogique.....	33

1.1.5. Rythmes et comptines.....	33
1.2. La durée	34
1.2.1. Dans le développement	34
1.2.2. Durée et comptine	35
1.3. La narration.....	35
1.3.1. Narration et interaction	35
1.3.2. Narration et comptines	36
2. L'inscription dans l'espace	37
2.1. La construction d'un espace propre : vers un espace à soi.....	37
2.1.1. Dedans, dehors.....	37
2.1.2. Contenant, contenu	38
2.1.2.1. L'enveloppe tactile	38
2.1.2.2. L'enveloppe sonore	40
2.1.2.3. L'enveloppe visuelle	40
2.2. La construction d'un espace externe.....	41
2.2.1. Je bouge donc (je sais où) je suis	41
2.2.1.1. Les comptines à gestes	42
2.2.2. La comptine pour tisser des ponts.....	43
3. Tonus et relation	44
3.1. L'intégration de l'axe corporel pour découvrir le monde	44
3.1.1. Le mouvement d'axialité.....	44
3.1.2. Dans la comptine.....	45
3.2. L'accord des corps dans le corps à corps.....	46
3.2.1. Le dialogue tonique.....	46
3.2.2. En comptine	47
Partie 3 : Théorico -clinique	49
A. La comptine au foyer maternel.....	50
1. Le foyer maternel.....	50
1.1. Présentation générale.....	50
1.2. Population accueillie.....	51

2. Le stage expérimental	51
2.1. Définition	51
2.2. Le projet de stage	52
2.2.1. La période d'observation	52
2.2.2. Elaboration du projet	53
2.2.2.1. La demande	53
2.2.2.2. Les objectifs	53
2.2.3. L'atelier bien-être.....	54
2.2.4. L'atelier "Grandir en comptine et lecture enfantine"	55
2.2.4.1. Cadre de l'atelier	55
2.2.4.2. Objectifs.....	56
2.2.5. Médiation comptine, la médiation en psychomotricité	56
2.2.5.1. La médiation corporelle.....	56
2.2.5.2 Posture professionnelle	57
2.2.5.3. Place des personnes accueillies.....	57
3. <i>Etude de cas : Mme B. et Amine</i>	58
3.1. Rencontre et approche psychomotrice	58
3.1.1. Histoire de vie de Mme B.	58
3.1.2. Première rencontre	58
3.1.3. Rencontre suivante	59
3.1.4. Observation d'Amine	60
3.1.5. Interactions de la dyade	61
3.1.6. Synthèse de l'observation	61
3.2. Approche psychomotrice.....	62
3.2.1. Projet pour la dyade au sein de l'atelier	62
3.2.2. Rencontres suivantes	62
3.2.3. Suite du projet pour la dyade.....	63
3.2.4. Fin de l'accompagnement	64
B. La comptine à l'atelier "accueil du nouveau-né"	64
1. Présentation du cadre de référence : l'ethnopsychiatrie	64

1.1. Généralités.....	64
1.2. Les psychothérapies culturelles.....	65
2. Présentation du cadre de travail.....	65
2.1. L'association et ses missions	65
2.1.1. Méthode.....	66
2.2. L'atelier "accueil du nouveau-né"	66
2.2.1. Population accueillie	66
2.2.2. Objectifs	66
2.2.3. Le cadre de l'atelier	67
2.2.3.1. Les rituels.....	68
2.2.3.2. Le groupe	68
2.3. Pour une ethnopsychomotricité.....	69
2.3.1. Place de la psychomotricité au sein de l'atelier.....	69
2.3.1.1. De l'observation au décryptage du langage du corps	69
2.3.1.2. Etayage du développement psychomoteur	70
2.3.1.3. Soutien des compétences maternelles	70
2.3.2. La comptine : un objet culturel porteur de métissages.....	71
3. Présentation d'une étude de cas : Mme S, Mr D et Teli	72
3.1. Anamnèse	72
3.2. La rencontre.....	72
3.2.1. Observation de Teli	73
3.2.2. Observation des interactions mères-enfants.....	74
3.2.3. La comptine comme enveloppe culturelle.....	75
3.3. Projet pour la famille au sein de l'atelier.....	77
3.4. Bilan	78
3.5. Ma place de stagiaire.....	78
POUR CONCLURE	79
BIBLIOGRAPHIE	81
ANNEXE N°1	86

ANNEXE N°2	87
ANNEXE N°3	88
ANNEXE N°4	88
ANNEXE N°5	89
TABLE DES MATIERES	91