



HAL
open science

Le lien mère-bébé dans une unité de psychiatrie périnatale : Le rôle du psychomotricien auprès de cette dyade

Alexane da Silva

► **To cite this version:**

Alexane da Silva. Le lien mère-bébé dans une unité de psychiatrie périnatale : Le rôle du psychomotricien auprès de cette dyade. Psychologie. 2020. dumas-02894599

HAL Id: dumas-02894599

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02894599>

Submitted on 9 Jul 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.

Université de Bordeaux
Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Le lien mère-bébé dans une unité de
psychiatrie périnatale :

Le rôle du psychomotricien auprès de cette dyade.

DA SILVA Alexane

Née le 13 mai 1995 à Champigny-sur-Marne

Directrice de Mémoire : Anaïs Eudier

Juin 2020

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué à la rédaction de ce mémoire :

Anaïs EUDIER, ma directrice de mémoire, pour ses remarques et ses conseils qui ont alimenté ma réflexion mais aussi pour sa patience et sa disponibilité.

Frédérique JONCHERAY-CHAAR, ma maîtresse de stage, pour sa bienveillance, sa disponibilité ainsi que pour nos nombreux échanges et tout particulièrement pour sa passion de transmettre, pour son savoir-être et savoir-faire tout au long de mon stage.

Mes maîtres de stage ainsi que **l'ensemble des patients** que j'ai pu rencontrer pour m'avoir accordé leur confiance mais également pour avoir enrichi ma pratique et mon expérience.

Mes amis de l'IFP, pour nos échanges, nos partages de doutes, nos questionnements et enfin tous nos moments passés ensemble.

Mes parents ainsi que **Benjamin et Laura** pour leur soutien et leur confiance indéfectibles durant tout mon parcours.

Véronique pour son aide précieuse et ses relectures.

Léa, pour sa présence, son soutien. Merci de m'avoir toujours poussé à donner le meilleur de moi-même.

Sommaire :

| | |
|--|-----------|
| REMERCIEMENTS | 1 |
| INTRODUCTION | 3 |
| PARTIE I : | 5 |
| I- LA NAISSANCE D'UN BEBE ET LA NAISSANCE D'UNE MERE : | 6 |
| A- Les compétences innées du bébé, un bagage dans la création de l'interaction | 6 |
| B- La naissance d'une mère, la matrescence | 13 |
| II- DE LA CO-NAISSANCE A L'ATTACHEMENT : UNE RELATION A CREER : | 20 |
| A- Les mécanismes qui stabilisent le bébé | 20 |
| B- Les différents types d'interactions | 22 |
| C- De l'interaction au lien d'attachement | 29 |
| PARTIE II : | 38 |
| I- LES PERTURBATIONS DE LA RELATION : | 39 |
| A- Les aspects quantitatifs des stimulations | 39 |
| B- Les aspects qualitatifs des stimulations | 43 |
| II- LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DU RESEAU DE PSYCHIATRIE PERINATALE : | 49 |
| A- La psychiatrie périnatale | 49 |
| B- Rôle du psychomotricien auprès du bébé | 52 |
| C- Rôle du psychomotricien auprès de la mère et de la dyade | 57 |
| III- CAS CLINIQUE : MME M. ET MANON : | 66 |
| A- Les informations concernant la dyade | 66 |
| B- La vidéo auprès de Manon et de Mme M. | 72 |
| C- Les séances en psychomotricité | 77 |
| CONCLUSION | 83 |
| BIBLIOGRAPHIE | 85 |
| TABLE DES MATIERES | 90 |
| ANNEXES | 92 |

Introduction :

La grossesse est souvent considérée comme une période d'épanouissement et de grands bouleversements pour la mère comme pour le père en devenir. Contrairement au père, la femme porte physiquement l'enfant et subit de nombreux réaménagements psychiques et physiques. Ainsi le lien mère-bébé est particulier et privilégié dans les premiers mois de la vie de l'enfant.

Devenir mère est un processus long et complexe. Comme l'a dit S. De Beauvoir [5, p. 13] « *On ne naît pas femme on le devient* ». De même les femmes ne naissent pas mères mais le deviennent. Ce changement d'identité amène la femme à vivre une période de fragilité au vu des remaniements qui s'opèrent. C'est à ce moment-là que le trouble psychiatrique peut parfois se trouver au premier plan ; soit il apparaît au cours de la grossesse, soit la grossesse entraîne une décompensation d'un trouble antérieur. La présence d'un trouble psychiatrique maternel peut avoir des effets néfastes sur la qualité des interactions mère-bébé.

D'après Winnicott [60, p. 20] « *un bébé seul, ça n'existe pas* ». Pour pouvoir se développer le tout-petit a besoin d'avoir une relation « suffisamment bonne ». « *Le développement global du bébé, de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte qu'il deviendra, dépend considérablement de la qualité de l'environnement humain, culturel et social, passé et présent dans lequel il naît et grandit* » [19, p. 20]. Cette relation que la mère entretient avec son enfant aura plus ou moins une influence tout au long de la vie du bébé. Selon Bullinger [7, p. 23] « *l'enfance n'est pas un état mais un processus* » ; durant cette période l'enfant apprend à marcher, à parler, en somme il va passer d'un état de dépendance totale à une dépendance relative puis à une indépendance. Mais comment le bébé parvient-il à cette situation lorsque les interactions avec sa mère sont perturbées ?

La Circulaire n° 70 du 11 décembre 1992 du ministère de la Santé met l'accent sur l'importance de la prévention des troubles mentaux de la mère dans le cadre des perturbations du lien mère-enfant et insiste sur la nécessité de favoriser les solutions mère-enfant [54].

En effet si l'enfant a une relation de qualité avec sa mère, il y aura moins de répercussions néfastes sur son développement. Mais comment avoir une relation de qualité ?

Les déterminants de la constitution d'une relation ajustée sont étudiés et utilisés en psychomotricité au profit de l'accompagnement des patients et dyades. Le psychomotricien a donc toute sa place auprès de cette dyade, notamment concernant la création et le soutien du lien mère-bébé. En effet d'autres professionnels soignants vont souvent réaliser des soins spécifiques soit à la mère, soit à l'enfant alors qu'en psychomotricité, dans l'unité de psychiatrie périnatale où j'ai effectué mon stage, « l'objet de soin » c'est avant tout le lien mère-bébé.

Ces réflexions m'ont amenée à exprimer la problématique suivante :

Comment le psychomotricien soutient la relation mère-bébé dans une unité de psychiatrie périnatale ?

Dans une première partie, je m'attacherai à mettre en avant les compétences du nouveau-né qui lui permettent d'être acteur dans l'interaction et la relation qu'il entretient avec sa mère. Je décrirai également les changements qui ont lieu chez la femme enceinte ainsi que les capacités psychiques dont elle dispose pour accueillir cet enfant. Ces différentes compétences présentes chez la mère et chez l'enfant vont servir de base sur laquelle le psychomotricien va pouvoir s'appuyer pour soutenir la relation. Enfin j'évoquerai les différentes interactions ainsi que la création de ce lien d'attachement.

Dans une seconde partie, je présenterai les différentes perturbations de la relation. J'aborderai le rôle du psychomotricien dans une unité mère-enfant et notamment son rôle dans l'accompagnement de la dyade mère-bébé en vue de favoriser des interactions adaptées. Je décrirai par la suite une situation clinique auprès d'une dyade.

Partie I :

I- La naissance d'un bébé et la naissance d'une mère :

Durant longtemps le bébé a été considéré comme un être totalement passif dépourvu de capacités. De ce point de vue, le tout-petit était façonné par l'adulte. Ce n'est que dans les années 1970 que les compétences du nouveau-né ont été mises en avant ainsi que ses capacités d'entrer en relation et d'être actif dans ses demandes et ses messages. Aujourd'hui le bébé est considéré comme une personne à part entière dotée de compétences, et cela bien avant sa naissance.

En ce qui concerne la mère, la grossesse ainsi que la naissance d'un bébé induisent des changements physiques et psychologiques.

A- Les compétences innées du bébé, un bagage dans la création de l'interaction :

La durée idéale pour le développement de l'être humain est de 40 semaines d'aménorrhée (SA). Ces 9 mois permettent la transformation du zygote en un individu. Deux stades sont nécessaires à ce développement :

- **La période embryonnaire** couvre les 8 premières semaines du développement ; c'est durant cette période que les organes se mettent en place.
- **La période fœtale** correspond aux 7 derniers mois de la grossesse. A ce stade, les organes sont déjà présents. Cette période permet la croissance et la maturation du fœtus.

D'après Cyrulnik [14, p. 200] : « *Pour des raisons d'ordre biologique, je ne me rappelle ni le jour de ma naissance, ni celui où les gamètes de mon père ont rencontré celles de ma mère. Et pourtant, j'ai commencé à être dès cet instant.* »

Les différents sens ainsi que la motricité que possède le bébé se développent bien avant sa naissance. Ils forment le socle de la relation : voir, entendre, toucher, goûter, sentir, se mouvoir permettent d'être en lien avec le monde environnant, en l'occurrence, la mère.

a) Le développement des sens :

L'apparition de ces sens se fait dans un certain ordre : d'abord le tact, puis l'olfaction, la gustation et l'audition, pour se terminer avec la vision qui reste encore très précaire à la naissance.

- **Le tact** est l'un des premiers systèmes à se développer chez le fœtus. Les récepteurs se mettent en place dès la 7^{ème} semaine au niveau de la bouche. Ils se développent, entre la 9^{ème} et la 11^{ème} semaine, sur l'ensemble du visage, la paume des mains ainsi que la plante des pieds. Au 6^{ème} mois, les récepteurs tactiles recouvrent l'ensemble du corps. Le fœtus est en contact étroit avec sa mère ; par conséquent tout changement de position ou de posture du côté de la mère induit un véritable massage sur le dos du petit ainsi qu'un changement de position. Il existe donc déjà un dialogue tonique entre la mère et son bébé bien avant la naissance.
- **L'olfaction et la gustation** : ces deux systèmes sont étroitement liés. L'olfaction est fonctionnelle à partir de la 8^{ème} semaine tandis que la gustation se met en place vers la 12^{ème} semaine. A partir de la 25^{ème} semaine de développement des réponses aux goûts sont observables. En effet les cavités nasales et buccales du fœtus baignent dans le liquide amniotique. Le fœtus expérimente ce liquide dont le goût varie selon l'alimentation de sa mère et peut déjà se familiariser avec. Dès sa naissance, le bébé peut reconnaître l'odeur de sa mère, ce qui favorise l'établissement du lien entre mère et bébé. Ceci explique pourquoi, une fois venu au monde, le bébé s'apaise au contact de sa mère ou d'un tissu imprégné de son odeur.
- **L'audition** : L'ouïe apparaît durant la deuxième moitié de la grossesse aux alentours du 5^{ème} mois. Le fœtus est plongé dans un environnement sonore composé de bruits endogènes (respiration de la mère, son rythme cardiaque, les borborygmes (gargouillements) gastro-intestinaux...) et de bruits exogènes (voix des parents, bruits de l'environnement, musique, conversation...). Le système auditif permet de créer un lien entre le monde utérin du fœtus et le monde extérieur : quand sa mère parle, le bébé cligne des paupières, change de posture, suce son pouce ou son cordon ombilical. A la naissance, le bébé reconnaît la voix de ses parents et y est sensible, ce qui favorise une fois de plus l'établissement de la relation. Ainsi il oriente sa tête du côté où il entend sa mère ou peut s'apaiser si sa mère lui parle par exemple. Delion [18, p. 57] avance que « *les sensations*

auditives vont constituer un opérateur de continuité par la permanence des « objets » entendus avant et après la naissance ».

- **La vision :** Le système visuel se développe aux alentours de la 20^{ème} semaine. C'est le sens qui met le plus de temps à se former. Lorsqu'il naît, le nourrisson peut orienter son regard mais il ne peut pas accommoder. De plus, il possède une faible acuité visuelle. En revanche il distingue les contrastes et les formes. Il peut également fixer un objet ou un visage si ce dernier se trouve à une distance comprise entre 20 et 30 centimètres. Cette distance correspond à celle présente lors du nourrissage. Plusieurs mois de maturation des voies visuelles seront nécessaires pour que le nourrisson passe d'une vision « floue » à une vision proche de celle de l'adulte. La vision et notamment le regard sont d'une grande importance dans la relation. Ces éléments seront précisés ultérieurement.
- **Le système vestibulaire :** Ce système peut être considéré comme un sixième sens qui vient s'ajouter aux cinq précédemment abordés. Ce système se trouve au niveau de l'oreille interne où se situe d'une manière très schématique, d'une part la cochlée pour l'audition, et d'autre part les 3 canaux semi-circulaires pour l'équilibre. Ce sens est fonctionnel vers le 4^{ème} mois. Il est stimulé durant la grossesse à la fois par les mouvements réalisés par la mère et également par les mouvements propres du fœtus. Au terme de la grossesse ce système est mature ; il y a donc un écho entre les sensations vécues par le fœtus dans l'environnement intra-utérin et les bercements qui lui sont proposés pour l'apaiser.

Comme le résume Cyrulnik [15, p. 29] : « *Les bébés sont compétents bien avant de naître* ». Effectivement, par le biais de ces différents sens décrits précédemment, le bébé peut percevoir et traiter les informations de son environnement en dehors de tout apprentissage et ainsi être en relation. Avant même sa naissance, le bébé réalise déjà ses premières expériences sensorielles qui créeront un lien entre le monde utérin et le monde dans lequel nous vivons.

La naissance peut être considérée comme une rupture. Le bébé subit brusquement une forte modification entre le milieu utérin et le milieu aérien : la température chute ; l'oxygénation ne se fait plus par le cordon ombilical mais par ses poumons ; il est exposé à la lumière ; il passe également d'une alimentation continue et passive (où le besoin est immédiatement satisfait) à une alimentation fractionnée (où les notions de délais et d'attente sont introduites). Par ailleurs, il est à noter que les effets de la pesanteur s'exercent particulièrement sur son corps : il perd la contenance et le regroupement assurés par la matrice utérine. Cependant le nouveau-né emporte

avec lui l'ensemble des compétences qui ont commencé à se mettre en place dans le milieu utérin, ce qui induit une certaine continuité.

Pour Cyrulnik [15, p. 46] « *Le jour de la naissance ne marque pas le début de la vie [...]. Notre existence, notre mise au monde ont commencé bien avant notre naissance, mais ce jour-là, on déménage, on change de milieu, on quitte le ventre maternel [...]. C'est un déménagement écologique. En changeant de milieu, le jour de notre naissance on emporte avec nous nos premiers modes de communications, nos canaux sensoriels* ».

b) La motricité :

Dès sa naissance le bébé peut suivre du regard, reconnaître l'odeur de sa mère, entendre, sentir que quelqu'un le touche... Il est également doté d'une motricité, certes immature, mais qui lui permet néanmoins de réagir et d'interagir avec le milieu humain.

Le nouveau-né possède, tout comme nous, adultes, deux systèmes complémentaires :

- **Le système pyramidal** qui correspond à la motricité volontaire. Il prend son origine au niveau du cortex cérébral. Ce système n'est pas encore mature chez le nouveau-né car la myélinisation des fibres nerveuses se fait de manière progressive et suit un ordre bien défini jusqu'à l'âge de 12 ans environ. N'ayant pas encore une motricité volontaire mature, le bébé se trouve dépendant de l'adulte (pour se déplacer, pour manger, pour ses soins quotidiens, etc.).
- **Le système extrapyramidal** qui correspond à la motricité involontaire et réflexe. Ce système assure la régulation du tonus ainsi que le contrôle des postures. C'est un système sous-cortical contrôlé par le tronc cérébral. C'est ce système qui prédomine chez le bébé. Nous verrons par la suite l'importance de ce système, notamment au travers de son influence sur le tonus.

Selon Suzanne B. Robert-Ouvray [48], le bébé possède trois formes de motricité qui forment la motricité primaire réflexe :

- **Une motricité programmée :** ce sont les différentes étapes communes au développement, également appelées « les niveaux d'évolution motrice » ou NEM. Cette motricité correspond à l'acquisition des différents enchainements (retournements, reptation, le quatre pattes) pour parvenir à la locomotion bipodale. Robert-Ouvray [48] qualifie cette motricité de « *programme universel inné* ».
- **Une motricité primaire de base** qui correspond à une motricité involontaire : c'est le cerveau qui agit, sans apprentissage. Il s'agit de l'ensemble des mouvements spontanés, c'est-à-dire hors de toute stimulation que l'enfant réalise durant son sommeil ou son temps d'éveil. A la naissance le tonus du nouveau-né n'est pas équitablement réparti. Les muscles de sa colonne vertébrale sont hypotoniques, ce qui entraîne une flexion et donc une cyphose globale du nouveau-né que l'on nomme hypotonie axiale. A l'inverse de cette hypotonie axiale, le nouveau-né présente une hypertonie des muscles fléchisseurs des quatre membres que l'on nomme hypertonie périphérique. De ce fait, le nouveau-né a une perception morcelée de son corps. Cette motricité primaire de base permet d'une part l'entretien du tonus nécessaire au développement de sa motricité et d'autre part lui donne un sentiment d'exister à travers les sensations motrices.
- **Une motricité réactionnelle :** C'est une motricité réflexe. Le bébé possède 73 réflexes primitifs. Certains de ces réflexes servent d'entraînement à la motricité adulte, par exemple le *réflexe de préhension* permettra la préhension volontaire. D'autres ont une fonction de protection de l'organisme, tel le *réflexe de Moro* qui induit un regroupement de l'ensemble du corps à la suite d'un stimulus soudain, ou le réflexe de succion qui permet au bébé, outre l'alimentation, de s'auto-apaiser. Et enfin, certains réflexes ont une fonction signalétique et d'incitation à la relation ; il est notamment question *du réflexe de recherche* ou *de fouissement* qui permet à la mère de savoir que le bébé a faim ; il s'agit également du *réflexe de préhension* au cours duquel le bébé attrape le doigt de ses parents, ce qui favorise le lien d'attachement.

c) Le tonus comme moyen de communication :

Le nourrisson n'a pas encore acquis le langage mais il a cependant les capacités d'être en relation et de communiquer, particulièrement au travers de son tonus.

Robert-Ouvray [48, p. 45] explique que : « *Depuis la naissance jusqu'à la fin de notre vie, la tonicité est notre baromètre et notre carte d'identité psychocorporelle* ». En effet le tonus est lié à notre motricité ainsi qu'à nos émotions.

Du côté du bébé, Bullinger [7] explique que ce dernier peut réguler son tonus notamment au travers de ses différents niveaux de vigilance. Selon Prechtl [7], 5 états de vigilance peuvent être perçus :

- **État 1 – Sommeil calme** : La respiration est régulière, il n'y a pas de mouvement, les yeux sont fermés.
- **État 2 - Sommeil agité** : La respiration est irrégulière, il y a présence de mouvements et les yeux sont fermés.
- **État 3 – Veille calme** : La respiration est régulière, il y a peu ou pas de mouvement, les yeux sont ouverts.
- **État 4 - Veille agitée** : La respiration est irrégulière, il y a présence de mouvements, les yeux peuvent être ouverts ou fermés.
- **État 5 – Pleurs** : La respiration est irrégulière, il y a présence de mouvements. Les yeux peuvent être ouverts ou fermés. Il y a des pleurs et/ou des cris.

L'état 3 (veille calme) est le plus propice aux interactions. C'est durant cette phase que le bébé est le plus disponible pour initier et répondre aux sollicitations de son entourage. Cette régulation du tonus, à travers la modulation des états de vigilance, est un processus actif chez le nouveau-né. C'est-à-dire qu'il peut de lui-même passer de l'état 3 à l'état 2 voire l'état 1, afin de couper court à une interaction ou à l'exploration d'un objet. Ce changement lui permet de réguler son état tonico-émotionnel et donc de gérer, de filtrer les afférences afin de garantir sa sécurité. En tant que psychomotricien, l'observation des états toniques du bébé nous renseigne sur sa disponibilité à l'interaction.

Dans les échanges avec la mère s'instaure un dialogue tonique (Wallon) c'est-à-dire un aller-retour entre deux êtres vivants émettant chacun des états toniques différents. C'est de ce dialogue tonique que naît la communication avant le langage. Le tonus est un indicateur de la

vie végétative ainsi que des émotions du bébé. En effet, en fonction de ce que vit le bébé (faim, froid, fatigue, douleur, envie d'être en interaction) il adopte des états toniques différents pour l'exprimer. Cette notion peut être rapprochée des trois comportements innés mis en évidence par Bowlby à savoir : les comportements aversifs, les comportements de signalisation et les comportements actifs [26 ; 28]. Ces trois types de comportements, développés dans une prochaine partie, s'appuient sur des états toniques différents pour exprimer un même besoin : celui d'être en relation.

Ajuriaguerra parle lui de dialogue tonico-émotionnel [13]. Il le définit comme un ajustement corporel interactif et empreint d'émotion entre l'enfant et sa mère, c'est-à-dire une interaction entre les postures et les affects des deux partenaires et donc entre le tonus musculaire de chacun d'eux.

C'est à travers son tonus, dans l'alternance hypertonicité / hypotonicité, que le nourrisson peut communiquer à son monde environnant ses états corporels et affectifs, c'est-à-dire ce qu'il vit. Ajuriaguerra parle « hypertonie d'appel » et « hypotonie de réplétion ». Ainsi un bébé qui a faim se met en hyperextension (augmentation du tonus). A l'inverse, une fois repu, le bébé est dans une détente associée à une hypotonicité. De même une douleur se manifeste par une hypertonie, alors qu'un état de bien-être se traduit par une hypotonie. D'après Lesage [42, p.33] « *Le dialogue tonique relie la modulation musculaire à un état organique, à commencer par l'alternance réplétion/vide, et à un état émotionnel de satisfaction/frustration* ».

Ces différents jeux hypotonicité / hypertonicité vont provoquer des réactions chez la mère qui interprète ces différents états toniques, leur donne du sens et y répond. La qualité relationnelle et le vécu corporel sont ainsi liés : « *La relation colore donc le vécu corporel et celui-ci étalonne ou qualifie la relation, c'est-à-dire lui confère une certaine qualité.* » [42, p. 33]

Le tonus sert donc d'interface entre ce que l'enfant vit à l'intérieur de lui, c'est-à-dire son vécu émotionnel et ce qu'il projette à l'extérieur grâce à sa motricité. C'est à travers le corps, par le tonus, que l'enfant extériorise sa vie affective et exprime à autrui ses états internes. Le tonus est donc le moyen privilégié d'échange et de communication. Par le biais des réponses qui lui sont fournies, le bébé devient capable d'utiliser le dialogue tonico-émotionnel pour communiquer ses besoins, ses émotions.

Conclusion :

Le bébé naît avec la capacité de tisser des liens affectifs ; c'est un processus inné chez l'être humain. Malgré cela, le tout-petit est à la naissance un être extrêmement vulnérable qui a besoin de s'appuyer sur l'autre pour se développer et survivre. Selon Marcelli [43, p. 55] « *Le bébé est un être fondamentalement social !* », qui n'a cependant pas encore la capacité de parler. La mère interprète, sous le prisme de ses émotions, de ses sentiments, de ses connaissances, de ses croyances, de son histoire personnelle les états de son bébé. Cette dernière a donc elle aussi un rôle à jouer dans cette relation.

B- La naissance d'une mère, la matrescence :

La matrescence [50 ; 51] se définit comme la naissance d'une mère : en effet devenir mère s'accompagne de nombreux changements à la fois physiques et psychiques. Durant les 9 mois de grossesse la femme acquiert une nouvelle identité : celle de mère.

Dans cet écrit j'ai séparé le biologique et le psychique pour une meilleure compréhension. Néanmoins, Spinoza, dans son livre *L'Éthique*, explique que « *l'âme et le corps sont un seul et même individu qui est conçu tantôt sous l'attribut de la Pensée, tantôt sous celui de l'Étendue* ». Expliquer cette préparation psychique et biologique de manière séparée revient à parler de deux façons différentes d'une seule et même chose : la mère.

a) Comment la femme est préparée psychiquement à devenir mère ?

La grossesse entraîne un état psychique particulier. Cet état a été décrit par de nombreux auteurs, notamment M. Bydlowski [9 ; 10] à travers *la transparence psychique*, D. Stern [11] avec *la constellation maternelle* et D. Winnicott [60] à travers *la préoccupation maternelle primaire*.

La transparence psychique :

Durant le 2^{ème} trimestre de la grossesse, les femmes enceintes présentent une grande perméabilité à des souvenirs, à des affects anciens : elles sont plus susceptibles aux divers refoulés inconscients. Bydlowski nomme cet état particulier la « transparence psychique ». Cet état est caractérisé par une moindre résistance au refoulé inconscient ainsi qu'un surinvestissement de son histoire et de ses conflits infantiles. L'auteur [10] considère que cet état permet « *une rencontre intime avec soi-même [qui est] centrée sur le passé, sur l'enfant d'autrefois, celui qu'elle a été et qui va disparaître pour laisser place à une identité nouvelle, celle de mère* ».

De ce fait, une femme enceinte ayant vécu de « suffisamment bonnes » expériences aura plus de probabilité d'avoir une grossesse paisible. Au contraire, une femme ayant vécu lorsqu'elle était elle-même enfant des expériences de soins insuffisantes, traumatisantes, pourra davantage revivre au cours de sa grossesse ces angoisses précoces. Ceci peut entraîner un sentiment de persécution, de mal-être en lien direct avec la grossesse. L'expérience de la parentalité et donc la future relation seront teintées de ces angoisses vécues durant la grossesse.

La constellation maternelle :

D. Stern [11] propose le concept de « constellation maternelle ». Il s'agit pour lui « *d'une nouvelle organisation psychique* » qui se met en place durant la grossesse et qui dure quelques mois voire quelques années après la naissance.

Cette nouvelle organisation psychique entraîne une modification des intérêts de la future mère. Selon Stern (*cité par Houzel [30]*), la future mère se tournera « *plus vers sa mère que vers son père, plus vers sa mère en tant que mère et moins en tant que femme, plus vers les femmes en général et moins vers les hommes, plus vers des problèmes de croissance et de développement et moins vers sa carrière professionnelle, plus vers son conjoint en tant que père et support pour elle et son bébé et moins vers lui en tant qu'homme et partenaire sexuel* ».

De plus, selon Stern (*cité par Mazet [45]*) ses préoccupations en tant que mère se construiront autour de 4 grandes thématiques :

- **Donner la vie et la conserver** (thème de la vie et de la poursuite de la vie) : cela correspond aux inquiétudes concernant la capacité à mettre au monde un bébé en bonne santé ainsi que d'assurer son bon développement. « Serai-je capable de veiller à sa croissance et à son développement ? »
- **Établir une relation authentique avec son bébé** (thème de la relation primaire) : il s'agit de s'engager psychiquement dans la rencontre et la découverte de son bébé. « Serai-je capable de l'aimer ? Et m'aimera-t-il ? »
- **Créer un système de soutien** (thème de la matrice de soutien) : Cela correspond au soutien de l'entourage concernant les activités de soins ainsi que les préoccupations de la vie quotidienne afin que la future mère soit pleinement disponible pour son bébé. « Sur qui pourrai-je m'appuyer pour assumer mes fonctions ? ».
- **Réorganisation identitaire** : c'est-à-dire les modifications nécessaires pour faciliter ses nouvelles fonctions : passer de l'état de fille de sa mère à celui de mère de son enfant, de l'état de femme à celui de parent. « Quelle place vais-je occuper dans la société ? ».

Rappelons-nous que le nourrisson vient au monde encore immature et totalement dépendant de l'autre. Ces préoccupations ainsi que ces changements d'intérêts préparent la femme à devenir mère et également à placer l'enfant au centre de son attention.

La préoccupation maternelle primaire :

La préoccupation maternelle primaire est un état spécifique et essentiel à la satisfaction des besoins du nouveau-né et donc aux prémices de la relation future.

Winnicott [60] la définit comme un « *état psychiatrique très particulier de la mère [...] qui atteint un degré de sensibilité accrue pendant la grossesse et spécialement à la fin [...] ; stade d'hypersensibilité - presque une maladie - pour s'en remettre ensuite [...] ; Parvenir à cette "maladie normale" permet à la mère de s'adapter au tout premier besoin du petit enfant avec sensibilité et délicatesse* ».

Cet état d'hypersensibilité que Winnicott compare à un épisode schizoïde, se développe progressivement pour être à son maximum à la fin de la grossesse. Il dure quelques semaines

après la naissance. Winnicott [60, p. 20] avance que durant cette période « *elle est le bébé et le bébé est elle* ». La mère s'identifie de manière consciente et inconsciente à son bébé. Cette fusion, dont les deux protagonistes n'ont pas réellement conscience, permettra une relation ajustée et adaptée à son enfant et à ses besoins.

Cet état psychique de « *préoccupation maternelle* » permet à la mère d'être, selon Winnicott, une « *mère ordinaire normalement dévouée* », c'est-à-dire uniquement préoccupée par son enfant en mettant de côté tout autre intérêt. Ce sont les remaniements concernant les intérêts de la future mère que l'on retrouve dans la constellation maternelle de Stern.

Cette expérience d'omnipotence donne au bébé « *un sentiment continu d'exister* ». Ce sentiment formera une base solide qui permettra par la suite la présence de failles, de carences partielles de l'environnement sans que le bébé ne le ressente comme une menace d'annihilation. Ces carences sont des facteurs d'autonomisation.

La mère doit être « suffisamment bonne » et non « trop bonne » pour permettre le sentiment d'une continuité d'existence ainsi que le développement psychique du bébé et son autonomisation.

Une situation où la mère serait « trop bonne » serait : dès que le bébé pleure la mère lui donne directement le biberon ou le sein. Dans ce cas le tout-petit reste dans ce sentiment d'omnipotence et ne cherche pas à être acteur dans ce processus.

Dans les premiers temps ce sentiment d'omnipotence est nécessaire, mais par la suite, la mère pourra par exemple retarder ce moment du repas.

Le bébé, par le biais de ses précédentes expériences pourra supporter l'attente et par exemple jouer en attendant d'être nourri. C'est-à-dire que cette « mère fusion » doit par la suite devenir frustrante pour le meilleur développement de l'enfant. La mère doit apprendre à ne pas répondre à toutes les sollicitations de son bébé afin de permettre progressivement, le passage d'une dépendance totale à celui d'une dépendance relative.

b) Comment la femme est préparée biologiquement à devenir mère ?

Selon des études récentes [29; 37], la grossesse induit également des réaménagements des structures cérébrales.

Les réaménagements cérébraux :

D'après une étude de *l'unité de recherches en neurosciences de l'université autonome de Barcelone* datant de 2016 [29], la grossesse entraîne des changements dans la structure du cerveau, au travers des nombreuses hormones (ocytocine, progestérone, oestrogène) ; il s'agit notamment d'une réduction du volume de la matière grise (formée par les corps cellulaires des neurones) au niveau des aires associatives. Les aires associatives concernées par cette réduction sont principalement impliquées dans les cognitions sociales ou « théorie de l'esprit ». La théorie de l'esprit est une aptitude cognitive. Elle correspond à la capacité de percevoir et d'interpréter les désirs, les émotions, les intentions, les états mentaux d'autres personnes.

Hoekzema [29] explique que la grossesse « *peut aider le cerveau d'une femme à se spécialiser dans la capacité d'une mère à reconnaître les besoins de son enfant, à reconnaître les menaces sociales ou à promouvoir le lien mère-enfant* ». Il ne faut pas voir cette réduction de matière comme une perte de fonction, mais comme une spécialisation du cerveau qui élimine les synapses les plus faibles pour ne garder que les meilleures et ainsi favoriser les comportements maternels. Ces transformations cérébrales permettent à la mère de se concentrer sur l'enfant et ses besoins.

Ces réaménagements peuvent être mis en lien avec la constellation maternelle de Stern : l'enfant devient l'intérêt principal de sa mère.

Le rôle de l'ocytocine :

L'ocytocine est une hormone produite par l'hypothalamus et sécrétée par l'hypophyse. Elle est également appelée « l'hormone de l'attachement » ou encore « la grande facilitatrice de vie ». En effet cette hormone joue un rôle important dans de nombreux processus : elle améliore la reconnaissance et l'identification des émotions ; elle permet le maintien de la relation et favorise les comportements tendres et affectueux.

Durant la grossesse le taux d'ocytocine augmente pour atteindre un seuil maximal lors de l'accouchement, ce qui influence la relation ainsi que l'attachement mère-bébé [35; 49].

Selon une étude réalisée aux états unis [4], lorsque la mère et l'enfant se touchent, le taux d'ocytocine augmente. L'ocytocine en agissant sur le cerveau de la mère lui apporte une sensation de satisfaction, ce qui lui donne envie de multiplier les contacts avec son enfant. Plus la mère s'investit auprès de son enfant (le porter, le toucher, le nourrir, jouer ensemble) plus le taux d'ocytocine augmente.

De plus l'augmentation du taux d'ocytocine induit l'activation d'une structure archaïque : l'amygdale. Cette structure fonctionne comme un système d'alerte qui renforce la vigilance et l'inquiétude de la mère pour son bébé. Ces changements biologiques permettent à la mère d'être plus sensible aux besoins et aux signaux de son bébé, ce qui se rapproche de la préoccupation maternelle primaire de Winnicott précédemment citée ; en effet ce réaménagement biologique induit et soutient ce réaménagement psychique.

M. Bydlowski, D. Stern, D. Winnicott ainsi que les différentes études citées précédemment mettent en avant que la grossesse ainsi que la naissance et les semaines suivantes entraînent une modification importante des structures cérébrales et du psychisme de la mère, et ce, afin de préparer au mieux la rencontre.

Selon Bydlowski [9, p. 42], durant « *la grossesse, l'enfant a un double statut. Il est présent à l'intérieur du corps de sa mère et de ses préoccupations mentales et pourtant il est absent de la réalité visible. Il est actuel, et en même temps, il n'est représentable que par des éléments du passé* ».

c) Les 3 dimensions de la parentalité :

Houzel [17; 30] définit le terme de parentalité comme « *le processus par lequel on devient parent d'un point de vue psychique* ». Il met en avant trois dimensions d'étude de la parentalité : l'exercice de la parentalité, l'expérience de la parentalité et la pratique de la parentalité.

- **L'exercice de la parentalité** renvoie à la notion d'identité de la parentalité. Il s'agit du niveau symbolique, défini par un cadre, qui organise et permet le développement de chaque individu. L'exercice de la parentalité renvoie aux droits et aux devoirs qui incombent aux fonctions parentales ainsi qu'à la place donnée dans l'organisation du groupe social à chacun des protagonistes. L'exercice de la parentalité inclut l'autorité parentale. Cette dernière est définie par l'article 371-1 du code civil [33] comme un « *ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant* ».

- **L'expérience de la parentalité** est à mettre en lien avec le vécu subjectif à la fois conscient et inconscient des rôles parentaux et du devenir parent. L'expérience de la parentalité représente le niveau de l'expérience imaginaire et affective du futur parent. Cela donne lieu à plusieurs types de représentations : l'enfant imaginaire, réel et fantasmatique. Selon Robert Ouvray [48, p. 136] « *Un enfant existe bien avant sa naissance. Il est projeté, envisagé par ses parents avant sa venue réelle* ».
- **La pratique de la parentalité** concerne les tâches quotidiennes : soins donnés au bébé, les interactions, l'éducation, la surveillance, la protection... Cela regroupe l'ensemble des comportements objectivement observables.

Le terme de parentalité s'adresse autant à la mère qu'au père. Ce dernier a également un rôle fondamental à jouer auprès de la mère et du bébé. C'est un soutien pour la mère. C'est également un tiers séparateur de cette dyade.

Cependant j'ai souhaité me consacrer exclusivement à la relation mère-bébé dans cet écrit. C'est pourquoi la thématique de la place du père, même si elle est importante, ne sera pas plus développée.

Conclusion :

La grossesse induit donc de nombreux réaménagements psychiques et physiques qui aboutissent à une nouvelle identité. Ces réaménagements placent le futur bébé au centre des intérêts de sa mère. Ils engendrent également une hypersensibilité de la mère aux signaux de son enfant afin de lui apporter une réponse aux plus près de ses besoins. Ils participent à la rencontre de ces deux personnes ainsi qu'à la création du lien et ont donc un impact dans la future relation.

Tous ces réaménagements psychiques et biologiques favorisent la future relation. Néanmoins certains réaménagements peuvent ne pas se faire correctement. Le psychomotricien peut, en amont de la naissance, accompagner la mère dans ces différentes notions afin de prévenir les dysfonctionnements ultérieurs de la relation.

Lors de la grossesse le corps de la femme change, ce qui induit un réaménagement de ses représentations corporelles. Le psychomotricien peut également soutenir cette réorganisation identitaire qui touche à la fois le psychique et le physique et l'accompagner à trouver sa place en tant que femme, épouse et mère.

II- De la co-naissance à l'attachement : une relation à créer :

Le mot interaction est formé par la réunion « d'inter » qui signifie « entre » et « d'action ». Ce terme implique qu'il faut au moins être deux pour qu'il y ait interaction. L'interaction, selon le CNRTL [32], est définie comme une « *action réciproque qu'exercent entre eux des êtres, des personnes* ». Cette définition ajoute la notion de réciprocité.

L'action de l'un induira une réponse de l'autre que cela se fasse à travers le langage ou bien la communication non verbale.

A- Les mécanismes qui stabilisent le bébé :

Avant de parler des interactions, il me semble important de définir la manière dont le tout-petit reste stable lors de nos rencontres. En effet quand le bébé est stable, il est disponible pour explorer son environnement et pour être en relation. Quand j'emploie le terme de stabilité, j'entends un comportement du bébé constant qui varie peu et qui est peu fluctuant : cela correspond à l'état 3 de vigilance.

La question que nous nous posons lorsque nous rencontrons un bébé c'est : « comment fait-il pour être en équilibre, constant ? »

Suivant l'âge du bébé et en me référant aux travaux de Bullinger [7] j'ai pu mettre en avant différents mécanismes qui permettent au bébé d'être stable.

Le premier mécanisme est assuré par les flux sensoriels. Un flux sensoriel se caractérise par l'émission continue et orientée d'une source. Cette dernière vient stimuler les capteurs présents sur l'organisme. Selon Bullinger [8, p. 17] « *Un flux sensoriel contrôlé activement maintient un état tonique autour d'un point d'équilibre et fait exister un ensemble de sensations qui stabilisent une image corporelle fragile.* » Par exemple le bébé peut accrocher son regard à la lumière, à l'observation intensive d'un objet (flux visuel), il peut toucher de manière prononcée une nouvelle texture (flux tactile) afin de rester stable, c'est-à-dire dans l'état 3 de vigilance.

Titouan pleure, c'est l'heure de son biberon. Pour le calmer sa mère le prend dans ses bras lui parle et le berce, mais rien n'y fait. Elle se place avec Titouan devant une fenêtre et il arrive à patienter le temps de la préparation de son biberon. Nous pouvons imaginer que c'est le flux sensoriel (rayon du soleil) qui permet à Titouan de pouvoir rester stable.

Le second mécanisme fait appel au milieu humain, notamment à travers le dialogue tonique décrit par Wallon, puis par son successeur Ajuriaguerra avec le dialogue tonico-émotionnel. Lorsque la mère porte son enfant, divers flux sensoriels sont sollicités : vestibulaires, tactiles, olfactifs, auditifs et visuels. L'adulte, lors de ce dialogue, métabolise d'une part les variations toniques en permettant un rassemblement et d'autre part, donne du sens aux différents signaux reçus par l'enfant en les verbalisant.

C'est bientôt l'heure de manger pour Thibault qui, à ce moment-là, est sur le tapis d'éveil en présence de sa mère. Il commence à pleurer et à s'agiter. Sa mère lui montre une balle sensorielle mais rien n'y fait. Elle décide de poser sa main sur le ventre de son enfant et lui dit en le regardant « tu commences à avoir faim, c'est bientôt l'heure, encore 15 minutes ». Dans cet exemple, ce qui permet à Thibault de ne pas partir dans l'état 5 et donc de se désorganiser, c'est l'interaction avec sa mère, le fait qu'elle lui parle, qu'elle le regarde. C'est donc le milieu humain qui permet à Thibault de rester stable durant l'attente.

Le troisième mécanisme, non observé lors de mon stage car il apparaît plus tardivement, correspond aux représentations. Ces dernières, via la mémoire, permettent à une expérience passée d'être évoquée dans le présent. Ces représentations se construisent par la répétition des expériences vécues et des réponses données. C'est par exemple le bébé qui s'agite lorsque le bavoir est mis : il anticipe l'arrivée du repas. Cette anticipation se base sur la représentation intériorisée des précédentes expériences.

Ces différents mécanismes forment une pyramide : plus l'enfant grandit, plus il a la capacité d'utiliser les mécanismes suivants. Malgré tout, si un mécanisme n'est pas suffisant, l'enfant utilisera le mécanisme précédent. Lors de mon stage, j'observe que la majorité des bébés de plus de 3 mois utilise le milieu humain et donc la relation pour rester dans cet état 3 de vigilance, notamment lorsque la faim arrive. Cependant, certains enfants, de manière adaptative, se sont coupés de la relation et ne l'utilisent plus comme base rassurante, sécurisante et se tournent vers les flux sensoriels.

Observer les mécanismes que l'enfant emploie afin de rester stable permet, en tant que psychomotricien, d'obtenir des informations concernant la relation qu'il entretient avec sa mère. Nous verbalisons également ce que nous voyons afin que la mère puisse en prendre conscience et ainsi mieux s'adapter aux besoins de son bébé.

La plupart des enfants que j'ai rencontrés s'appuient à la fois sur l'environnement et sur les flux sensoriels. Ils peuvent être à la fois en relation et également explorer leur environnement. Cela se rapproche du système d'attachement et du système exploratoire que nous verrons par la suite. Cependant certains enfants n'utilisent principalement qu'un seul mécanisme. Si ce mécanisme est le milieu humain, il se fera au détriment de l'exploration. A l'inverse, si le mécanisme principal correspond aux flux sensoriels, cela peut être le signe que la relation est perturbée.

B- Les différents types d'interactions :

a) Les interactions comportementales :

Les interactions comportementales regroupent les interactions corporelles, visuelles et vocales. Ces interactions sont observables par un tiers. C'est à travers l'observation de cet échange que nous pouvons voir comment le comportement du bébé influence celui de sa mère et inversement ainsi que l'ajustement respectif des deux acteurs.

Lors d'un échange il y a les mots mais aussi tout ce qui les accompagne : l'intonation de la voix, la prosodie, la posture, la gestuelle, les mimiques, le regard...

Les interactions corporelles :

Les interactions corporelles sont en lien direct avec le tactile, sens le plus développé à la naissance. Ces interactions sont perceptibles à travers le holding, le handling, ainsi que l'object presenting, trois termes décrits par Winnicott [60].

Le holding correspond à la façon dont l'enfant est porté, soutenu physiquement mais également psychiquement. Un portage de qualité, c'est-à-dire qui soutient la tête, le dos et le bassin permet au bébé d'être rassemblé et lui assure un sentiment de contenance et de sécurité. Ce contact enveloppant permet au bébé de ressentir les sensations vécues lorsqu'il était dans le ventre de sa mère. En effet la cavité utérine assurait cette contenance et induisait ce mouvement

de rassemblement lorsque le bébé partait en extension. La façon de porter et donc de rassembler le nouveau-né lui permet d'avoir la sensation d'un corps unifié, entier. Un bébé qui n'est pas assez soutenu lors du portage est en état de stress et part en hyperextension. Comme expliqué précédemment, il devra trouver d'autres moyens pour réguler son tonus et diminuer son état de stress et ne pourra donc pas être présent ni disponible pour l'interaction.

Ce portage physique s'accompagne également d'un portage psychique. Quand la mère porte son enfant, elle le soutient aussi psychiquement. Elle contient ses angoisses, tempère ses excitations. En somme, elle a un rôle de pare excitation [6].

Le handling désigne la manière dont la mère prodigue les soins au tout-petit (l'habillage, les changes, le bain, les échanges peau à peau...). Pour Winnicott le handling est une base solide pour le développement et l'acquisition des fonctions motrices, cognitives, affectives, sociales.

L'object-presenting peut se traduire comme « la présentation de l'objet ». Il désigne la capacité de la mère à apporter au bébé un objet physique ou psychique au moment opportun. Ainsi en lui présentant l'objet au moment où l'enfant le désire, la mère permet au bébé d'être dans l'illusion d'avoir créé l'objet présenté. Ceci participe au sentiment d'omnipotence, de toute-puissance.

Les interactions visuelles :

L'interaction visuelle correspond à un mode de communication qui passe par le regard. Néanmoins il faut différencier « voir » et « regarder ». Il est possible de voir sans regarder tout comme on peut regarder sans voir. Regarder quelque chose ou quelqu'un induit de se laisser imprégner par l'émotion, par le sentiment qui s'en dégage. Le regard est important dans la communication. Regarder quelqu'un ce n'est pas seulement le voir, c'est lui dire « je suis disponible pour t'écouter ; je suis prêt à m'engager dans l'interaction ».

Les capacités visuelles du bébé lui permettent de jouer un rôle actif dans les situations d'interaction. En effet, il peut choisir de les initier ou de les interrompre à sa guise.

Le regard peut également transmettre de nombreuses informations : de la joie, de l'angoisse, de la peur, de la colère... C'est ce que D. Marcelli [43] développe sous 3 formes de regard :

- **Le regard qui « en-visage »** : c'est le regard tendre et doux de la mère qui regarde son bébé et pense à lui, imagine son avenir. C'est un regard enveloppant et sécurisant.
- **Le regard qui « dé-visage »** : c'est un regard inquiet, inquisiteur, qui suggère l'angoisse. C'est un regard qui déshumanise l'enfant et rompt le lien.
- **Le regard qui « in-envisage »** : c'est un regard vide, absent, qui n'est pas vraiment dirigé vers le bébé. La mère n'est pas présente dans l'interaction. C'est ce type de regard retrouvé dans l'expérience du *still face* qui sera développé dans une prochaine partie.

De son côté le bébé regarde également sa mère. Selon Winnicott [59, p. 205] « *la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit* ». Le regard joue effectivement un rôle de miroir qui renvoie au bébé une image de lui-même. Ce que voit le bébé quand il regarde sa mère c'est lui-même. Cela participe à la construction de son identité et plus tard à son individuation. La façon dont la mère regarde son enfant (en-visage, dé-visage ou in-envisage) est importante à prendre en compte.

Les interactions vocales :

Durant les interactions le bébé ne comprend pas encore la signification linguistique des mots. En revanche il peut percevoir les émotions, les sentiments, les affects notamment à travers la prosodie et les différentes intonations utilisées. D'ailleurs les personnes qui s'adressent à un bébé modifient spontanément et de manière inconsciente leur timbre de voix. C'est le fameux « parler bébé » ou « baby-talk » où l'on retrouve un allongement des voyelles, une majoration des aigus, une exagération de l'intonation ainsi que de la prosodie.

De son côté le bébé communique par ses vocalisations, ses babillages, ses pleurs, ses cris qui permettent également de transmettre l'état dans lequel il se trouve, ce qu'il ressent ou ce qu'il désire. C'est également un moyen efficace pour lui d'engager ou de conclure une interaction.

Les interactions vocales forment un « *cordon ombilical acoustique* » [45, p. 109] qui joue un rôle important dans l'attachement car la voix permet de garder un lien même en l'absence de contact physique.

Ce bain de paroles, présent quand le bébé se trouve dans le ventre de sa mère et qu'il retrouve à la naissance, forme une enveloppe sonore sécurisante et apaisante. Mais le nourrisson n'est pas uniquement récepteur de ce flux, au contraire, il répond en produisant lui aussi ses propres sons. Ces derniers entraînent un retour de la part de la mère. Le bébé montre de l'intérêt pour la voix de sa mère, ce qui la pousse à lui parler davantage. De plus, le fait que la mère augmente ses vocalisations pousse le bébé à faire encore plus attention aux différents sons qu'elle produit. C'est par ce renforcement mutuel que l'interaction vocale et auditive de la mère et du bébé augmente. Cela peut faire penser au « tour de parole » où chacun prend le temps d'écouter l'autre avant de lui répondre.

Enfin le bébé, n'ayant pas encore accès au langage, ne peut exprimer ce qu'il ressent. C'est donc son entourage qui se charge de mettre des mots sur ses éprouvés en attendant qu'il puisse le faire de lui-même. Le fait de verbaliser permet de donner du sens aux émotions, aux sentiments, aux ressentis du bébé, à ce qui lui arrive. Cela correspond à la fonction alpha de Bion [6] qui sera développée par la suite.

Les interactions comportementales sont des déterminants importants de la qualité du développement psychomoteur de l'enfant à travers le toucher, la voix, le portage, le regard. Ces interactions vont permettre au bébé de se construire, petit à petit, sa propre enveloppe corporelle. Cela l'aide à acquérir la représentation d'un corps unifié, de déterminer les limites entre le soi et le non-soi et donc de s'individualiser.

De plus, le bébé qui reçoit des soins « suffisamment bons » développera une confiance envers son entourage. Cette sécurité sera le support de son développement physique et psychique.

b) Les interactions affectives :

Les interactions comportementales sont en lien étroit avec les interactions affectives. En effet tout comportement est sous-tendu par des affects.

Les interactions affectives correspondent au climat émotionnel des interactions, aux influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de sa mère.

Lors du holding le tonus de la mère, suivant son humeur, ses sentiments, ses émotions, sera communiqué au bébé. De même que le bébé révèle également à sa mère, à travers sa tonicité,

ses états affectifs et corporels. Selon Wallon, le tonus est la toile de fond des émotions ; c'est le principal agent de communication émotionnelle. S'installe un véritable dialogue tonico-émotionnel, décrit par Ajuriaguerra. Ce dernier peut être considéré comme un arrière-fond qui colore les regards et les mots échangés. Toutefois la mère ne reste pas uniquement à ce niveau. Elle donne une signification, une interprétation de ce qu'elle perçoit et ressent qui passe forcément par le prisme de ses propres émotions. Robert-Ouvray [48, p. 105] ajoute : « *Être deviné est donc un besoin fondamental chez l'être humain, [...] le bébé bouge et la mère parle. Il se crée un accordage affectif entre les deux modes d'expression qui passe par la tonicité* ».

Cet « *accordage affectif* » ou « *harmonisation des affects* » a été décrit par D. Stern [53]. Il consiste à s'accorder aux vécus émotionnels et affectifs de l'enfant. La mère reprend l'affect de son tout-petit et le traduit dans une autre modalité. L'harmonisation des affects a un caractère transmodal : la mère utilise un autre canal de communication que celui utilisé par son bébé. Par exemple lors de la diversification des aliments, le bébé grimace quand il découvre un nouveau goût. La mère peut alors reprendre cette mimique et ajouter « ah ça pique ». Elle transfère l'expression d'une émotion perçue sur le visage de son bébé (perception visuelle) en une expression identique sur son propre visage (domaine de la motricité avec les contractions des muscles) et y rajoute un sens. Cet accordage permet, d'une part la communication des états au sein de la dyade où le bébé se sent compris et reconnu dans ses émotions, et d'autre part, notamment par ses répétitions, cet accordage aide le tout-petit à prendre conscience de ses états émotionnels, affectifs et corporels.

c) Les interactions fantasmatiques :

Les interactions fantasmatiques correspondent à l'influence réciproque de la vie psychique de la mère et de son bébé aussi bien dans leurs aspects imaginaires (conscients) que fantasmatiques (inconscients).

Comme nous l'avons déjà vu précédemment la grossesse entraîne des remaniements psychiques chez la mère. Elle va imaginer et fantasmer une vie pour son futur bébé en fonction de sa propre histoire personnelle, de son enfance, de sa relation avec ses parents. En effet, selon Robert-Ouvray [48, p. 136] « *Un enfant existe bien avant sa naissance. Il est projeté, envisagé par ses parents avant sa venue réelle* ». Un bébé imaginaire naît alors dans son psychisme. A la naissance la mère doit faire le deuil de ce bébé imaginaire pour laisser place à ce bébé réel.

Tout ce qui a été jusqu'à maintenant imaginé, fantasmé concernant la relation avec son bébé et également son futur, viendra colorer les interactions comportementales et affectives. C'est pour cela qu'il est essentiel de prendre en compte la vie mentale des deux partenaires lorsque nous abordons les interactions.

Des interactions comportementales, affectives et fantasmatiques cohérentes et de qualité vont être essentielles au développement harmonieux du jeune enfant ainsi qu'à la création et au maintien de l'attachement.

d) La fonction alpha :

La fonction alpha intervient à la fois lors des interactions comportementales et aussi lors des interactions affectives. En effet, cette fonction dépend des interactions affectives et influence les interactions comportementales.

La fonction alpha joue un rôle essentiel dans le développement de la pensée du nourrisson. En effet le nourrisson n'est pas encore capable de mettre du sens sur ce qu'il ressent. Ces éprouvés somato-psychiques primitifs que le bébé est encore incapable de gérer psychiquement, W. Bion les nomme « *éléments bêta* ». Ce sont tous les éléments non pensables. Ces éléments qui désorganisent le bébé sont projetés sur sa mère qui les accueille, les contient, les transforme et leur donne du sens : c'est la capacité de rêverie de la mère. Selon Bion [6, p. 54] « *la rêverie est un état d'esprit réceptif [...] capable d'accueillir les identifications projectives du nourrisson, qu'elles soient ressenties par lui comme bonnes ou mauvaises. Bref, la rêverie est un facteur de la fonction alpha de la mère* ». Cette dernière étaye la transformation des éléments bêta en éléments assimilables psychiquement par le bébé (*élément alpha*). La fonction alpha peut se rapprocher de l'accordage affectif décrit par Stern.

La mère détoxifie les éprouvés ainsi que les angoisses de son enfant pour les rendre pensables et assimilables. Une mère en bonne santé psychique parviendra à contenir ainsi qu'à transformer les pleurs et les affects de son bébé en pensées et représentations qui seront les plus proches possibles de son état émotionnel.

C'est par ce biais, c'est-à-dire en lui prêtant « *son appareil à penser les pensées* » [6] ainsi que par la répétition de ces expériences que la mère contribue à la construction de la pensée du bébé. C'est la fameuse boucle cognitive de Bullinger [7].

Paul, âgé de trois mois, pleure et se tend. Il n'est pas en capacité de savoir lui-même s'il a faim ou s'il a sommeil. A ce moment-là il ne perçoit qu'une sensation désagréable qui le désorganise et dont il n'en connaît pas la cause. Sa mère le prend dans ses bras, lui parle ; elle donne du sens aux éprouvés corporels de son bébé. Puis elle le berce pour l'aider à s'endormir. Par la répétition des comportements de sa mère qui l'apaisent, Paul va pouvoir comprendre l'origine de cette sensation qui le désorganise ainsi que l'issue favorable : « quand je ressens cette sensation, j'ai besoin que ma mère me prenne dans ses bras et je sais que j'irai mieux ».

C'est par la répétition des comportements maternels et par la verbalisation de l'expérience vécue par le bébé que celui-ci pourra par la suite se construire ses propres représentations. Ces dernières lui permettront de vivre ces expériences angoissantes seul.

Conclusion :

Potel [47, p. 77] avance que « *dès la naissance, les besoins corporels du nourrisson sont assumés par sa mère, et ce, dans l'amour et la plus étroite des relations qui puissent exister entre deux individus. La mère ressent dans son corps (et pas seulement dans sa tête) les besoins de son bébé, elle donne un sens à ses pleurs, ses regards, ses gestes les plus infimes* ». Le père peut aussi assumer cette fonction, cependant la relation mère-bébé est particulière : durant neuf mois elle a porté cet enfant.

Si nous reprenons la citation de C. Potel, nous pouvons conclure que certains éléments sont essentiels à l'interaction ainsi qu'au développement psychique du bébé, notamment :

- **Le dialogue tonico-émotionnel**, c'est-à-dire ce que « *la mère ressent dans son corps* »,
- **L'accordage affectif**,
- **La fonction alpha** qui « *donne un sens à ses pleurs, ses regards, ses gestes les plus infimes* ».

C- De l'interaction au lien d'attachement :

Après la seconde guerre mondiale va se développer un intérêt autour de la question de la séparation et de la perte chez le jeune enfant ainsi que les répercussions sur son développement. C'est durant cette période que John Bowlby, psychiatre et psychanalyste, formalise la théorie de l'attachement. En France cette théorie a été reprise par Nicole et Antoine Guédeney [26 ; 27 ; 28].

Pour Bowlby, l'attachement est un besoin primaire inné et universel qui favorise la survie du tout-petit. « *Il est vital qu'un enfant ait au moins une personne vers laquelle il se tourne pour chercher du réconfort et pour laquelle il sent qu'il est unique et "spécial"* ». (Heller, cité par Guédeney [27, p. 76])

a) Le système motivationnel ou comportemental :

« *Un système comportemental ou motivationnel est un système de contrôle motivationnel programmé biologiquement qui gouverne les règles et les comportements associés avec un but proximal spécifique* ». (Hinde, cité par Guédeney [28, p. 10])

Ce système motivationnel est caractérisé par la notion de motivation ; il suppose des comportements adaptés et coordonnés pour réaliser des objectifs spécifiques.

Il existe différents systèmes motivationnels (système d'attachement, système exploratoire, système de caregiving) qui vont être activés et désactivés à la fois par des signaux internes et également par des signaux qui proviennent de l'environnement. Ces différents systèmes sont en lien et interagissent entre eux.

Les systèmes liés au bébé :

Comme évoqué précédemment, les systèmes motivationnels ont un but spécifique.

Concernant le système d'attachement, son objectif est d'initier ou de maintenir la proximité avec la figure d'attachement en cas de détresse, de danger ou de stress.

Les facteurs de danger ou de stress peuvent être internes à l'enfant (faim, fatigue, douleur...) ou externes, liés à l'environnement (solitude, événement effrayant...).

Ce système d'attachement va de l'enfant vers une ou des personnes de son entourage proche : c'est un système qui est orienté. Dans la théorie de l'attachement, seul l'enfant est attaché à ceux qui prennent soin de lui. Les parents lui fournissent protection et réconfort mais ne lui sont pas attachés. C'est-à-dire que normalement ils ne se tourneront pas vers leur enfant ni pour être rassurés ni pour être réconfortés.

Élise a 2 mois lorsque je la rencontre avec sa mère. Mme E. nous dit qu'elle ressent des difficultés à ne pas avoir Élise dans les bras, car Élise « c'est mon doudou, ça me rassure de l'avoir auprès de moi ».

Ici c'est Élise qui sécurise et réconforte sa mère. Selon la théorie de l'attachement, cet attachement n'existe pas : les rôles sont inversés.

Nous l'avons vu, le bébé à la naissance possède de nombreuses compétences. Ces comportements sont des signaux qui lui permettent d'obtenir cette proximité. Il existe selon Bowlby 3 types de comportements innés [26; 28] :

- **Les comportements aversifs** : ce sont les pleurs, les cris. Le caregiver c'est-à-dire la personne qui prend soin du bébé va alors se rapprocher de l'enfant pour tenter de diminuer voire d'arrêter ces comportements.
- **Les comportements de signalisation** qui correspondent aux babillages, aux vocalises, aux sourires. Ces comportements permettent le maintien de l'interaction et de la proximité après un moment de détresse.
- **Les comportements actifs** : c'est l'enfant qui grâce à ses progrès moteurs pourra rechercher et maintenir cette proximité avec son caregiver.

Le second système lié au bébé correspond au système exploratoire. Ce dernier est fortement lié au premier. En effet ces deux systèmes sont activés et désactivés par des signaux antagonistes : si le système d'attachement est activé, le système exploratoire est désactivé et inversement.

Ce système exploratoire a pour objectif la découverte, la maîtrise et la compréhension de son environnement au sens large.

Le système lié au parent :

Le système de caregiving concerne le parent ou caregiver qui est défini comme « celui qui prend soin » et qui assure le rôle de caregiving, c'est-à-dire la fonction de « prendre soin ». Il va toujours de l'adulte vers l'enfant.

Ce système est complémentaire du système d'attachement. En effet, c'est le système d'attachement chez l'enfant qui active le système de caregiving.

L'objectif de ce système est d'assurer la protection et la survie de l'enfant en maintenant ou en rétablissant « *une proximité physique et psychologique avec le bébé lorsque celui-ci est en situation de détresse ou d'alarme* » [28, p. 17]. Par exemple, le prendre dans les bras, le bercer, lui parler, le consoler... Ces comportements sont corrigés quant au but, cela signifie qu'ils sont flexibles c'est-à-dire qu'ils s'adaptent en fonction du contexte, du développement de l'enfant, de ses besoins.

« *Le caregiving demande au parent de mettre à la disposition de son enfant toutes ses capacités pour l'aider à surmonter sa détresse ou sa peur, et à résoudre les défis auxquels il est exposé* » (Marvin et Britner, cité par Guédeney [28, p. 19]). Les comportements du caregiver sont donc liés aux signaux que le bébé envoie mais aussi à l'évaluation et surtout à l'interprétation qu'il se fait concernant ces signaux.

M. Ainsworth et al [28] ont décrit 4 caractéristiques du comportement du caregiver :

- **La sensibilité** c'est-à-dire le fait de percevoir les signaux de son bébé et d'en faire une interprétation qui soit la plus proche possible de ce qu'il vit. Par exemple, ne pas prendre les pleurs du bébé comme une manipulation ou un caprice de sa part.
- **La coopération** qui consiste à guider le bébé pour « faire ensemble » plutôt que de chercher à le contrôler.
- **La disponibilité physique et psychique.**
- **L'acceptation**, c'est-à-dire être en capacité d'accepter les sentiments positifs mais aussi négatifs que déclenche en lui son enfant. Par exemple dans le cas d'un bébé qui est difficile à calmer, ne pas se sentir persécuté(e) par l'enfant.

La réponse du caregiver fait appelle à la notion de mentalisation et de capacité réflexive. « *Mentaliser c'est penser les émotions et ressentir les pensées* » [16, p. 143]. C'est-à-dire « *comprendre son propre comportement et celui de l'autre en termes d'états mentaux sous-jacents* ». [1, p. 81]

Face à un signal de détresse le caregiver va tenter de répondre à cette demande de l'enfant sur le même registre émotionnel (mimique, geste, voix...). L'enfant va se sentir validé et compris dans ses émotions. Prenons l'exemple d'un enfant qui pleure car il a eu mal. Si la personne qui s'occupe de lui vient et lui affirme que ce n'est pas grave, qu'il n'y a rien, il est alors opportun de se poser la question de ce que l'enfant va vivre à ce moment-là ? Il y aura une discordance entre ce que l'enfant ressent (« j'ai mal ») et ce qui est renvoyé par l'adulte (« ce n'est rien »). Son émotion n'est à ce moment pas validée. A terme cela peut aboutir au « faux self » de Winnicott [60] : ce qui est internalisé de l'autre ne correspond pas à l'expérience vécue.

Si le caregiving parental est perturbé de manière chronique, cela altère la construction du vrai self et laisse place à un faux self où ce sont les représentations de l'autre qui sont internalisées comme faisant partie de soi. Cela signifie que l'expérience propre et subjective de l'enfant n'est ni perçue ni validée et devient alors le lieu des projections parentales.

b) Figure d'attachement et modèles internes opérants :

Les personnes qui s'occupent du bébé (mère, père, grands-parents, oncle, assistante maternelle) vont progressivement devenir ses figures d'attachement. Cela signifie que le nourrisson se tournera de manière plus prononcée vers ces personnes en cas de danger. D'après N. Guedeney [26, p. 13], « *la construction d'une figure d'attachement prend neuf mois* ». Ses figures d'attachement primaires vont se hiérarchiser en figures d'attachement principales et figures d'attachement secondaires.

La figure d'attachement principale correspond le plus souvent à la personne qui s'occupe le plus de l'enfant dans les premiers mois de sa vie. Ces différentes figures d'attachement sont spécifiques, irremplaçables et non interchangeables.

Comme nous venons de le voir, les figures d'attachement se construisent. Dès la naissance le nourrisson a des comportements d'attachement mais ces derniers ne seront pas dirigés vers une figure en particulier [28]. On ne parle pas encore à ce moment de figure d'attachement. Cette période durant laquelle l'orientation et les signaux sont sans discrimination va de la naissance à 3 mois de vie.

Entre le 3^{ème} mois et le 6^{ème} mois le bébé commence à différencier les personnes qui lui sont familières des personnes étrangères. A ce moment ses comportements sont dirigés vers une ou plusieurs personnes qu'il repère comme familières.

A partir de 6 mois l'enfant peut maintenir la proximité avec sa figure d'attachement par des signaux et grâce au développement de ses capacités motrices, par la locomotion (comportements actifs). C'est durant cette période que s'établit le phénomène de base de sécurité.

Si le système d'attachement est désactivé, il laisse place au système exploratoire. L'enfant peut alors partir à la découverte du monde qui l'entoure. Pour cela le tout-petit doit se sentir en sécurité. Il se sert de sa figure d'attachement comme une « base de sécurité ». Si lors de son exploration l'enfant est en détresse ou en danger, son système d'attachement s'active. Il revient vers sa figure d'attachement qui joue alors le rôle de « havre de sécurité ». La même figure d'attachement est à la fois base de sécurité et havre de sécurité. N. Guédénéy [26] prend l'image d'un porte avion : le bébé est l'avion et sa figure d'attachement le porte avion. Pour que l'avion décolle et parte explorer il doit avoir suffisamment de carburant (base de sécurité). Cependant il faut toujours que le porte avion soit disponible si l'avion a besoin d'atterrir, par exemple pour se réapprovisionner en carburant. Cette fois ci le porte avion a le rôle de havre de sécurité.

La figure d'attachement doit donc être stable, fiable, prévisible dans ses réponses, accessible, disponible, capable de reconnaître et de comprendre les besoins du bébé et d'en apaiser les tensions.

Selon Guédénéy [28, p. 13] « *Si l'enfant a construit une base de sécurité, alors il peut, fort de cette confiance dans la disponibilité de la figure d'attachement, explorer le monde qui l'entoure (c'est la base de sécurité) parce qu'il peut y revenir en cas de besoin* ».

A partir de ces réponses données par son entourage, l'enfant se construit des modèles internes opérants.

Pour Bowlby, les modèles internes opérants débutent vers 6 mois et se stabilisent vers 5-6 ans. Ils sont définis comme des « patrons », des modèles mentaux qui influencent notre manière de percevoir les choses, de les anticiper ainsi que la manière de nous comporter. Ils guident nos interactions tout au long de notre vie en prenant en compte les expériences passées. Les modèles

internes opérants sont des représentations mentales des schémas comportementaux. Ils sont le résultat des expériences intériorisées (« telle action entraîne telle réponse »).

Guédénéy [28, p. 46] définit les modèles internes opérants comme « *un ensemble de "règles" conscientes et inconscientes qui fournissent au bébé une base d'interprétation des événements relationnels et qui guideront la vie affective du sujet avec ses proches* ».

L'enfant, par les répétitions de ses demandes et les réponses associées qu'il obtient de sa figure d'attachement, met en place des stratégies. Par exemple si à chaque fois qu'il tombe et pleure, sa mère vient vers lui et le réconforte, il « intègrera » qu'il peut compter sur elle. Ce sont les stratégies primaires. Si en revanche le fait de pleurer (stratégie primaire) ne permet pas d'initier cette proximité avec sa mère, l'enfant met en place des stratégies dites secondaires ; il s'adapte donc au comportement et aux réponses de sa mère.

Ces modèles internes opérants sont en lien avec le type d'attachement.

c) Les 4 types d'attachements selon Marie Ainsworth :

Marie Ainsworth [26] à travers la « situation étrange » distingue 4 types d'attachements :

- L'attachement sécurisé.
- L'attachement insécurité ambivalent / résistant.
- L'attachement insécurité évitant.
- L'attachement désorganisé.

Les attachements sécurisés et insécurité sont considérés comme « normaux ». En effet, les attachements insécurité (ambivalent et résistant) font suite à une stratégie adaptative (stratégies dites secondaires) de la part de l'enfant face aux comportements de sa figure d'attachement.

Ainsi quand l'enfant sollicite sa figure d'attachement, s'il reçoit comme réponse du rejet, il ne sollicitera plus cette figure d'attachement en cas d'insécurité ou de stress. C'est l'attachement insécurité évitant qui est donc une adaptation de l'enfant face aux comportements de sa figure d'attachement.

Dans cette théorie, seul l'attachement désorganisé est considéré comme pathologique.

Nous pouvons mettre en lien les modèles internes opérants, c'est-à-dire les représentations que l'on a, avec les différents types d'attachements [26].

Dans l'attachement sécure le discours serait : « Ma figure d'attachement est suffisamment disponible pour m'apporter l'aide et le réconfort dont j'ai besoin de façon cohérente ». L'enfant sait que son parent sera disponible et lui apportera le soutien nécessaire s'il en ressent le besoin. Grâce à cette assurance l'enfant peut explorer le monde.

Dans l'attachement insécure ambivalent / résistant, le modèle interne opérant des enfants pourrait être : « J'ai besoin de ma figure d'attachement pour me sentir en sécurité mais ses réponses sont aléatoires. Ma figure d'attachement est imprévisible, parfois elle me répond et cela m'apaise et me réconforte, parfois elle ne répond pas ». L'enfant n'est pas certain que son parent soit disponible et présent s'il fait appel à lui en cas de besoin. Son attention est dirigée vers sa figure d'attachement pour évaluer sa disponibilité. Du fait de cette incertitude l'enfant se montre angoissé pour explorer le monde et reste bien souvent très proche de sa figure d'attachement.

Dans l'attachement insécure évitant, la représentation serait : « Je dois me débrouiller seul car ma figure d'attachement adopte des comportements de rejets ou punitifs à mon égard. Je dois rester vigilant, je ne peux compter que sur moi-même ». L'enfant s'attend à être repoussé s'il cherche des soins ou du réconfort. Il tente alors de se suffire à lui-même, sans soutien de la part d'un autre. Ce sont des enfants qui paraissent très autonomes pour leur âge.

Dans l'attachement désorganisé, le discours serait : « Quand j'ai besoin de réconfort, je ne sais pas si ma figure d'attachement me protégera, me terrifiera ou m'abandonnera. Je ne sais pas comment obtenir cette proximité dont j'ai besoin pour me rassurer ». Dans cet attachement l'enfant se trouve dans une situation de « *peur sans solution* » [26]. Sa figure d'attachement est source de sécurité mais aussi source d'alarme. Cette dernière ne protège plus l'enfant, voire même, suscite de la peur. Cet attachement est le seul à être pathologique car l'enfant ne peut pas s'adapter à ce choix paradoxal : on ne peut pas en même temps fuir ce qui fait peur et s'approcher de la même personne qui nous apporte une sécurité et une protection. « *Cette situation amène un véritable traumatisme relationnel précoce avec un effondrement des stratégies attentionnelles et comportementales habituelles* » [26, p. 27].

Dans mon lieu de stage, il y a un espace "salon" où se retrouvent les mamans et leur bébé. Cet espace est un lieu privilégié pour pouvoir observer les différents types d'attachement de manière informelle.

Chloé a neuf mois. Elle part à quatre pattes dans les couloirs mais regarde régulièrement si elle voit encore sa mère ou non, et s'il y a le moindre imprévu, elle la sollicite. Cet exemple fait référence à l'attachement sécurisé.

Théo a huit mois. Il est sur le tapis d'éveil avec sa mère. Cette dernière se lève pour aller préparer le repas de Théo sans le lui dire. Théo ne manifeste rien quand sa mère quitte la pièce. Cette situation renvoie à l'attachement insécure évitant.

Leianna a 10 mois. Elle est toujours dans une extrême proximité physique avec sa mère et ne s'autorise pas à explorer. Si un adulte s'approche d'elle et que sa mère part, elle se met à pleurer et est inconsolable. Cette observation décrit un attachement insécure ambivalent / résistant.

Cependant au vu de leur jeune âge, nous ne pouvons pas encore faire à ce stade de conclusion concernant le type d'attachement.

De plus, chaque figure d'attachement a un type d'attachement propre. Ce n'est pas parce que l'enfant développe un attachement insécure avec sa mère qu'il en sera de même avec son père puisque l'attachement dépend en grande partie des réponses données.

L'attachement est universel. Tous les enfants vont développer un type d'attachement avec leur caregiver, sauf pour l'attachement désorganisé qui est un attachement à part et qui fait souvent suite à de la maltraitance, des sévices, de la négligence.

Pour S. Robert-Ouvray [48, p. 198] « *L'attachement humain peut se définir par son but : c'est intégrer la présence d'autrui à l'intérieur de soi pour ne plus manquer de lui dehors* ».

Si le parent est attentif et réactif, le bébé apprend que le monde est un endroit sûr et il a tout le loisir d'explorer son environnement. En revanche, s'il ne reçoit pas ces signaux, le bébé a besoin de faire passer sa sécurité et son confort avant l'exploration. L'attachement n'est donc pas une dépendance, c'est un moyen pour l'enfant de devenir autonome. Selon Golse [23] « *pour bien se détacher, l'enfant doit savoir bien s'attacher* ».

Conclusion :

Nous venons de mettre en évidence que l'enfant naît avec de nombreuses capacités, ce qui en fait un partenaire actif dans l'interaction. Cependant seul, il n'existe pas.

Son environnement, ici sa mère, possède également des compétences, notamment au travers des remaniements psychiques et cérébraux qui ont lieu durant la grossesse. De cette rencontre découleront des interactions, à la fois corporelles, affectives et fantasmatiques, qui, par leurs répétitions, participeront à la construction du lien d'attachement.

Nous pouvons d'ores et déjà conclure que ce lien qui se crée est bidirectionnel et que, autant la mère que l'enfant ont un rôle crucial à jouer pour le bon développement de cette relation. C'est ce qu'Escalona (*cité par Mazet [45, p. 106]*) nomme « *la spirale transactionnelle* ». Mère et bébé avec chacun ses propres compétences, capacités, sa propre personnalité, s'influencent l'un et l'autre. Un comportement de la mère entraîne une modification du comportement du bébé et inversement. Gauberti [21, p. 7] va plus loin en affirmant que « *l'enfant et la mère interagissent et s'interstructurent* ». L'harmonie et la réciprocité des interactions à la fois comportementales, affectives et fantasmatiques dépendent de différents facteurs liés à la fois à la mère et au bébé.

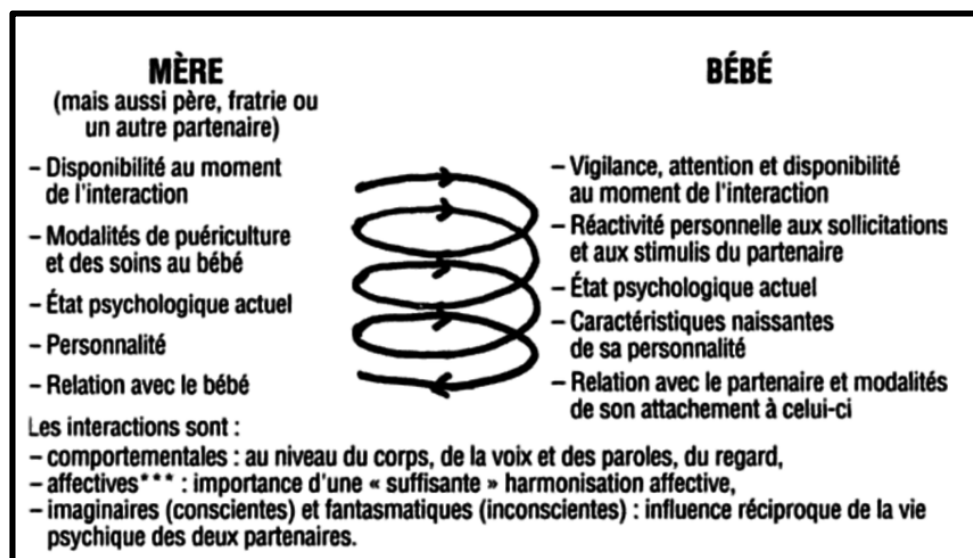


Figure extraite du livre *psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant* de Mazet. P et Stoléru. S.

La relation mère-bébé est un processus complexe qui nécessite de l'implication, de l'ajustement et de l'adaptation de la part des deux protagonistes.

Si cet environnement est « suffisamment bon », la relation créée deviendra une base solide pour le développement futur de l'enfant. Néanmoins le trouble psychiatrique maternel peut venir perturber plusieurs de ces processus. C'est pourquoi nous allons analyser les impacts possibles sur la relation dans le cas d'un trouble psychiatrique.

Partie II :

I- Les perturbations de la relation :

Nous venons de mettre en avant que l'interaction entre le bébé et sa mère est bidirectionnelle. En parallèle, nous avons mis en évidence que les comportements de l'un influencent et structurent les comportements de l'autre.

Les interactions peuvent être perturbées d'un point de vue quantitatif et également qualitatif.

A- Les aspects quantitatifs des stimulations :

Les stimulations peuvent être, d'un point de vue quantitatif, sur le versant du « trop » ou hyperstimulation ou au contraire sur le versant du « pas assez » ou hypostimulation.

Ces notions d'hyperstimulation ou d'hypostimulation sont relatives et dépendent du seuil de tolérance du bébé, de ses capacités d'attention, de son envie d'être ou non dans l'échange. En effet un même niveau de stimulation peut être toléré par un bébé, alors qu'il peut constituer un excès ou au contraire une hypostimulation pour un autre. Il est donc primordial d'observer le niveau de stimulation que la mère propose et surtout les réponses du bébé [21; 45].

a) L'excès de stimulation :

L'excès de stimulation ou l'hyperstimulation s'observe quand la mère ne prend pas en considération les signaux du bébé qui expriment qu'il se trouve débordé par les stimulations. Ces signaux peuvent être l'évitement du regard, le détournement de la tête, des pleurs, un tonus élevé. Ces excès de stimulation sont souvent perçus comme la répétition d'intrusion dans l'espace du bébé.

Nous retrouvons souvent des excès de stimulation quand la mère a des difficultés pour se décentrer de son propre état et se trouve ainsi dans l'incapacité d'envisager l'état de son bébé.

Lorsque nous croisons Mme L. dans les couloirs, elle est toujours pleine d'énergie : son débit de paroles est conséquent ; elle fait de grands gestes lorsqu'elle communique.

Nous rencontrons Leianna (10 mois) et sa mère en séance de psychomotricité. Leianna se frotte les yeux et bâille sur le tapis d'éveil. Elle manifeste des signaux de fatigue. Sa mère, n'ayant probablement pas remarqué ces signes, prend un jouet et lui agite devant les yeux. Leianna détourne son regard mais sa mère continue. Leianna se met à pleurer.

Mme L. ne voit pas les signaux de sa fille. Elle est tellement prise dans ses états qu'elle n'arrive pas à percevoir l'état de sa fille comme un individu séparé d'elle. Mme L. continue d'agiter les jouets ce qui entraîne un trop-plein que Leianna ne peut tolérer.

Ces comportements anti-contingents ne permettent pas de valider les émotions vécues par Leianna. A terme, le risque est que Leianna internalise une émotion qui ne correspond pas à l'expérience vécue : c'est le « faux self » de Winnicott [60].

De plus selon Lesage [42, p. 93] « *le geste étant notre modalité première de dialogue et d'interaction, il se colore en fonction du rapport au monde que nous développons* ». Mme L. vit à plein régime et a du mal à se « poser », ce qui peut expliquer le fait qu'elle soit en difficulté pour percevoir les signaux de sa fille et l'accompagner corporellement lors du coucher.

Élise a deux mois lorsque je la rencontre avec sa mère. Je remarque que Mme E. parle très près du visage d'Élise ; elle chante continuellement la même chanson à sa fille et la touche beaucoup même lorsque cette dernière dort. De plus lorsque je croise Mme E. dans le service, elle est toujours repliée sur elle-même avec Élise dans ses bras comme si elle était partie intégrante d'elle.

Une vidéo est proposée à Mme E. et à Élise. Cela correspond à un enregistrement de l'interaction durant cinq minutes entre la mère et son enfant.

Durant toute la séquence vidéo Mme E. fredonne la chanson qu'elle a l'habitude de chanter à sa fille. Au cours des cinq minutes, jamais Élise ne regarde sa mère. Elle détourne le regard comme pour se couper de la relation.

Élise a connu un excès de stimulation. Mme E. lui chantait la même chanson, sur le même ton, sans aucune nouveauté, en étant toujours très près de son visage.

Face à ces stimulations « intrusives » Élise ne va pas crier ou pleurer mais elle essaye de faire avec, c'est-à-dire qu'elle s'adapte et pour son jeune âge la solution est de se couper de la relation.

Ici l'excès de stimulation se fait à travers la voix (avec la même chanson) et aussi à travers la proximité. Cette proximité est d'une part intrusive et d'autre part elle ne permet pas un réel échange de regard puisque Mme E. est bien trop près pour qu'Élise puisse la voir. De plus, Mme E. ne semble pas sensible à ce qu'il se joue au niveau du dialogue tonico-émotionnel. Elle ne prend pas en compte les comportements de rejet d'Élise.

Le repli corporel de Mme E. peut également signifier une difficulté pour s'ouvrir au monde extérieur. De plus le portage qu'elle adopte avec Élise renforce cette impression. Si Mme E. a du mal à s'ouvrir alors, comment peut-elle percevoir les signaux de l'autre et en l'occurrence ceux de sa fille ?

L'excès de stimulation peut aussi s'observer dans des situations où les mamans vont montrer des attentes excessives par rapport à leur bébé suivant leur âge.

Ce sont par exemple les mères qui mettent leur bébé assis alors qu'il n'en a pas encore la capacité seul ou qui leur tirent les bras afin de les aider à se mettre debout. Un exemple plus détaillé de cette hyperstimulation est présenté dans mon étude clinique.

b) L'hypostimulation :

L'hypostimulation ou le manque de stimulation s'observe lorsque la mère investit et échange peu avec son enfant.

Ce manque de stimulation s'observe notamment lors de la dépression maternelle avec un appauvrissement du langage, des gestes et des mimiques de la mère envers son bébé.

L'expérience du *still face* (Cohn et Tronick, citée par Apter [2]) décrit bien ce manque de stimulation. Cette expérience consiste à demander à une mère de jouer avec son enfant, puis d'interrompre l'interaction et de figer son corps et son visage. La mère est là « sans être là » ; elle ne doit ni intervenir, ni répondre aux sollicitations de son bébé. Face à cette impassibilité de la mère, le bébé cherche à entrer en communication avec cette dernière, à l'animer, à la récupérer, à susciter une réaction. Il la regarde, lui tend les bras, lui sourit, babille... Si les sollicitations de l'enfant sont sans réponse, il se coupe progressivement de la relation et finit par chercher des moyens de se rassurer seul (en portant son poing à la bouche par exemple). Cela peut à terme, aboutir à un attachement évitant où l'enfant doit trouver lui-même des solutions pour gérer son stress.

Marin (4 mois) sollicite souvent sa mère à travers des sourires, des vocalises, des pleurs, mais il n'a que très peu de réponse à ses comportements. Je le rencontre avec sa mère au cours d'une séance de psychomotricité. Je remarque un enfant qui tente, tant bien que mal, d'attirer l'attention de sa mère, sans succès. Mme M. est très distante avec nous. Je ressens une hypertonicité, une tension qui crée une réticence à la relation.

Deux semaines plus tard une vidéo leur est proposée.

Durant cette séquence, Mme M. sollicite à plusieurs reprises son bébé à travers la voix, le toucher mais Marin détourne constamment sa tête et ne la regarde pas.

Quant à Mme M., elle est toujours dans une hypertonicité globale avec des gestes qui paraissent anticipés et non naturels. Selon Lesage [42, p. 93] « *les modalités du geste sont chargées d'intention* ».

La consigne donnée lors de l'enregistrement vidéo est d'être en interaction avec son enfant. Mme M. essaye de respecter la consigne. Toutefois sa gestualité et sa posture nous donnent à voir que son intention n'est pas d'être en interaction.

Lorsque nous retrouvons Mme M. et Marin en séance, Marin ne cherche plus l'interaction et il nous est difficile, malgré les sollicitations, d'obtenir un échange avec lui.

Comme dans l'expérience du *still face*, Marin fait un gros effort pour tenter « d'allumer » sa mère. Il essaye de la réanimer, de capter son attention, d'obtenir une réponse de sa part, en vain. Lorsque sa mère tente de le solliciter, il ne lui répondra plus et ne cherchera plus l'interaction.

Marin est encore trop jeune pour parler du lien d'attachement. Cependant, ses modèles internes opérants sont en train de se construire.

Nous pouvons faire l'hypothèse que si les comportements maternels restent inchangés, le lien d'attachement de Marin vers sa mère sera de type insécure évitant (« malgré les sollicitations, je ne peux compter que sur moi-même »). En effet, lors de notre première rencontre Marin sollicite sa mère à travers de nombreux comportements aversifs et quelques comportements de signalisations. Ces comportements ont pour objectif de créer une interaction. Lors de la vidéo qui se déroule deux semaines plus tard, ces comportements ne sont plus présents ; Marin ne sollicite plus sa mère, ce qui peut signer l'atteinte du lien d'attachement.

L'hypostimulation dépend également des signaux émis par le nourrisson ainsi que de son expressivité. Un bébé qui ne manifeste que très peu ses besoins, qui ne pleure pas beaucoup, qui est peu expressif au niveau de ses mimiques, qui fait peu de sourires, qui babille ou vocalise dans une faible mesure peut contribuer à diminuer le niveau de stimulation au sein de la spirale transactionnelle.

Ces deux situations (Marin et Élise) sont totalement opposées. Marin se trouve face à un manque de stimulation alors qu'Élise est dans un trop plein. Cependant même si les causes sont bien différentes, Marin tout comme Élise se coupent de la relation. Dans ces deux situations l'interaction ne permet pas d'être stable, au contraire elle désorganise. Marin tout comme Élise, durant l'enregistrement vidéo, portaient leur regard au plafond ou vers la lumière extérieure. Pour pouvoir rester stables, ils ont dû, d'une part se couper de la relation, et d'autre part se servir des flux sensoriels.

L'interaction est une spirale transactionnelle où les comportements de l'un influencent les comportements de l'autre. Chez Marin et Élise, se couper de la relation leur permet de s'adapter à leur environnement. C'est un des seuls moyens pour eux de rendre ces expériences supportables.

B- Les aspects qualitatifs des stimulations :

a) Perturbations de la réciprocité :

Les perturbations de la réciprocité peuvent s'observer lorsque la mère décode les signaux de son enfant de la mauvaise manière. Il existe alors une inadéquation entre la demande du bébé et la réponse donnée par la mère.

Certaines mères peuvent également avoir du mal à remarquer les efforts de l'enfant pour attirer leur attention.

Cette réciprocité des échanges se joue au niveau comportemental et affectif.

Greenspan et Lieberman (*cité par Mazet [45, p. 167]*) ont mis en avant le concept de « *contingence* ». Ce concept désigne la capacité de la mère à percevoir et à interpréter de la manière la plus juste possible les signaux de l'enfant afin de lui répondre de façon adaptée, c'est-à-dire en accord avec ses attentes et ses besoins.

Un comportement contingent est défini par une réponse directe et appropriée aux signaux du partenaire, c'est-à-dire le bébé ou la mère.

| |
|--|
| Pierre bâille et se frotte les yeux. Sa mère le prend dans ses bras, le berce et l'accompagne dans son endormissement. |
|--|

Un comportement non-contingent est une réponse inappropriée, sans lien avec le comportement du partenaire.

C'est l'heure de manger pour Théo qui pleure et s'agite. Sa mère le prend dans les bras et va le coucher.

Un comportement anti-contingent correspond à une réponse contraire aux signaux émis par l'un des partenaires.

C'est l'exemple de Leianna cité plus haut dans lequel sa mère la stimule alors qu'elle montre des signaux de fatigue. Ce comportement est à la fois hyper-stimulant et anti-contingent.

Un comportement anti-contingent peut également être une mère qui « rigole » lorsque son bébé pleure.

Cette perturbation de la réciprocité peut aussi venir du nourrisson lorsqu'il est insensible aux stimulations de sa mère. Il peut s'agir par exemple d'un bébé qui ne regarde pas sa mère, qui ne babille pas, qui ne vocalise pas pour répondre aux paroles de sa mère...

Les perturbations de la réciprocité peuvent s'observer dans le domaine du regard, avec le phénomène d'évitement du regard. Elles peuvent également se retrouver dans le domaine des contacts physiques quand l'un des partenaires cherche à maintenir le contact physique et l'autre recherche une prise de distance. Il en est de même dans le domaine de la parole quand les mots ou vocalisations de l'un des deux partenaires ne sont pas pris en compte par l'autre.

b) Perturbation du déroulement temporel :

Il est également important d'analyser le déroulement temporel de l'interaction mère-bébé : existe-t-il une continuité, une discontinuité, des mini-coupures au cours de l'échange ? Ces dernières entraînent-elles notamment une perturbation notable de l'interaction ?

Les perturbations du déroulement temporel sont en lien avec les notions de macrorythme et de microrythme développées par D. Marcelli [44] :

- **Les macrorhythmes** concernent l'ensemble des activités de soins (le lever, le repas, la toilette, le change, le bain, le coucher...) qui sont relativement fixes, stables et

répétitives d'une journée à l'autre. Le bébé va pouvoir repérer ces différentes situations et les anticiper, ce qui lui donne un sentiment de toute puissance et l'illusion de créer le monde.

- **Les microrhythmes.** Il arrive qu'un écart rythmique, du fait de la séparation des corps, perturbe la routine créant un nouveau temps : celui de l'attente. Ces microrhythmes concernent toutes les interactions en dehors des soins et non nécessaires à la survie du bébé, impliquant des moments de surprise et de nouveauté. Selon Marcelli [44, p. 126] ces interactions sont en apparence inutiles : « *elles sont du domaine de l'aléatoire, du gratuit, de l'inutile, du changement, de la surprise* ».

Des problématiques liées à ces macrorhythmes et microrhythmes peuvent exister. Une absence de microrhythme entraîne une interaction mère-bébé identique, sans changement ni évolution. Le bébé n'a pas accès à la nouveauté. De même une absence de macrorhythme ne permet pas la mise en place d'une temporalité stable et continue. Le bébé ne peut pas anticiper ; il doit sans cesse s'adapter aux changements et se trouve souvent en hyper-vigilance.

Il est midi Théo (8 mois) pleure et montre des signes de fatigue. Je questionne la mère sur ce qu'elle perçoit de Théo en émettant l'hypothèse qu'il est peut-être fatigué. Il est compliqué pour Mme T. d'entendre cela car il est midi et c'est l'heure de manger pour Théo. Malgré les signes de fatigue que présente Théo, la faim semble être la seule et unique raison qui puisse expliquer son état, aux yeux de sa mère.

Mme T. peut-être pour se rassurer, anticipe l'intégralité de la journée de Théo avec des heures bien précises pour le repas, le coucher, le change. Il en est de même dans les échanges : Mme T. n'introduit aucun imprévu, aucune nouveauté ; elle propose toujours la même chose.

Au niveau corporel Mme T. est comme figée dans son corps : sa gestualité est pauvre, il y a peu de modulation tonique, ses déplacements se font par petits pas comme si elle supportait un poids ; son dos est courbé. Je ressens un manque de vitalité, un corps « robot » qui est présent physiquement mais inanimé. Même son corps est pris dans un macrorhythme, sans nouveauté. Dans cette perspective comment Mme T. peut-elle avoir une pensée modulée et dynamique si son corps est totalement figé ?

Les macrorhythmes apportent une continuité, une stabilité au bébé alors que les microrhythmes sont source de changement, de surprise et de nouveauté. L'objectif est de trouver un équilibre entre macrorhythme et microrhythme.

c) Perturbation de l'espace relationnel :

Selon Gauberti [21, p. 1] « *Un corps ne peut naître et être dans un espace relationnel, que s'il est relié à un autre corps* ». Cependant pour que le bébé puisse concevoir, maîtriser puis se représenter l'espace, il faut que cette enveloppe commune mère-bébé s'ouvre et se différencie. Pour Gauberti, cette ouverture dépend de l'interaction : les attitudes de l'un modifient celles de l'autre par des mécanismes d'adaptation réciproques et inconscients.

Selon cette auteur, l'espace relationnel peut être :

- **Sécore.** Les attitudes maternelles sont adaptées, ajustées au bébé. Il existe une stabilité qui permet à l'enfant de partir explorer tout en étant certain de trouver du réconfort s'il en ressent le besoin.
- **Insécore.** Les attitudes maternelles sont intrusives, inadaptées au rythme du bébé. C'est un espace sans continuité, sans macrorythme où le bébé a une expérience morcelée et chaotique du temps. Il ne trouve pas de stabilité qui est pourtant une base essentielle à la perception du familier. Dans cet espace le bébé n'est pas sûr de l'existence d'une base cohérente pour ses investissements affectifs et ses processus de structuration. Cet espace fait écho avec le système d'attachement et le système exploratoire de la théorie de l'attachement. Le bébé n'est pas certain d'une base de sécurité. Il ne peut pas explorer son environnement en étant sûr de pouvoir y revenir en cas de danger, ce qui limite son exploration et donc son autonomisation et individualisation.

Cet espace est souvent retrouvé lorsque les mères souffrent de trouble bipolaire. Les modifications de l'humeur, de la temporalité des mouvements, de la voix entre l'épisode dépressif et l'épisode maniaque induisent une instabilité temporelle et tonique ainsi que des réponses changeantes. De plus, les rythmes du bébé (macrorhythmes) ne sont souvent pas respectés.

- **Dévitalisé,** c'est-à-dire non-animé par la circulation des affects. C'est un espace silencieux, sans résonance, qui n'offre pas de retour, d'écho aux expressions du bébé. Les expériences motrices, toniques et sensorielles ne sont pas liées entre elles ni aux émotions. L'espace relationnel dévitalisé ne permet pas à l'enfant d'avoir un retour concernant ses expériences. C'est un climat froid où ses émotions ne sont ni validées, ni reconnues. Cela se rapproche du « faux self » de Winnicott.

C'est l'exemple de Mme T. évoqué précédemment. Mme T n'offre pas de retour aux expériences et émotions de Théo. Si Théo pleure et qu'il est midi, c'est forcément qu'il a faim, s'il pleure à 14h c'est qu'il a sommeil.

Lorsque je croise Mme T., elle me dit toujours la taille et le poids de Théo. Elle s'attache beaucoup au concret et aux chiffres. Dans cette dyade tout est codifié et l'émotion n'a pas beaucoup de place.

- **Amniotique.** Toute séparation ou distanciation est refusée par la mère. C'est un espace cocon. Dans cet espace le seul « objet » présenté aux nourrissons comme point d'ancrage et d'investissement est le corps maternel. Le bébé n'a pas la possibilité d'expérimenter les espaces ou objets inconnus, d'investir des partenaires autres que la mère. Dans cet espace le temps comme l'espace sont figés, immobiles. Dans l'espace relationnel amniotique, les mères sont souvent très angoissées par la séparation et ne laissent pas leur enfant s'éloigner. Cette angoisse est projetée sur l'enfant qui peut à son tour limiter ses explorations. L'enfant et la mère sont fusionnés dans un macrorhythme avec une absence de microrhythme et donc de nouveauté, ce qui restreint également son autonomisation et son individualisation.

Dans ces trois espaces relationnels (insécure, dévitalisé, amniotique), le bébé ne peut pas développer son activité personnelle ni son autonomisation corporelle.

d) La fixation et les régressions des patterns interactifs :

Selon Mazet et Stoleru [45, p. 169] « *l'interaction mère-nourrisson est un processus évolutif qui subit une maturation* ». L'interaction doit être rapportée à l'âge et au développement de l'enfant.

Il est possible qu'une mère et son enfant restent fixés (fixation) ou reviennent (régression) à des modalités interactives propres à un stade de développement antérieur.

Théo est âgé de huit mois. Malgré cela sa mère le porte comme s'il venait de naître. Quand elle veut l'installer sur le tapis d'éveil, Mme T. soutient la tête de Théo par « peur qu'elle ne parte en arrière ».

Comme évoqué précédemment Mme T. semble figée dans son corps, ce qui pourrait expliquer ses difficultés quant au fait de s'adapter corporellement lors du portage. Mme T. porte Théo comme s'il venait de naître sans prendre en compte ses compétences ni son développement.

A l'inverse, il est possible qu'une mère exige des compétences, une autonomisation de l'enfant de manière trop précoce.

C'est par exemple mettre un enfant assis ou debout alors qu'il n'a pas expérimenté toutes les positions intermédiaires pour y parvenir. Cela peut également être considéré comme de l'hyperstimulation.

Conclusion :

Les interactions peuvent être perturbées quantitativement ou qualitativement par de nombreux facteurs de risque. Ces derniers peuvent être en rapport avec le nourrisson, par exemple suite à une prématurité, une hospitalisation prolongée, une atteinte somatique. Ils peuvent aussi être en lien avec la mère, par exemple en cas de trouble psychiatrique, suite à des difficultés personnelles, un isolement social, une situation sociale défavorisée, une atteinte somatique, etc. Face à ces perturbations le bébé développe des stratégies adaptatives (cf spirale transactionnelle ; exemple de Marin et d'Élise).

Chaque bébé est différent et suivant ses ressources il mettra en place des stratégies différentes. Cependant ces stratégies adaptatives peuvent, si les perturbations perdurent, s'épuiser et laisser place à des symptômes qui peuvent entraver le développement de l'enfant.

II- La psychomotricité au sein du réseau de psychiatrie périnatale :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est définie comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » [36].

La santé mentale fait partie de l'état de santé en général. Elle peut être définie comme « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté [...]* » [36].

Le trouble mental affectant un parent peut donc avoir des répercussions sur la pratique de la parentalité.

A- La psychiatrie périnatale :

a) Définition :

Pendant la période de la grossesse, tous les mois à partir du quatrième mois, un rendez-vous de consultation avec une sage-femme ou un obstétricien est mis en place. Ce rendez-vous peut notamment permettre le repérage d'un trouble mental. Ces derniers peuvent se diviser en trois catégories [3] :

- Le trouble mental est préexistant à la grossesse. C'est un trouble chronique connu. Il s'agit par exemple d'un trouble de l'humeur, d'une schizophrénie. Dans ce cas, la grossesse, avec tous les réaménagements psychiques et biologiques qu'elle induit, peut entraîner une décompensation du trouble.
- Le trouble mental est déclenché par la grossesse du fait d'une vulnérabilité. Il peut s'agir par exemple d'un épisode dépressif connu en dehors de toute grossesse (sans parler de trouble).
- Le trouble mental apparaît de novo durant la grossesse.

Ces troubles peuvent aussi survenir en post-natal.

La psychiatrie périnatale est une discipline qui a pour objet d'étude les troubles mentaux survenant chez l'un ou l'autre des parents durant la période périnatale et le développement de l'enfant dans ce contexte [55]. Cette discipline est au carrefour de la psychiatrie, de l'obstétrique et de la pédiatrie ; elle a été créée pour répondre à une préoccupation de santé publique que constituent les troubles psychiques maternels durant la période périnatale. « *Dans l'année qui suit une naissance, une femme voit son risque d'être hospitalisée en milieu psychiatrique multiplié par un facteur d'1,6. [...] les dépressions postnatales touchent environ 15 % [des mères]* » [22, p. 26].

La psychiatrie périnatale ne s'adresse pas à une pathologie donnée mais à une période spécifique de la vie : la période périnatale.

Selon l'OMS, cette période s'étend entre la vingt-huitième semaine de grossesse et le septième jour révolu de vie après la naissance [31]. Cependant la psychiatrie périnatale prend en charge les mères enceintes ainsi que les mères et leur enfant jusqu'à l'âge d'un an.

b) Les buts de ce service :

Le service de psychiatrie périnatale a pour objectif la prise en charge :

- Des spécificités des troubles mentaux survenant durant cette période de la vie, c'est-à-dire la psychopathologie périnatale. En effet, « *la période périnatale est une période de vulnérabilité psychique, notamment en ce qui concerne la régulation des émotions et de l'humeur. [...] Les femmes ont plus de risques de présenter une maladie mentale sévère dans les trois mois qui suivent la naissance d'un enfant qu'à un autre moment de leur vie* » [55, p. 3]. Une des missions de ce service se situe donc autour de la prise en charge préventive et curative ainsi que du suivi des troubles psychiatriques maternels lors de la grossesse et du post-partum.
- Du développement du bébé lorsque l'un de ses parents présente un trouble mental. Effectivement « *les pathologies mentales parentales entravent inévitablement la qualité des processus interactionnels. Les dimensions de chronicité et de sévérité des troubles influencent tout particulièrement le développement des enfants* » [55, p. 4]. La seconde mission concerne la prévention des troubles précoces du lien parents-enfants durant

cette même période. C'est pour cela que le réseau accueille la mère ainsi que son bébé. La présence de ce dernier permet d'instaurer, de soutenir, d'évaluer le lien mère-enfant.

La mère reçoit les soins adaptés à son trouble (aspect curatif) ainsi qu'un soutien dans sa relation avec son bébé (aspect préventif).

Cette période, qui correspond à la première année de vie, est une période cruciale. C'est le moment où l'attachement, à travers l'interaction, se met en place. C'est durant cette période que se construit le narcissisme primaire du bébé qui dépend directement de l'interaction et des soins que lui apporte son entourage proche. Cela permet à l'enfant d'intérioriser un sentiment de sécurité de base et un sentiment continu d'exister.

Pour répondre à ces objectifs, le réseau se compose [22] :

- **D'une unité d'hospitalisation mère-bébé à temps plein.** Les patientes reçues dans cette unité présentent des troubles psychiatriques sévères.
- **D'un hôpital de jour** qui accueille les dyades à temps partiel, une à deux journées par semaine.
- **D'une activité de consultation et de visite à domicile** afin de réaliser le suivi de l'impact d'une grossesse sur les troubles mentaux existant, la mise en œuvre des traitements ou encore d'un suivi à moyen terme après une hospitalisation. Ces consultations favorisent également la mise en place d'un projet de soin pour les femmes enceintes et pour les dyades mère-bébé.
- **D'une activité de psychiatrie de liaison en maternité** qui permet un dépistage et une prévention précoces des troubles psychiques périnataux.

Différents intervenants sont présents au sein du réseau de psychiatre périnatal : psychiatres, infirmiers, psychologues, assistante sociale ainsi que psychomotricien.

Le psychomotricien fait partie de cette équipe pluridisciplinaire et intervient dans l'unité d'hospitalisation à temps plein ainsi qu'à l'hôpital de jour.

Le psychomotricien a plusieurs rôles à jouer dans les séances mère-bébé. Les mères que nous allons rencontrer sont atteintes d'un trouble psychiatrique. Ce dernier peut rendre la mère moins

apte à être « suffisamment bonne » [60] et ainsi impacter les interactions et le développement harmonieux de l'enfant.

Le psychomotricien va d'une part soutenir le développement psychomoteur du bébé et d'autre part accompagner une parentalité qui se construit.

Je vais maintenant aborder le rôle du psychomotricien auprès du bébé, de la mère ainsi que de la dyade. Ces différents rôles ont comme objectif final le soutien du lien mère-bébé. J'ai fait le choix de me concentrer sur l'accompagnement par le professionnel tout d'abord du côté du bébé puis dans un second temps du côté de la mère et de la dyade, et ce, pour une meilleure compréhension. Dans le service le rôle du psychomotricien est souvent associé au bébé et à son développement. C'est donc pour cela que j'ai réuni notre rôle auprès de la mère et de la dyade dans une seule et même partie. Néanmoins il ne fait aucun doute que le psychomotricien a également un rôle majeur auprès de la mère.

B- Rôle du psychomotricien auprès du bébé :

a) Apprécier et évaluer le développement de l'enfant :

Afin d'apprécier et d'évaluer le développement de l'enfant, le psychomotricien dispose de différents moyens : d'une part les évaluations standardisées et d'autre part l'observation à la fois subjective et objective.

Les évaluations standardisées nous servent, en tant que psychomotricien, de grille d'observation. Elles nous permettent d'objectiver les compétences réelles de l'enfant face à celles attendues suivant son âge de développement.

Concernant les évaluations standardisées :

Le **Brazelton** ou « **Neonatal Behavioral Assessment Scale** » (NBAS) permet d'évaluer le comportement du bébé de 0 à 2 mois. Chaque bébé a une façon d'être et de réagir qui lui est propre. Cette échelle se compose de six parties :

- **L'habitation** : face à une même stimulation, le bébé diminue progressivement ses réponses. Cet « item » permet d'apprécier la capacité du bébé à répondre puis à diminuer voire inhiber ses réponses face à une même stimulation.

- **L'orientation** permet d'apprécier la capacité d'attention du bébé face à des stimuli visuels et/ou auditifs, animés et/ou inanimés.
- **Le système moteur** avec l'évaluation de la motricité et de son tonus.
- **La régulation des états** nous renseigne sur les potentialités du bébé à filtrer les sollicitations de l'environnement, c'est-à-dire à contrôler ce qui vient de l'extérieur.
- **L'organisation des états.**
- **Le système autonome** avec l'évaluation des réflexes archaïques.

Le **Brunet Lézine** (de 0 à 30 mois) ainsi que **l'échelle du développement moteur fonctionnel de Laurence Vaivre-Douret (DF-MOT)** de 0 à 48 mois, ne sont que très peu utilisés pour les nourrissons car ils ont peu d'items concernant cette tranche d'âge.

Nous utilisons principalement **l'échelle de Bayley**¹ (Bayley scales of infant and toddler development) de 1 à 42 mois, publiée aux États-Unis et dont la version française est en cours d'élaboration. Même si cette échelle n'est pas encore transposable sur une population française car elle n'a pas encore été étalonnée sur cette population, elle nous permet d'appuyer nos propos lors des réunions et de mettre en évidence un écart à la norme important. Cette échelle rend compte des capacités motrices (tient assis, porte les objets à la bouche, se retourne...) ainsi que des capacités cognitives (vocalise, sourit, passe un objet d'une main à l'autre, explore l'espace...).

L'évaluation du développement de l'enfant ne se fait pas uniquement au travers des échelles. L'observation plus subjective, c'est-à-dire celle réalisée au-delà des tests, sans comparaison à des normes est notre meilleur outil. Cette observation se fait au cours des bilans et également lors des temps informels. Il s'agit d'observer : l'activité spontanée du bébé, ses capacités relationnelles, sa motricité, l'utilisation de son corps pour se mouvoir et se déplacer ; s'il manifeste des comportements actifs, aversifs ou de signalisation ; s'il cherche la relation ou s'il est dans le rejet.

¹ Grille de 7 mois présentée en annexe II.

b) Soutenir le développement de l'enfant :

Soutenir l'enfant dans son développement lui permet d'accroître son répertoire moteur et cognitif ce qui influence l'interaction puisqu'il aura à sa disposition de nouveaux moyens de communiquer.

Grâce à nos connaissances spécifiques sur le développement psychomoteur de l'enfant, nous pouvons l'accompagner à travers des jeux sensori-moteurs, des activités, dans l'expérimentation, dans la découverte de son corps et des nouvelles capacités et compétences. *« Par sa place en dehors de l'interaction fantasmatique, par le déchiffrement des expressions émotionnelles et par les modulations de sa propre psychomotricité en fonction de ses expressions, le thérapeute permet aux nourrissons de vivre une relation corporelle dans laquelle il est reconnu et accepté pour lui-même »* selon Gauberti [21, p. 118].

Nous pouvons également proposer des temps d'éveil afin de stimuler le développement sensori-moteur du bébé. D'après Bullinger [8, p. 86] *« L'enfance n'est pas un état, c'est un processus pendant lequel un enfant va s'approprier son organisme pour en faire son corps. Il va parallèlement maîtriser les savoirs de son milieu et se construire comme un sujet »*.

Soutenir et accompagner le bébé dans ses acquisitions influencent l'interaction. L'enfant va pouvoir expérimenter d'autres possibilités d'échange avec l'environnement, d'autres manières de se déplacer. Par exemple l'accompagner dans le ramper permet à l'enfant de développer des comportements actifs (théorie de l'attachement). Grâce à ses nouvelles compétences motrices l'enfant décide s'il veut ou non maintenir une proximité avec son caregiver. Il peut également solliciter son caregiver en allant vers lui. Il devient donc actif dans la distance qu'il met entre lui et sa figure d'attachement.

De plus, le système d'attachement et le système exploratoire ne peuvent pas être activés en même temps. Il est donc nécessaire que le psychomotricien veille à proposer un environnement sécurisant qui serve de base de sécurité afin de permettre au système exploratoire d'être activé et donc à l'enfant d'explorer.

Lorsque nous rencontrons Théo et sa mère à l'hôpital de jour, il est âgé de 4 mois. Théo est un bébé très passif. Il ne se retourne pas sur les côtés, ne s'enroule pas.

Dans un premier temps, nous lui passons différentes balles sensorielles au niveau des pieds afin de favoriser les sensations sur cette partie du corps qu'il n'explore pas du fait du manque d'enroulement.

Dans un second temps nous mettons des anneaux au niveau de ses pieds et l'accompagnons dans le regroupement de ses membres inférieurs. Au fil des semaines Théo est capable d'attraper ses pieds. Cependant il n'arrive toujours pas à se mettre sur le côté. Nous plaçons un jouet sur le côté afin de lui donner envie « d'aller vers » cet objet. Théo tend son bras pour attraper l'objet et nous l'aidons à réaliser ce mouvement en faisant basculer son bassin.

Théo est maintenant âgé de 8 mois. Il ne se met pas assis et ne réalise pas encore de retournement ventre/dos.

Comme nous l'avons évoqué dans la partie concernant la motricité, le bébé possède une motricité programmée, un programme universel inné. Cette motricité se met en place « *suivant une chronologie précise, à condition d'être actualisée par l'expérience* » [42, p. 182]. Notre rôle face à ce retard est d'accompagner Théo dans la découverte et l'expérimentation de son corps et de ses potentialités.

Lui proposer de nouvelles stimulations, de nouvelles sensations afin d'enrichir son répertoire sensori-moteur fait partie intégrante de nos missions. Notre objectif est ici de lui permettre d'expérimenter ses appuis plantaires pour soutenir l'acquisition des retournements. L'intégration de ces schèmes moteurs viendra par la suite soutenir l'acquisition des comportements actifs. En effet accompagner Théo dans son développement, c'est lui permettre d'avoir selon Lesage [42, p. 40] des « *outils relationnels lui permettant de se situer, se relier, signer sa présence, interagir, et c'est aussi lui donner matière à penser* ».

Le psychomotricien donne des appuis au bébé afin de le soutenir et de l'accompagner dans son développement, ceci dans un environnement contenant et sécurisant. Durant ces séances le psychomotricien a le rôle de base de sécurité, ce qui permet l'activation du système exploratoire. Selon Gauberti [21, p. 91] « *Le psychomotricien offre au nourrisson des situations enrichies tant sur le plan relationnel en exprimant des émotions et en favorisant leur expression, que sur le plan matériel pour impulser la dynamique de découvertes, de créativité, d'élaboration de représentations. Le thérapeute doit [...] saisir sa particularité humaine [du bébé], afin de l'étoffer, la rendre plus cohérente, plus stable, et plus signifiante* ».

c) Fonction alpha :

Comme détaillé précédemment, le bébé n'est pas encore capable de gérer ses éprouvés somato-psychiques : les « *éléments bêta* ». Il a besoin qu'une personne accueille ses éléments, les contienne et leur donne du sens pour pouvoir progressivement en prendre conscience et se les approprier : c'est la fonction alpha.

Le trouble psychiatrique maternel peut venir entraver cette fonction. Nous pouvons prêter notre « *appareil à penser les pensées* », c'est-à-dire mettre du sens sur les éprouvés du bébé si la mère n'est pas en capacité de le faire. De plus, d'après Cyrulnik [15, p. 262] « *l'observation n'est pas une perception de l'autre. C'est un acte de création qui parle beaucoup plus de l'inconscient de l'observateur que du sujet observé* ». Les mères interprètent les comportements de leur bébé en fonction de ce qu'elles vivent, de leurs doutes, de leurs angoisses. Elles projettent, c'est-à-dire qu'elles attribuent à l'autre un sentiment qui leur appartient.

Nous rencontrons pour la première fois Aimée, âgée de 3 mois et sa mère. Mme A. a une posture particulière : elle est comme fermée à la rencontre, les bras croisés, les épaules en avant. Elle pose Aimée sur le tapis d'éveil et se place elle-même dans un coin. Mme A. nous dit : « Aimée est toute tendue parce qu'elle ne sait pas ce qu'elle vient faire ici ; elle est angoissée ». Selon Lesage [42, p. 8] « *la façon dont on se tient, bouge, use du corps, n'est pas sans liens avec la façon dont on vit, se présente, ce vers quoi on s'engage, le type de relations qu'on noue* ». En tant que psychomotricien il est primordial de considérer ce que le corps communique. En dehors des paroles de Mme A., son corps nous fait part de son angoisse, de son opposition à nous rencontrer et à être ici.

Nous reprenons avec elle les comportements d'Aimée qui pourraient lui faire penser que sa fille est angoissée.

Nous observons Aimée qui nous montre un état de détente : elle est calme et attentive. Nous nous permettons alors de partager avec Mme A. nos observations. L'état de tension que perçoit Mme A. chez sa fille renvoie peut-être à sa propre angoisse. Nous lui expliquons à nouveau qui nous sommes et le pourquoi de notre rencontre.

En verbalisant ce qu'il se passe pour Aimée ainsi que pour sa mère, nous accueillons et contenons les angoisses de Mme A. : nous lui prêtons notre « *appareil à penser les pensées* ».

Le psychomotricien, par analogie à la fonction alpha de Bion, va étayer et accompagner l'enfant. Le but étant de transformer ces « éléments bêta » en « éléments alpha ». Les éléments bêta représentent des éléments désorganisateur qui s'expriment chez l'enfant par des angoisses et/ou des éléments bruts. Le psychomotricien aide la mère à « penser les pensées » de son enfant. Les éléments alpha renvoyés par le psychomotricien vont être assimilés par le bébé et étayeront la mère.

Le psychomotricien peut donc adopter cette fonction auprès du bébé et également auprès de sa mère.

C- Rôle du psychomotricien auprès de la mère et de la dyade :

a) Rassurer, soutenir et accompagner la mère :

La majorité des mères sont demandeuses pour venir en séance de psychomotricité. Elles posent des questions, sollicitent nos conseils concernant le développement de leur bébé. Elles sont souvent inquiètes quant au caractère « normal » ou « anormal » de leur bébé et les âges d'acquisition des différentes étapes du développement. Notre rôle est de les écouter et de les rassurer sur le développement psychomoteur de leur enfant en s'appuyant sur nos connaissances. Il est également important de faire part aux mères que chaque enfant est différent et suit un rythme qui lui est propre.

Nous pouvons aussi les accompagner en leur proposant de réaliser à leur domicile des activités sensori-motrices qui aideront l'enfant dans son développement.

C'est par exemple ce qui a été proposé à la mère de Théo. Nous lui avons montré comment l'accompagner dans son retournement (en lui faisant basculer le bassin). Nous lui avons également conseillé d'enlever l'arche à jouets (où les jouets sont suspendus au-dessus de l'enfant) et de les placer plutôt sur les côtés afin de favoriser l'envie d'aller explorer.

La guidance maternelle passe également par des conseils (par exemple pour le portage, les mobilisations, les jeux proposés...) mais aussi par le fait d'infirmer, de contester certaines croyances ou convictions.

Nous rencontrons Héléna (3 mois) et sa mère Mme H. en salle d'activité. Mme H. nous dit : « Héléna c'est une comédienne, c'est une manipulatrice, elle fait semblant de pleurer pour que je la prenne ».

Mme H. interprète le comportement d'Héléna comme s'il s'agissait d'un adulte miniature. Cette tendance s'appelle l'adultomorphisme. Il est important dans ce cas d'expliquer le développement cognitif d'un enfant et le fait qu'Héléna n'est pas en capacité de « jouer la comédie » ni même de faire semblant. D'une part la mère prend conscience que son enfant ne la manipule pas, ce qui peut diminuer ses angoisses de persécution et d'autre part, la mère comprend que les pleurs de son enfant signifient un besoin auquel elle doit trouver une solution (prendre dans les bras, l'accompagner à l'endormissement, lui donner à manger...).

Nous pouvons aussi soutenir les mères dans le fait d'émettre différentes hypothèses suivant ce que donne à voir leur bébé. De même nous les guidons, suivant ce que nous percevons de l'enfant, dans les différentes hypothèses qu'elles proposent.

Les mères peuvent nous parler de leur vie, de leur vécu relationnel, de leurs conflits familiaux ou avec leur conjoint, de leurs traumatismes, de leurs angoisses. Ces informations concernant leur histoire, leur vie fantasmatique et imaginaire doivent être écoutées et prises en compte par le psychomotricien. Comme nous l'avons vu lors de la première partie, les interactions affectives et fantasmatiques influencent les comportements et donc les interactions que la mère aura avec son enfant.

Les mères peuvent également nous faire part de leur difficulté dans la relation, dans la compréhension de leur bébé (« j'ai dû mal à savoir quand il a faim, quand il a envie de dormir ») c'est-à-dire être en difficulté dans la préoccupation maternelle ainsi que dans la verbalisation des éprouvés de leur bébé.

Notre rôle est d'accompagner la mère dans la compréhension de son enfant afin d'avoir un ajustement le plus juste possible entre les demandes du bébé et les réponses données par sa mère. Le psychomotricien tente de reconnaître et de verbaliser les signaux et les comportements du bébé (fonction alpha).

C'est le cas de Titouan, âgé de 1 mois, qui se met à pleurer. Sa mère nous indique qu'elle se sent persécutée par ses pleurs. La psychomotricienne lui propose de prendre Titouan dans ses bras afin d'essayer de le calmer. Après plus de 10 minutes Titouan ne se calme pas. Nous expliquons à sa mère que nous-mêmes, en tant que professionnels, ne savons pas ce qu'il a.

Sa mère se sent rassurée de ne pas être la seule à ne pas comprendre cela.

Dans cet exemple il me semble important de verbaliser, en tant que professionnel, nos incertitudes et le fait de ne pas savoir. Cela replace la mère en tant que mère « suffisamment bonne » et non « trop bonne », c'est-à-dire une mère qui peut se tromper et même ne pas comprendre tous les comportements et les besoins de son enfant. Le fait de verbaliser nos « impasses » permet de narcissiser les mères et de leur redonner confiance dans leurs capacités d'être une mère « suffisamment bonne » et ainsi de solidifier leur sentiment de compétence parentale.

Notre travail dans l'accompagnement et le soutien de la mère se centre aussi sur la valorisation des comportements adaptés lors de l'interaction.

La mère de Paul pense qu'il veut dormir mais n'est pas certaine d'interpréter correctement ses besoins. Nous la questionnons sur ce qu'elle perçoit de Paul et sur ce qu'elle voudrait faire à cet instant. Elle nous dit « qu'il commence à râler et se frotte les yeux » et qu'elle aimerait le prendre dans ses bras pour l'accompagner dans son sommeil. Dans cette vignette, la mère de Paul remarque les signaux de son bébé et adopte un comportement ajusté par rapport à ce qu'elle perçoit. Il est important de la soutenir dans ce qu'elle perçoit de Paul et de lui donner confiance dans ses compétences et capacités maternelles. Comme le dit Stern [52, p. 95], « *le pire pour une mère, c'est d'être critiquée, parce que la plupart des mères savent mieux que personne ce qu'elles font mal ou ce qu'elles ne peuvent pas faire. Ce que ne sait pas la mère en général, c'est ce qu'elle peut faire bien, ce qu'elle peut prendre dans son répertoire, qui n'est pas encore utilisé. Pour cela, il lui faut un environnement de holding positif* ».

Nous devons également favoriser le regard de la mère sur son enfant à la fois sur ses expressions positives mais également sur ses expressions négatives afin que « *ses attentes, ses désirs, les représentations qu'elle élabore sur lui soient véritablement portés par et vers cet enfant-là, vivant, présent, touchant* » [21, p. 118]. Ce n'est que par le biais de cette reconnaissance que la structuration du bébé et la structuration de l'interaction pourront se faire.

Le fait de guider, de soutenir et d'accompagner les mères dans leur rôle de mères est primordial pour les mères atteintes d'un trouble psychiatrique. Notre rôle est de les re-narcissiser, de les valoriser, de les soutenir et de les guider dans l'élaboration des différentes hypothèses concernant les états qu'elles perçoivent de leur bébé.

b) Évaluer les interactions mère-bébé :

Évaluer les interactions met en avant les perturbations de celles-ci. De plus, cela nous permet d'avoir un suivi concernant la progression de la relation.

Dans notre service il existe plusieurs types d'évaluation :

- **La grille de Bobigny** pour les bébés de 2 à 3 mois. Cette grille prend en compte les interactions venant du bébé, à la fois corporelles, visuelles, vocales ainsi que celles émanant de la mère (corporelles, visuelles, vocales et faciales). Cette grille est réalisée par les Infirmiers Diplômés d'État (IDE) de manière hebdomadaire. Cette échelle permet un suivi concernant l'évolution des interactions mère-bébé.
- **La Global Rating Scale** ou **GRS**² correspond à l'outil vidéo. Cette échelle évalue la qualité des interactions mère-bébé âgé de 2 à 6 mois. Cet échange en face à face d'une durée de cinq minutes est filmé. La GRS traite des comportements maternels, des comportements du bébé ainsi que des interactions globales. Une fois l'enregistrement vidéo réalisé et la grille cotée, un retour est fait à la mère en présence d'une psychologue et d'une IDE.
- **L'échelle Alarme Détresse Bébé**³ (**ADBB**) permet de détecter et d'évaluer le retrait relationnel chez le bébé entre la naissance et 2 ans. Le professionnel en interaction avec l'enfant relève la présence ou non d'expression du visage, de contact visuel, d'activité corporelle ainsi que la vivacité de la réponse à la stimulation, la capacité de mise en relation avec l'autre et l'attractivité. Nous l'avons vu dans le cas d'hyperstimulation, le bébé va s'adapter et pour cela il se coupe de la relation. Le retrait est donc un comportement défensif de la part du bébé. Cependant ce comportement est un signal d'alarme qu'il faut repérer et prendre en compte.

Ces évaluations ne sont pas propres au psychomotricien. Cependant elles viennent soutenir ses axes de prise en charge et apportent un autre regard sur cette dyade.

En effet chaque professionnel a son domaine de compétences ainsi qu'un regard qui lui est propre : c'est ce qui fait la richesse d'une équipe pluridisciplinaire. Les IDE, de par leurs missions, sont souvent en contact avec la dyade. Elles peuvent ainsi nous éclairer et nourrir les

² Feuille de cotation disponible en annexe III.

³ Feuille de cotation disponible en annexe IV.

réflexions et les impressions que nous avons lorsque nous rencontrons la dyade. Cette complémentarité est essentielle, c'est pourquoi il m'a semblé important de décrire ces différentes évaluations.

L'observation lors des temps informels est également un outil précieux. Comme expliqué précédemment, il existe dans les deux services une pièce commune à l'ensemble des mères et leur bébé. Nous pouvons alors observer :

- **Le mode de portage**, c'est-à-dire le holding. Le portage est-il contenant, enfermant, à bout de bras ? Est-ce que l'enfant se « love » dans les bras de sa mère ? Parvient-il à se détendre ? Cela est directement lié au dialogue tonico-émotionnel. Si une mère est prise dans ses angoisses, cette tension sera transmise lors du portage. De ce fait l'enfant aura plus de difficulté à se détendre. De même le portage s'ajuste-t-il à ce que le bébé communique au travers de son tonus ?
- **Les comportements de la mère**. La mère a-t-elle des gestes intrusifs ? Regarde-t-elle son enfant (fonction de miroir) ? De quelle manière le regarde-t-elle (en-visage, dé-visage, in-envisage) ? Attend-elle une réponse de sa part avant d'engager autre chose (spirale transactionnelle [45]) ? Comment la mère s'adapte au bébé lors des situations d'échange ou lorsqu'il a besoin d'être rassuré (havre de sécurité) ?
- **Les messages verbaux** qu'elle adresse à son bébé. Ses paroles accompagnent-elles ses gestes ? Module-t-elle sa voix quand elle parle à son bébé ou a-t-elle une voix monotone ? Verbalise-t-elle ce qu'elle voit de son bébé (fonction alpha) ?
- **Les comportements du bébé et les réponses de la mère**. Peut-il se détacher de sa mère pour investir, explorer l'environnement ? Est-ce que sa mère le freine dans ses explorations ou le soutient (base de sécurité) ? La mère est-elle disponible et sensible à ce que lui renvoie son bébé (préoccupation maternelle primaire, constellation maternelle, havre de sécurité) ? Le système d'attachement peut-il se mettre en veille pour que le système exploratoire s'active ? Pour les plus grands, quel type d'attachement se met en place ?

c) Favoriser le lien mère-bébé :

Les séances de psychomotricité permettent à la mère et au bébé de partager un moment ensemble. Le psychomotricien tente de diriger l'attention de la mère sur son bébé en verbalisant ses réactions, ses compétences, ses comportements. Cela se rapproche de la constellation maternelle où l'on tente de focaliser l'intérêt de la mère sur son enfant.

Comme expliqué précédemment, les séances de psychomotricité ont toujours lieu en présence de la mère et du bébé. Durant les temps d'évaluation qui nous permettent d'apprécier le développement de l'enfant, la mère peut prendre conscience de l'ensemble des capacités de son bébé, ce qui peut modifier la façon dont elle le perçoit. Le fait de montrer les capacités de son bébé à la mère participe également au soutien de l'interaction mère-bébé.

Nous proposons de faire passer le Brazelton à Ritaj, 1 mois, accompagnée de sa mère Mme R. Cette dernière est inquiète concernant la « normalité » de sa fille et a besoin d'être rassurée. Lors de la passation du test, Mme R. nous pose à plusieurs reprises la même question : « est-ce que Ritaj est normale ? ». Puis en voyant tout ce que sa fille est capable de faire, elle se sent rassurée : « Vous voyez elle y arrive, ça me rassure ».

Par exemple, au cours de la passation du Brazelton, le parent est témoin des capacités de son enfant à interagir avec son environnement, de ses ressources, de ses réactions, de ses vulnérabilités, en somme de son individualité. Cette échelle peut apporter un regard nouveau et différent sur son enfant et ainsi faciliter les futures interactions.

Tout comme le Brazelton, l'échelle de Bayley est effectuée en présence de la mère afin de lui faire part des compétences de son enfant. Ces séances représentent un lieu où la rencontre et la découverte des potentialités de chacun sont possibles.

Le psychomotricien étaye également les interactions et soutient les débuts de la relation.

Marin âgé de 4 mois et sa mère sont dans le service d'hospitalisation à temps plein. Mme M. dit qu'elle a du mal à « créer le lien avec Marin ». Nous prenons donc un temps ensemble afin de mettre en avant toutes les sollicitations que Marin réalise pour capter l'attention de sa mère. Marin est donc couché sur le tapis d'éveil. A plusieurs reprises il vocalise lorsque sa mère nous parle et lui sourit.

Lors de cette rencontre nous avons mis des mots sur les comportements de Marin (sourires, vocalises) dans le but de montrer à Mme M. que Marin tente de la solliciter et d'initier une interaction. Malgré cela (exemple dans la partie 'hypostimulation'), Marin n'obtiendra pas de réponse et par la suite il se coupera totalement de la relation jusqu'au point de ne plus regarder sa mère.

Mme C. vient nous voir accompagnée de sa fille Calypso âgée de 8 mois. Elle nous fait part de ses inquiétudes concernant sa relation avec sa fille. « J'ai peur que Calypso s'ennuie quand elle est avec moi. Elle a plein de jouets à la maison mais je ne sais pas jouer avec elle ».

Durant la séance nous ne sortons qu'un ballon. Calypso l'explore puis va solliciter sa mère. Mme C. est surprise de voir qu'avec un simple ballon elle arrive à capter l'attention de sa fille et à partager un moment agréable au cours duquel chacune prend du plaisir à être ensemble.

Les mères sont bien souvent empreintes de croyances, de projections et de fausses interprétations concernant la relation qu'elles entretiennent avec leur bébé. Le psychomotricien, par son regard extérieur, peut verbaliser et mettre en avant une réalité plus objective de la situation. Le psychomotricien a alors un rôle de tiers unificateur.

Le psychomotricien peut également favoriser le lien mère-bébé en s'appuyant sur le holding de Winnicott. Dans le service d'hospitalisation à temps plein, nous proposons un atelier « Koala ». Cet atelier se fait en présence de la mère et de son bébé. C'est un temps calme, de détente durant lequel nous proposons à la mère une relaxation.

Mme T. et Thibault viennent pour l'atelier Koala. Mme T. nous explique qu'elle ressent des difficultés dans le portage car Thibault est souvent tendu.

Nous lui proposons de s'asseoir sur le tapis en positionnant le gros ballon au niveau de son dos. Je me place de l'autre côté du ballon afin de faire contrepoids. Je sens que Mme T. a dû mal à se poser et à lâcher prise : il n'y a pas d'équilibre puisque Mme T. ne me confie qu'une partie de son poids.

Cette situation met en avant la problématique du « porté » et du « être porté ». Il en est de même dans le portage de Thibault : Mme T. le porte souvent à bout de bras, ce qui n'est pas un portage contenant ni sécurisant.

Thibault est à ce moment-là dans les bras de sa mère. Nous lui proposons de se concentrer sur sa respiration en l'accompagnant verbalement. Au fil de la séance Mme T. s'autorise à se laisser aller et transfère l'intégralité de son poids sur le ballon.

A la fin de la séance, Mme T. nous dira qu'elle s'est sentie détendue et qu'elle a senti que Thibault, dans ses bras, s'est également relâché.

La respiration est un moyen d'unifier l'ensemble du corps. En effet selon Lesage [42, p. 191] « *Une respiration libre implique bien plus que les poumons ou la cage thoracique. Le diaphragme est l'acteur principal d'une vague de pressions qui balaye tout le tronc et diffuse par le jeu des membranes à l'ensemble du corps* ». Cet état de détente a permis à Mme T. de se recentrer sur elle-même, ce qui a influencé son portage. Ainsi Thibault a eu la possibilité de se rassembler, de se recentrer et donc de moduler ses états toniques.

L'atelier Koala propose un temps où mère et bébé partagent une expérience agréable et positive. L'objectif est aussi de mettre en avant ce qui se joue au niveau du dialogue tonico-émotionnel, c'est-à-dire que mère et enfant interagissent. Cette notion peut s'illustrer avec l'exemple ci-dessus : la détente de Mme T. a permis à Thibault de se détendre également.

Dans cet atelier nous avons à la fois un rôle de contenant psychique et de contenant physique. Ceci rejoint la notion de Holding de Winnicott. De plus, durant cet atelier le bébé est dans les bras de sa mère. D'après Lebovici [41, p. 64] « *Une mère qui donne ses soins à son bébé et le tient dans ses bras, lui offre une "cavité primitive" dans laquelle il se love : [...] soutenu [...] il réactive des expériences sensorielles qu'il a connues durant la grossesse* ».

C'est un temps propice aux échanges de regard qui « en-visage » de la part de la mère, ce qui renvoie à l'enfant une image positive de lui-même.

Nous avons vu, dans une partie précédente, l'importance de l'ocytocine dans la création du lien d'attachement. Lors de l'atelier Koala nous pouvons faire l'hypothèse que le contact entre la mère et son enfant augmente le taux d'ocytocine chez la mère ; ceci lui apporte, d'une part une sensation de satisfaction et d'autre part, lui donne envie de multiplier les contacts et d'investir d'avantage son enfant. Cet atelier permet de relancer certains processus biopsychologiques à travers l'ocytocine, la constellation maternelle et la préoccupation maternelle qui favorisent la relation et le lien d'attachement.

d) Rôle de médiateur, de tiers séparateur :

Le psychomotricien peut également avoir le rôle de tiers séparateur.

Mme L. et sa fille Leianna (10 mois) habitent dans un foyer maternel. Elles viennent à l'hôpital de jour une fois par semaine. Nous remarquons, par l'observation lors des temps au salon, que Leianna et sa mère sont très proches physiquement. Leianna ne part jamais loin de sa mère et joue toujours très près d'elle.

Nous les rencontrons par la suite lors d'une séance de psychomotricité. Leianna reste toujours très proche de sa mère et n'explore pas la salle, ni les jouets présents.

Mme L. nous dit être très fusionnelle avec sa fille et ne jamais la laisser avec une autre personne. Nous discutons sur une possible entrée en crèche afin de favoriser la séparation et les liens avec d'autres personnes, ce qui génère de l'anxiété pour Mme L. qui ne se voit pas sans sa fille.

Au fil des séances Leianna expérimente les différents jouets proposés mais reste cependant très près de sa mère.

La séparation est ici douloureuse et difficile tant pour Mme L. que pour Leianna.

Cette situation fait écho, d'une part à l'espace relationnel « amniotique » où toute séparation ou distanciation est refusée par la mère et d'autre part, au système d'attachement continuellement activé chez Leianna, ce qui rend impossible l'exploration de son environnement.

Il est important de venir soutenir Mme L. dans ce processus de séparation avec sa fille en lui expliquant pourquoi il est nécessaire à Leianna de s'ouvrir à l'extérieur.

Le psychomotricien peut être cet « autre » qui permet la séparation, la distanciation de cette relation fusionnelle, tout comme le serait le père. En étant une base de sécurité autre que sa mère, le psychomotricien peut venir soutenir l'enfant dans son exploration. En effet, cette séparation est nécessaire pour le bébé afin qu'il puisse s'éloigner physiquement de sa mère et donc investir l'environnement et par la suite s'individualiser. Il me semble important que ce processus de séparation ait lieu afin que l'enfant se reconnaisse comme une personne unique, à part entière, qui existe en dehors de cette dyade-fusion. Le psychomotricien a donc une fonction de séparation mais cela ne l'empêche pas d'avoir également une fonction de liaison en favorisant le lien d'attachement.

III- Cas clinique : Mme M. et Manon :

Du fait des circonstances particulières que nous traversons, la durée de mon stage a été écourtée. A la fin prématurée de mon stage, je n'avais pas encore choisi le support relatif à la présentation de mon étude de cas. J'ai donc choisi de vous présenter une étude de cas sur la base d'une vidéo réalisée auprès de Manon et de sa mère qui servira également d'ouverture concernant l'utilisation de cet outil.

A- Les informations concernant la dyade :

Manon est née le 09/03/2019 à terme. C'est la première enfant ainsi que la première grossesse de Mme M.

A la maternité Mme M. présentait une symptomatologie hypomaniaque. Elle a rencontré le psychiatre de l'unité et a été suivie à partir de ce moment-là.

Le 10/07/2019, Mme M. est admise au Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (S.E.C.O.P) suite à une forte diminution thymique (baisse de l'humeur), des ruminations anxieuses ainsi que des idées suicidaires. Mme M. est par la suite suivie par l'unité mère-enfant tout d'abord en hospitalisation à temps plein puis par l'hôpital de jour.

Concernant les antécédents de Mme M., il est relaté qu'elle a traversé plusieurs épisodes hypomaniaques avec caractère psychotique (« impression d'être hypersensible », « de ressentir toutes les énergies »). Elle a également eu une attaque de panique en 2013 sans recrudescence. Mme M. est aussi suivie pour un trouble de l'usage de l'alcool. Mme M. a eu une forte consommation d'alcool entre 2006 et 2007. Désormais elle boit 2 bières par jour.

Mme M. présente un trouble bipolaire de type II. Le trouble bipolaire [12] est un trouble psychiatrique chronique qui se caractérise par des changements pathologiques de l'humeur et de l'énergie qui peuvent être augmentées (la manie) ou diminuées (la dépression).

Il existe plusieurs types de troubles :

- **Le trouble bipolaire de type I** qui est décrit par une alternance d'épisodes maniaques et d'épisodes dépressifs caractérisés.
- **Le trouble bipolaire de type II** qui est décrit par une alternance d'épisodes hypomaniaques et d'épisodes dépressifs caractérisés.

Nous allons voir dans un premier temps, de façon théorique, comment le trouble bipolaire peut interférer sur les interactions, puis, enrichis de ces apports, nous développerons la situation clinique de Manon et de sa mère.

a) Épisode dépressif caractérisé :

L'épisode dépressif est caractérisé par une humeur dépressive et/ou la perte d'intérêt ou du plaisir (anhédonie) ainsi qu'une constellation de symptômes ou de signes tels que :

- **Des perturbations des émotions**, notamment une anesthésie affective, une anxiété, une angoisse.
- **Une altération du contenu de la pensée** avec une idée de dévalorisation.
- **Des perturbations du cours de la pensée** avec une bradypsychie, c'est à dire un ralentissement du cours de la pensée. Ces perturbations peuvent aussi s'exprimer sous formes de ruminations définies comme la répétition des pensées.
- **Un ralentissement moteur et comportemental**, avec une voix monocorde (aprosodie), hypomimie voire amimie ainsi qu'une aboulie (manque de motivation).

Cette liste de symptômes n'est pas exhaustive. J'ai choisi de mettre en avant ces signes car ils peuvent fortement perturber les interactions. Les symptômes dépressifs ont des répercussions sur l'ensemble du fonctionnement maternel, à la fois au niveau comportemental, physique, cognitif et aussi affectif.

L'anesthésie affective risque de mettre la mère en difficulté dans le fait de porter un intérêt à son enfant, de pouvoir lui attribuer des émotions ou d'y être sensible. La préoccupation maternelle [60] est mise à mal, ce qui peut rendre difficile la reconnaissance des signaux du bébé et par conséquent l'apport d'une réponse adéquate (comportement non contingent ou anti-contingent). L'anesthésie affective induit un espace relationnel dévitalisé [21] où la circulation des affects ne peut pas se faire.

Il peut exister aussi un manque de plaisir et d'intérêt pour l'enfant. Les mères sont plus en retrait et moins dans l'interaction, ce qui peut plonger l'enfant dans un environnement peu stimulant.

L'épisode dépressif peut également induire un ralentissement moteur avec une voix monocorde, une amimie ainsi que peu de sourires.

Nous avons vu précédemment l'importance de la voix, notamment dans le fait de verbaliser les éprouvés du bébé (fonction alpha) ainsi que d'un visage animé dans les interactions (expérience du still face). Une mère dépressive met en moyenne deux fois plus de temps qu'une mère non-dépressive à répondre à une vocalisation de son enfant. De plus, elle lui répond par des phrases plus longues et donc moins adaptées [57].

D'une manière générale, les interactions lors d'un épisode dépressif entre une mère et son bébé sont pauvres et peu animées, marquées par un défaut d'accordage [58]. Nous pouvons rapprocher l'épisode dépressif de ce qu'André Green [25] a nommé le « *syndrome de la mère morte* ». Dans ce syndrome la mère n'a pas disparu mais elle est comme absente à elle-même, « *toujours là, mais absorbée en elle-même dans un sinistre ailleurs* » [24, p. 122]. Elle est centrée sur sa souffrance et ne peut se décentrer pour partager des échanges avec le bébé.

Comme l'intérieur de la mère semble inaccessible, l'enfant ne peut partager authentiquement des processus émotionnels, ce qui peut induire une négation de ses propres ressentis (faux self [60]).

Un récapitulatif des interactions mère-bébé en cas de dépression ⁴ a été réalisé par S. Gandillot, J. Wendland, M. Wolff et P. Moisselin dans leur *étude comparative des interactions précoces des mères psychotiques et déprimées avec leur bébé* [20].

Ce tableau met en avant que chez les mères déprimées, il y a peu de regards partagés. Or nous l'avons vu, le regard est un élément central dans l'interaction. Dans le cas de mères déprimées ce serait un regard qui « in-envisage » [43], c'est-à-dire absent, vide. De plus, le regard joue notamment le rôle de miroir [59]. Dans ce regard absent le bébé ne se voit plus, il ne voit que l'absence d'une mère.

Aussi, l'épisode dépressif peut induire une asynchronie. Les comportements de la mère ne coïncident pas aux besoins du bébé. Cette situation ne lui permet pas de faire l'expérience d'un temps stable (macrorythme). A terme le bébé peut se construire un attachement de type insécure évitant : puisque ses demandes restent sans réponse, le bébé s'adaptera pour trouver lui-même des solutions.

⁴ Ce tableau est disponible en annexe I.

b) Épisode maniaque :

L'épisode maniaque est caractérisé par une augmentation pathologique de l'humeur et de l'énergie ainsi que d'autres symptômes :

- **Des perturbations des émotions**, notamment une hyperréactivité ou hyperesthésie, c'est-à-dire une réponse émotionnelle disproportionnée par rapport aux stimuli.
- **Des perturbations du cours de la pensée** avec tachypsychie, c'est à dire une augmentation du cours de la pensée, des pensées diffluentes ainsi qu'une fuite des idées.
- **Une accélération motrice et comportementale** avec une logorrhée, une hyperactivité.

L'épisode hypomaniaque est caractérisé par ces mêmes symptômes. Cependant la symptomatologie ainsi que le retentissement sont moins importants.

Tout comme pour l'épisode dépressif nous allons maintenant tenter de comprendre comment ces signes peuvent venir perturber les interactions.

La tachypsychie peut mettre la mère en difficulté dans le fait d'être présente psychologiquement avec son bébé. Elle est prise dans ses pensées et n'est pas disponible pour l'interaction. La mère n'est pas disponible psychologiquement dans l'instant présent ce qui peut induire des comportements non contingents ou anti-contingents.

De même la logorrhée risque d'entraîner un bain de paroles constant avec en plus un discours souvent diffluent. Cette logorrhée peut être la cause d'un retrait de la part de l'enfant dû à l'hyperstimulation. C'est l'exemple d'Élise que nous avons vu dans la partie « excès de stimulation ».

L'hyperactivité peut amener une discordance dans les rythmes mère-bébé. Le rythme du bébé n'est pas pris en compte par la mère qui ne vit pas le temps de la même manière. Cela peut entraîner un trop plein de microrhythmes et donc une instabilité.

De même l'hyperactivité maternelle peut entraîner un manque de réciprocité du côté du bébé causé par un trop plein de stimulations intrusives.

Face à cette instabilité et à cette hyperstimulation, l'enfant a plus de risque de se renfermer sur lui-même, de se couper de la relation qu'il vit comme trop débordante.

L'hyperréactivité et l'hyperesthésie risquent d'engendrer une réponse de la mère disproportionnée par rapport à l'expérience vécue du bébé. Ce dernier ne peut pas mettre en lien ce qu'il vit et ce qui est véhiculé par sa mère. L'information renvoyée par sa mère n'est pas en adéquation avec ce qu'il vit.

Concernant Mme M., lorsque je la rencontre en octobre 2019, quelques symptômes que nous retrouvons dans l'épisode maniaque sont encore présents, notamment une tachypsychie, une logorrhée ainsi qu'une hyperactivité.

Avant d'intervenir auprès de cette dyade, le psychomotricien se doit d'observer ce qui se joue. Il doit également se décentrer du diagnostic et considérer l'ensemble des facteurs cités, et ce, afin d'avoir une vue panoramique sur l'interaction mère-bébé et de considérer la dyade dans son histoire de vie et son environnement.

c) Le trouble bipolaire induit-il obligatoirement des perturbations dans la relation ?

Le trouble bipolaire peut altérer le fonctionnement maternel de manière globale. La symptomatologie entraîne des perturbations psychoaffectives, psychomotrices et physiologiques qui peuvent affecter les capacités de la mère à plusieurs niveaux, notamment au niveau de sa disponibilité, de ses initiatives ainsi que de ses réponses dans l'interaction avec son bébé.

Cependant l'épisode dépressif et l'épisode maniaque n'induisent pas systématiquement des troubles des interactions. En effet d'autres facteurs vont venir s'imbriquer pour accentuer ou limiter les effets de ce trouble.

Les différents facteurs à prendre en compte sont :

- **Le fait que la mère bénéficie ou non d'un entourage contenant et sécurisant.** S'agit-il d'une famille monoparentale, d'un couple isolé ? Bénéficie-t-il d'appui extérieur (famille, accompagnement médical, social) ? De plus, la mère n'est pas forcément la figure d'attachement principale. C'est pourquoi il est important de prendre en compte la place du père et/ou de la personne en contact avec l'enfant.

- **Le parcours et le déroulement de la grossesse.** Cette grossesse était-elle désirée par le couple ? Le père était-il présent et soutenant lors de la grossesse ? Comment a été vécue cette grossesse ? En effet la manière dont la femme habite son corps jusque-là peut être bouleversée par la grossesse et l'accouchement. La grossesse était-elle source d'angoisse, de conflit ? Y a-t-il eu des complications durant la grossesse ?
- **Les évènements de vie antérieure** (maltraitance, violence, traumatisme) ainsi que le fonctionnement psychique de la mère avant l'épisode. Avait-elle un fonctionnement obsessionnel, rigide, opératoire ? Il faut pouvoir différencier ce qui fait partie de la personnalité de la mère (fonctionnement antérieur) et ce qui est causé par le trouble. Il est important de distinguer le fait d'avoir un fonctionnement antérieur au trouble de type opératoire, c'est-à-dire sans affect, et le fait que ce fonctionnement peut être induit par le trouble sans pour autant faire partie de la personnalité. C'est-à-dire qu'une fois l'épisode passé ce fonctionnement ne sera plus présent.
- **Ses expériences avec ses caregivers lors de son enfance**, c'est-à-dire l'attachement qu'elle a pu développer elle-même dans son enfance avec sa figure d'attachement principale. Selon plusieurs études [28, p. 58-59], « *les modèles internes opérants tendent à persister à travers les générations* ». Il est donc important de considérer le lien d'attachement de la mère avec sa propre mère car il peut prédire le lien que la mère va construire avec son enfant.
- **L'insight**, c'est-à-dire la conscience qu'a la mère de ses troubles et de leur impact sur le fait d'être parent ainsi que la sévérité et la chronicité des troubles.
- **Les comportements et le tempérament du bébé.** Arrive-t-il à se faire comprendre par rapport à ses besoins (faim, sommeil) ? Comment le bébé cherche l'interaction : à travers des comportements de signalisation, des comportements aversifs ?

A propos de Mme M. et de Manon, Mme M. vit seule avec sa fille. Le père de Manon n'est pas présent dans sa vie. De plus Mme M. a vécu une grossesse difficile. Cette dernière était désirée par Mme M. mais non voulue par le père de Manon. Des conflits ont éclaté et les ont amenés à se séparer. Monsieur M n'a été ni présent ni soutenant auprès de Mme M. au cours des 9 mois. Mme M. est proche de sa sœur qui est un véritable soutien pour elle. Elle entretient des rapports conflictuels avec ses parents.

Concernant l'insight, Mme M. a peu conscience de son trouble et de son impact. Il y a une irrégularité de présence dans les prises en soin et elle rate ses venues à l'hôpital de jour.

B- La vidéo auprès de Manon et de Mme M. :

a) L'outil vidéo :

Dans le service de psychiatrie périnatal nous proposons, si l'enfant a entre 2 et 6 mois, un enregistrement vidéo d'une durée de cinq minutes. Cette séquence se fait en face à face, avec pour consigne donnée à la mère de parler ou de jouer avec son enfant durant 5 minutes et de ne pas utiliser de jouet (situation standardisée).

Lors de l'enregistrement le bébé est installé dans un transat, repu et en état 3 de vigilance (état propice à l'interaction).

Une fois l'enregistrement réalisé, une cotation grâce au Global Rating Scale (GRS) est effectuée. Cela sert d'une part à évaluer les interactions en face à face et d'autre part cela nous permet d'objectiver le suivi en ayant ce support comme point de départ.

La GRS se compose de 25 items pour les bébés de moins de quatre mois ou 28 items pour les bébés à partir de quatre mois. Elle est divisée en 3 échelles :

- D'une part le **comportement maternel** qui contient 13 items
- D'autre part le **comportement du bébé** qui comprend 7 à 10 items selon l'âge (plus de 4 mois ou moins de 4 mois)
- Et enfin **les interactions** globales sur 5 items.

Chaque item reçoit une note comprise entre 1 et 5.

b) Description et analyse de la vidéo :

La vidéo est réalisée le 30/07/2019, Manon est alors âgée de 4 mois et demi. Manon se trouve dans le transat face à sa mère.

Dès le début de la vidéo Manon examine et manipule les sangles du transat. A plusieurs reprises Mme M. sollicite sa fille « coucou mon amour » « manounette qu'est-ce que tu fais ? tu joues avec les sangles ? ».

Lorsque Mme M. s'adresse à Manon, elle module sa voix et fait des phrases courtes ce qui a pour effet de capter l'attention de sa fille. D'autre part le fait de « parler bébé » a aussi une composante affective. Le bébé avant de comprendre le sens des mots est sensible aux émotions et aux sentiments de sa mère par le biais de la mélodie de son discours [34].

Mme M. voit que Manon s'intéresse aux sangles du transat et elle le verbalise « C'est une sangle, tu veux la mettre dans ta bouche ? Bah oui mais elle est trop courte ça ne va pas être possible de la mettre dans ta bouche ».

Durant ce temps Manon reste fixée sur la sangle et ne regarde pas sa mère. Mme M. baisse sa tête, la rapproche de celle de Manon afin de capter son regard et la sollicite « manounette, mon amour » mais Manon continue de fixer la sangle.

Nous pouvons mettre en évidence que Manon découvre et explore son environnement (les sangles). Ce n'est pas un bébé passif mais au contraire un bébé qui est curieux de découvrir ce qui l'entoure.

Mme M. rapproche sa tête, la colle contre le tronc de Manon afin que sa fille la regarde.

Mme M. reprend ses distances avec Manon : « oh tu es concentrée sur ce que tu fais ». Dès que Manon lève la tête et arrête de fixer la sangle, Mme M. rapproche son visage afin de capter le regard de sa fille puis commence à claquer des doigts « Manon qu'est-ce que c'est ça ? tu regardes » pour attirer son attention.

Manon suit les mains de sa mère qui verbalise « oh tu vois bien, tu suis bien du regard ».

Manon regarde désormais sa mère qui rapproche encore une fois sa tête de celle de sa fille de manière assez rapide. Mme M. colle presque son visage sur celui de sa fille ce qui engendre des petits pleurs (état 4 de vigilance).

Cet outil vidéo impose comme consigne d'interagir avec son enfant pendant cinq minutes. Mme M. nous a souvent répété qu'elle ne savait pas quoi faire avec Manon, qu'elle avait du mal à lui parler et à jouer avec elle. Ici nous constatons que Mme M. n'est pas en difficulté pour parler avec sa fille. En revanche elle tente par tous les moyens d'interagir par le regard avec elle, quitte à la stopper dans ses explorations. En effet Manon explorait son environnement et était stable. C'est le milieu humain ici qui a influencé ses états.

De plus, cet outil est souvent considéré et pensé par les mères comme une évaluation qui vient confirmer ou non le fait qu'elles sont en capacité de s'occuper de leur bébé (ce qui n'est

absolument pas le but de cet outil). Nous voyons d'ailleurs que Mme M. déploie beaucoup d'efforts et d'énergie pour attirer l'attention de sa fille et pour la faire sourire.

Outre cela, être filmée est une situation nouvelle et non naturelle pour les mères ce qui peut les pousser à avoir des comportements « en excès » pour montrer aux personnels soignants qu'elles peuvent s'occuper de leur bébé. Le fait que Mme M. interrompe l'exploration de Manon, qu'elle se positionne près du visage de sa fille peut être considéré comme un comportement intrusif mais il doit cependant être confronté aux observations faites au quotidien auprès de cette dyade. Aussi, le fait que Mme M. se rapproche corporellement de sa fille puis reprenne sa position initiale peut signifier son envie de s'engager dans l'interaction, ce qui est cohérent avec la consigne donnée. D'après Lesage [42, p. 128] « *La modulation tonique est l'expérience de la part de soi qui reçoit la marque du monde et par laquelle nous marquons notre présence, en répondant et appuyant sur les choses* ».

Manon s'agite et pleure, Mme M. lui parle et lui dit qu'elle va lui chanter une petite chanson. Lorsque Mme M. chante Manon la regarde, lui sourit et vocalise.

Manon, à ce moment-là, manifeste quelques comportements de signalisation. Ces derniers ont pour objectifs de faire perdurer l'échange.

A la fin de la chanson Mme M. lui dit « ça ne va pas ma chérie ? tu en as marre ? on va faire des bisous ». A ce moment Manon se retrouve dans l'état 4 de vigilance (s'agite, pleure). Mme M. lui fait des bisous et verbalise « plein de bisous pour Manon ». Manon se remet à pleurer. Mme M. re-claque des doigts.

Nous pouvons ici mettre en avant un comportement non-contingent : Manon pleure et Mme M. claque des doigts et tente de déplacer son attention. Ce comportement n'est pas vraiment en accord avec ce que Manon donne à voir.

De plus Manon est souvent à la limite de l'état 4 devant Mme M. qui est parfois physiquement intrusive : lui fait des bisous, lui prend la sangle des mains pour capter son attention, parle près du visage de Manon, se colle au torse de sa fille. Les propositions émotionnelles et répétées de Mme M. amènent une absence d'accordage avec Manon. L'interaction est alors discontinuée, les réponses sont incohérentes.

Lors de l'interaction, dans la majorité du temps, Mme M. se trouve à une distance de moins d'un mètre de Manon. Cette distance permet une bonne vision du visage dans son ensemble. Cependant, quand Mme M. se place près du visage de Manon (lorsqu'elle lui fait des bisous, quand elle se rapproche d'elle pour capter son regard), cette dernière ne peut pas percevoir l'intégralité du visage de sa mère. Or l'expression faciale accompagne nos paroles, c'est un moyen de communication dont sont sensibles les bébés : « *les nourrissons peuvent très tôt discriminer les expressions faciales d'autrui lors d'interactions libres face à face. Ils semblent également manifester une préférence pour les expressions positives* » [38, p. 602]. Lorsque Mme M se trouve très proche du visage de Manon, cela n'est pas propice aux échanges.

Le tonus de Manon augmente, elle se tend. Mme M. décide de faire le jeu du coucou-caché ce qui fait rire Manon un instant avant qu'elle se mette à pleurer. Mme M. lui dit « mais non ma chérie » et lui fait des bisous pour tenter de l'apaiser.

Selon Bullinger, l'enveloppe corporelle se compose d'une face interne qui correspond à l'expérience des différents états toniques de l'organisme et d'une face externe qui dépend du milieu humain. En effet « *le milieu humain donne sens à ces états tonico-émotionnels : c'est ce qui va constituer la face externe de l'enveloppe corporelle* » [7, p. 36]. Ajuriaguerra (cité par Pireyre [46, p. 105]) rajoute que « *les modifications toniques accompagnent normalement non seulement chaque affect, mais aussi chaque fait de conscience. Chaque affect produit une certaine variation tonique dans l'ensemble de la musculature* ».

Ici nous pouvons voir que Mme M. accepte et verbalise les états toniques que nous pouvons qualifier de « positifs ». En revanche Mme M. est en difficulté pour donner du sens aux états toniques moins « positifs. Ceci se rapproche de la « sensibilité » qui est une caractéristique du caregiver décrite par M. Ainsworth ; Mme M. a du mal à percevoir les signaux d'agacement de Manon à les mentaliser et à les resituer.

Dès que Manon s'agite ou pleure, Mme M. tente par tous les moyens de la faire sourire ou rire : elle accepte peu les états émotionnels de sa fille et ainsi évite le partage émotionnel. L'acceptation, qui est également une caractéristique du caregiver, est ici mise à mal. Mme M. est en difficulté et n'arrive pas à se décentrer de son propre état pour envisager l'état de Manon. Ainsi, l'émotion de Manon est à plusieurs reprises non validée.

Lors du visionnage de la vidéo, nous remarquons également que Mme M. n'attend pas réellement de réponse de Manon et laisse peu de place pour que Manon s'exprime et réponde (spirale transactionnelle).

A la fin de la vidéo Manon s'intéresse à la psychologue qui rentre, la regarde et se calme en même temps. Lorsque la psychologue demande à Mme M. si les cinq minutes se sont bien passées Mme M. répond « ça a été, elle a pleuré un peu, j'ai essayé de la calmer. Ouais, elle pleurerait un petit peu quand même ».

Cette vidéo a permis de mettre en avant plusieurs points positifs sur lesquels nous pouvons nous appuyer en séances.

Tout d'abord, Mme M. se montre expressive au niveau de ses mimiques et regarde Manon avec un regard qui en-visage. Comme nous l'avons vu, le regard et plus globalement l'ensemble du visage jouent un rôle important dans l'interaction. Ces éléments font partie de la communication non verbale qui renvoient à l'enfant une information complémentaire au discours. Quand Manon pleure Mme M. fronce les sourcils, en revanche, lorsque Manon sourit ou explore les sangles, Mme M. sourit : lorsque Manon regarde sa mère elle peut se voir. L'environnement et plus particulièrement Mme M. joue le rôle de miroir. Mme M. reflète, imite l'émotion de Manon et lui renvoie cette émotion. D'après Lesage [42, p. 256] « *réfléchir les sentiments exprimés par l'enfant sans les ressentir vraiment, en les représentant* » constitue la première fonction de la médiation. Mme M., lors de la vidéo, peut corporellement rendre compte des émotions de Manon. En revanche sa difficulté se trouve dans la mise en mots.

Ensuite, Mme M. met en mot les réactions et explorations qu'effectue sa fille, tout en modulant sa voix et effectuant des phrases simples et courtes.

Mme M. propose également plusieurs enveloppes sonores (des chansons) et interactions visuelles à sa fille (le jeu du coucou caché, des jeux de mains). Cependant, Mme M. est plus en difficulté pour mettre des mots sur les réponses émotionnelles de Manon (notamment son irritabilité). Pour autant, elle présente des ressources et face à ce qui ne fonctionne pas, elle est en mesure de s'adapter et de changer de proposition : Mme M. apporte du changement, de la nouveauté, de la surprise. Cela se rapproche de la notion de microrhythme. Ce dernier est bénéfique pour ne pas enfermer le bébé et la relation dans une rigidité. Il est primordial pour que l'enfant découvre son environnement. Ici Mme M. est capable de gérer l'imprévu et de modifier ses actions en conséquence.

C- Les séances en psychomotricité :

Le visionnage de cette vidéo, les rencontres antérieures ainsi que les nombreux échanges en équipe lors des réunions pluridisciplinaires permettent d'orienter des axes de travail auprès de cette dyade.

Suite à cela nous avons convenu :

- De favoriser le regard que Mme M. porte sur le développement de sa fille.
- De soutenir Mme M. dans son sentiment de compétence de mère qui était mis à mal.
- De travailler sur l'accueil et la prise en compte des émotions négatives et des états toniques « moins positifs ».

a) Soutenir le lien mère-bébé :

Nous avons mis en évidence que Mme M. est très gratifiée par les compétences motrices de sa fille et moins réceptive à tout ce qu'elle peut faire par ailleurs en termes de manipulation d'objet, tout ce qui est en lien avec ses compétences cognitives : Mme M. ne les repère pas forcément. Mme M. se réfère beaucoup aux tranches d'âge concernant le développement de Manon « à 6 mois elle doit tenir assise, à 9 mois elle devrait commencer à marcher ».

Pour Mme M. les compétences motrices de Manon prouvent que c'est « une bonne mère ». Nous l'avons d'ailleurs remarqué durant l'enregistrement. Mme M. claque des doigts et quand Manon suit la main de sa mère Mme M. est rassurée « tu entends bien » « tu suis bien du regard ». Le fait que Mme M. soit valorisée par les compétences motrices de sa fille la pousse parfois à avoir un comportement hyper-stimulant.

Dans le salon nous observons que Mme M. tire sur les bras de Manon, alors âgée de 10 mois, afin de l'aider à se mettre debout : « On fait un peu d'exercice pour que tu te mettes debout, tu as l'âge ». Mettre un bébé dans une position qu'il n'a pas encore acquise risque de le bloquer dans cette étape. De plus, il n'expérimente pas les points d'appuis ni les différents schémas qui lui permettent d'atteindre cette position. Le risque pour Manon est de ne pas pouvoir faire l'expérience de la position du « chevalier servant » qui permet le repousser au sol. En plus de cela, le rythme de Manon n'est pas respecté. C'est ce qu'Emmi Pikler a défini sous le concept de motricité libre et c'est ce sur quoi nous nous appuyons en séance. Le bébé naît avec un patrimoine génétique qui lui est propre et qui lui permet de découvrir chaque étape de son

développement par lui-même (motricité programmée). « *Dans l'exercice de sa motricité libre, grâce à elle et à travers elle, l'enfant utilise son potentiel inné lié à la maturation de son équipement neurologique, sensoriel et moteur, pour atteindre, à son rythme, les différentes étapes de son développement psychomoteur* » [39, p. 31]. Dans ce cas précis, Manon va se servir de ses compétences innées pour développer et acquérir la marche mais à son propre rythme. Notre rôle n'est pas d'apprendre à Manon à se mettre debout et il serait par ailleurs préjudiciable de le faire. Nous n'enseignons rien aux bébés, nous leur donnons des appuis.

Nous recevons par la suite Mme M. qui nous fait part de son inquiétude concernant le fait que Manon ne marche pas encore. Nous expliquons à Mme M. que Manon ne marche pas encore car elle n'en n'est pas encore là dans son développement. Nous insistons sur le fait que chaque enfant est différent.

Dans le salon nous remarquons que Manon passe du temps à mettre des objets dans une boîte puis à les enlever, à les remettre. Nous proposons alors à Manon des jeux à encastrer : nous soutenons Manon en l'encourageant dans ses découvertes et ses prises d'initiatives en fonction de ce que nous percevons. En créant un environnement fiable et stable nous favorisons la construction de son sentiment de sécurité et de compétence.

Manon comprend rapidement que le rond va dans le trou « rond », le carré dans le trou « carré » ainsi que la manière de les récupérer (en tournant la boîte et en actionnant un petit levier). A travers ce jeu Manon montre à sa mère qu'elle fait d'autres découvertes et qu'elle se développe dans d'autres registres en dehors de la motricité.

Nous commentons ce que réalise Manon et aussi ce que cela nécessite comme capacité : anticiper le geste pour mettre le rond dans le trou rond, avoir acquis la permanence de l'objet (puisque Manon tente de trouver un moyen de récupérer les éléments une fois qu'ils sont tombés).

Nous nous appuyons sur ce que Manon réalise pour mettre en avant qu'il n'y a pas que les compétences motrices qui sont importantes et que Manon en est là dans son développement. Durant cette séance Mme M. est très surprise et admirative de découvrir tout ce que sa fille est capable de réaliser.

Un atelier corporel où nous proposons à Mme M. de se mettre à la place de Manon en expérimentant les différentes étapes du développement moteur aurait pu être intéressant. Il aurait pu s'agir par exemple des retournements, en s'aidant du mouvement des bras et en

basculant le bassin ; du ramper en explorant les appuis plantaires ; du redressement à l'aide des mains ; de la position à genou, puis du chevalier servant qui permettent la station debout. Le fait de vivre ces différentes étapes aurait pu lui permettre de prendre conscience de la nécessité de respecter le rythme de Manon et de ne pas « brûler » les étapes. En effet chaque étape influence et donne des appuis pour les prochaines. Malheureusement nous ne pouvons pas réaliser de séance de psychomotricité uniquement avec les mères.

Nous avons également réalisé des évaluations concernant le développement psychomoteur de Manon afin, d'une part de rassurer sa mère et d'autre part, de lui montrer l'étendue des compétences de sa fille.

Le risque, si Mme M. continue dans cette hyperstimulation motrice, est que Manon ne puisse pas faire l'expérience de l'ensemble de ses compétences.

Il est important de lui faire comprendre que Manon fait aussi ses propres expériences (par exemple des expériences cognitives) et qu'elle a son propre rythme par rapport à l'acquisition des compétences motrices et qu'il est primordial pour Manon qu'ils soient respectés.

b) Fonction alpha :

Tout au long de nos rencontres nous avons également travaillé sur les émotions et les ressentis de Manon. Par rapport à cela nous avons soutenu Mme M. dans l'élaboration d'hypothèses concernant les pleurs de Manon (est-ce la faim ? le sommeil ? les dents ? la recherche de proximité ?).

Nous lui expliquons que Manon n'est pas encore en capacité de savoir ce qui ne va pas (est-ce la faim ? la fatigue ? une douleur ?) et que Manon pleure pour lui communiquer qu'il se passe quelque chose de désagréable en elle. Par rapport aux pleurs de Manon nous lui précisons qu'elle ne peut émettre que des hypothèses ; tout comme l'enfant qui apprend par essai-erreur, il en est de même pour nous et nous ne pouvons avoir aucune certitude. Nous lui faisons part de ce que nous avons remarqué lors de la vidéo : nous valorisons le fait que Mme M. arrive à proposer différentes choses et ne reste pas fixée sur une idée, ce qui lui permet de s'ajuster afin de mieux comprendre Manon.

Il était également important de travailler sur la question du décentrage de Mme M. dans son besoin d'être gratifiée par sa fille. En effet Manon ne peut pas toujours sourire ou rire. Tout comme nous, Manon manifeste des expressions négatives. Le fait d'essayer de trouver avec

Mme M. des hypothèses et de déconstruire la croyance que Mme M. avait « si ma fille pleure c'est parce que je suis une mauvaise mère » a permis de la rassurer concernant ses compétences parentales et ainsi de la renarcissiser.

c) Valoriser, rassurer :

Mme M. m'a beaucoup touchée lors de nos rencontres. Cette mère a toujours envie de bien faire avec Manon. Elle est toujours présente et attentive à propos de ce qui se joue lors des séances. Cependant cette croyance qu'elle a d'être une mauvaise mère, la pousse quelquefois à avoir des comportements non adaptés avec Manon. Cette faible assurance quant à ses compétences maternelles se ressent : elle a bien souvent une attitude en retrait comme si elle n'est pas légitime d'avoir cette place de mère.

Lors d'une séance Mme M. nous dit : « Je ne sais pas quoi faire avec Manon ». Nous décidons de ne sortir que quelques objets (balles sensorielles et ballon). Manon, alors âgée de 10 mois, prend du temps sur chaque objet puis réalise des allers-retours entre le jeu et sa mère. Nous appuyons ce que Manon fait en expliquant à Mme M. que Manon n'a pas besoin de beaucoup de jouets et qu'au contraire il est préférable de laisser Manon découvrir par elle-même les différents objets sans imposer de jeu particulier. En effet Manon commence à découvrir les objets ainsi que leurs qualités (certains rebondissent, d'autres roulent, d'autres font du bruit). De plus nous commentons ses différents allers-retours entre le jeu et Mme M. Ce comportement fait référence à la théorie de l'attachement. Manon est suffisamment sécurisée pour s'éloigner de sa mère et explorer. Cependant elle a besoin de revenir vers sa figure d'attachement : sa mère, qui lui apporte le soutien et l'assurance pour repartir.

Le fait que Manon fasse des allers-retours entre sa mère et le jeu permet de replacer Mme M. au centre de l'interaction. En effet, lors des séances Mme M. se place près de Manon mais n'intervient pas auprès d'elle sauf pour la féliciter de ce qu'elle réalise. Ici l'occasion se présente : nous nous retirons progressivement de l'interaction afin que Mme M. redevienne l'actrice principale. Le psychomotricien développe une certaine qualité de présence corporelle lors de ses études. De même il est sensibilisé à une écoute corporelle qui passe par la sensorialité et la communication non verbale. Il est essentiel que le psychomotricien module et adapte sa présence : face au retrait de Mme M., nous devons réfléchir à notre place dans l'interaction et

ouvrir l'espace à Mme M. au moment opportun, en nous positionnant davantage en soutien verbal.

Mme M. nous a souvent dit qu'elle ne sait jamais quoi dire à sa fille. Pourtant durant la vidéo Mme M. lui parle et verbalise ce qu'elle voit. Cette vidéo ainsi que le fait de mettre en avant durant les séances (« vous voyez, vous arrivez à lui parler » « vous commentez ce qu'elle fait ») les attitudes de Mme M. ont permis de la valoriser et de lui redonner confiance dans ses compétences maternelles.

De même, si les séances de psychomotricité uniquement avec les mères pouvaient avoir lieu, nous aurions pu réaliser un travail autour de la respiration auprès de Mme M.

Selon Potel [47, p. 98], « *En psychomotricité, il y a deux notions fondamentales : le corps (ou soma) et la psyché. Deux notions pour un seul être, un être unifié. La personne dans sa globalité a toujours été une notion pivot, un point d'appui initial* ». La respiration est un exemple type qui relie à la fois le corps et la psyché.

En effet, la respiration est une fonction vitale principalement automatique et inconsciente. C'est aussi la seule fonction vitale que nous pouvons contrôler volontairement. Elle fait intervenir le diaphragme, principal muscle de la respiration, qui, par répercussion, sollicite l'ensemble du corps. « *Le diaphragme et les autres muscles respiratoires [...] animent l'ensemble de la structure par un jeu de tensions élastiques répercutées par les fascias jusqu'aux confins du corps* » [42, p. 75]. Elle nécessite un double échange dedans/dehors : remplir, nourrir, recevoir puis sortir, évacuer, donner.

La respiration réunit le corporel et le psychique, c'est-à-dire l'Humain. Elle aurait pu permettre à Mme M. de se recentrer, de s'ancrer, de se sentir plus en sécurité, d'être moins angoissée et plus confiante. Selon Potel [47, p. 81] « *Avoir un corps à soi, c'est avoir des repères, se connaître, avoir des sensations et des perceptions qu'on peut intégrer (faire entrer à l'intérieur de soi) en lesquelles on a confiance, sur lesquelles on peut s'appuyer* ». La respiration permet de prendre conscience de son corps dans son intégralité avec ses zones de tension, ses zones de détente et également les émotions présentes dans l'ici et maintenant qui influencent la régulation tonique. S'appuyer sur le tonico-émotionnel aurait permis à Mme M. d'explorer et de découvrir ces différents états également présents chez sa fille en passant par l'expérience de son propre corps. Potel [47, p. 112] explique que « *l'on construit d'abord les fondations et les murs d'une maison, le corps. Puis on vit à l'intérieur [...] Plus la construction est solide, plus l'habitation sera confortable* ».

Conclusion :

En février 2020 Manon et Mme M. ne venait plus à l'hôpital de jour car Manon allait avoir 1 an. Une réorientation leur a été proposée : Mme M. a poursuivi son suivi dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) et Manon dans un Centre Médico-Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent (CMPEA). Lors de ma dernière rencontre avec cette dyade, Manon se mettait debout seule et continuait de se développer de manière harmonieuse. Quant à Mme M. elle à petit à petit repris confiance en elle et en ses compétences de mère.

Notre principal rôle auprès de cette dyade était de valoriser Mme M. et de verbaliser ce que nous voyions afin de lui en faire prendre conscience. Manon avait un développement harmonieux et était bien présente et active dans la recherche d'interaction. Le fait d'appuyer ces faits objectifs et réels concernant Manon a permis à Mme M. de prendre conscience qu'elle est en mesure de s'adapter et d'écouter les signaux de sa fille.

Les séances de psychomotricité ont rendu possible un espace-temps d'attention conjointe, d'écoute, un partage d'expériences à la fois positives et négatives qui ont permis à Mme M. de se sentir valorisée dans son rôle de mère et ainsi de faire évoluer la relation.

A propos de la vidéo, elle a permis d'évaluer les interactions mais également de venir soutenir Mme M. dans ses compétences. Le visionnage de la vidéo a aidé Mme M. à avoir une image positive d'elle-même alors qu'elle se pensait « mauvaise mère » et en difficulté pour parler à sa fille. Mme M. observe qu'elle peut interagir avec Manon, lui parler, adapter ses actes par rapport aux pleurs de sa fille.

Conclusion :

« Dans leur première année de vie, près de 50 000 bébés interagissent avec une mère présentant un trouble psychique caractérisé sévère » [56, p. 22]. Comme nous l'avons vu, le trouble psychiatrique maternel peut affecter, perturber la relation que la mère entretient avec son enfant et donc à terme impacter le développement du bébé.

Le psychomotricien, spécialiste du développement psychomoteur de l'individu en lien avec la qualité de son accordage à son environnement, a alors toute sa place dans l'accompagnement de cette dyade. Son attention se porte à la fois sur la femme, la mère, le bébé ainsi que sur leur relation. Il intervient de façon préventive avant même que ce lien ne soit trop perturbé ou rompu.

Dans ce réseau de psychiatrie périnatale le psychomotricien soutient les bébés dans leur développement, dans leurs explorations, dans leur envie « d'aller vers ». Il s'agit également de permettre à ces mères de trouver leur place, de les soutenir dans leur nouvelle identité et dans leurs compétences maternelles, de les accompagner dans la compréhension des signaux comportementaux et affectifs de leur bébé, de les aider à devenir des « mères suffisamment bonnes ».

Le psychomotricien a un rôle de soutien et de contenance auprès du bébé comme de la mère. Il tente de favoriser l'établissement d'une relation ajustée et épanouissante pour chacun.

Chaque situation est différente, chaque dyade est unique avec son propre rythme, ses propres angoisses, peurs et doutes. De par ses capacités d'adaptation et d'engagement dans la relation, le psychomotricien s'ajuste à chaque problématique rencontrée en dehors de tout protocole. Je pense que c'est ici que se trouve la richesse de notre métier.

De nos jours la psychiatrie périnatale est une priorité de santé publique. Selon A. Taquet [56, p. 23], secrétaire d'État chargé de la protection de l'enfance, « il faut [...] amplifier cette dynamique et réussir ensemble le virage d'une action publique toujours plus prévenante, qui s'attèle le plus précocement possible à garantir à l'ensemble de ses citoyens les conditions d'un bon développement physique, psychique, affectif et social. [...] Cela commence dès la période anténatale, dès la construction du désir d'être parents ».

Cependant de nombreux départements ne bénéficient pas encore à ce jour de dispositif dédié aux soins conjoints⁵, ce qui en fait un défi de santé publique.

Face à l'influence de l'environnement sur le développement de l'enfant, le gouvernement propose la création d'un nouveau programme : « **les 1000 premiers jours de l'enfant** » présidé par Boris Cyrulnik.

Les psychomotriciens feront, je l'espère, partie intégrante de ce défi. Comme nous venons de le voir tout au long de cet écrit, nos domaines de compétences correspondent entièrement aux objectifs de ce programme : soutenir une parentalité en construction ainsi que favoriser un développement harmonieux de l'enfant.

⁵ Carte du réseau mère enfant disponible en annexe V

Bibliographie :

- [1] Achim. J & Terradas. M. M - *Le travail clinique en contexte pédopsychiatrique : l'apport de la mentalisation à la pratique d'aujourd'hui* - Filigrane, n°24, 2015 - p. 79–92.
- [2] Apter. G - *Regarde-moi, je te regarde, et pourtant le sais-tu ? Le regard en face-à-face mère-bébé dans le paradigme du Still Face* - *Enfances & Psy*, n°41, 2008 - p. 23–32.
- [3] Apter. G - *La psychiatrie périnatale et l'éthique médicale* - *L'information psychiatrique*, vol. 87, 2011 - p. 581–588.
- [4] *Babies - L'amour*- Série Netflix, épisode n°1, 2020.
- [5] Beauvoir. S. de - *L'expérience vécue* - Paris, Gallimard, 2012 - p. 13.
- [6] Bion. W.R - *Aux sources de l'expérience* - Paris, Presses universitaires de France, 2003.
- [-] Bouscary. M - *La psychomotricité dans le soutien des interactions mère-enfant. Exemple des interactions perturbées par la maladie psychiatrique périnatale maternelle* – Mémoire de psychomotricité - Bordeaux, 2017.
- [7] Bullinger. A - *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un Parcours De Recherche* - ERES, 2007.
- [8] Bullinger. A - *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Tome 2 - L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED* - Toulouse, ERES, 2015.
- [9] Bydlowski. M - *Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne* - *Devenir*, n° 13, 2001 - p. 41–52.
- [10] Bydlowski. M - *La relation fœto-maternelle et la relation de la mère à son fœtus* - Dans Serge Lebovici éd., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* - Presses Universitaires de France, 2004 - p. 1881–1891.
- [11] Ciccone. A ; Gauthier. Y ; Golse. B & Stern. D - *Naissance et développement de la vie psychique* - ERES, 2008.
- [12] Collège national des Universitaires de Psychiatrie ; Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique & Collège universitaire national des enseignants en addictologie. *Référentiel de psychiatrie et addictologie : psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie* - 2016 - p. 186 - 206.
- [13] Corraze. J - *Le dialogue tonico-émotionnel à la lumière des connaissances actuelles* - <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/corraze2007.pdf> - 2007.
- [14] Cyrulnik. B - *Les nourritures affectives* - Paris, O. Jacob, 1993.

- [15] Cyrulnik. B - *Sous le signe du lien : une histoire naturelle de l'attachement* - Paris, Hachette, Paris, 2010.
- [16] Delage. M - *Psychanalyse et système. Comment penser les pratiques thérapeutiques de la famille à la lumière de ces deux modèles ?* - Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, n°45, 2010 - p. 133–152.
- [17] Delion. P - *La fonction parentale* - Yapaka.be, 2007.
- [18] Delion. P - *Chapitre 5 : Présence de l'archaïque dans la clinique infantile* - Dans : Albert Ciccone éd., *Les traces des expériences infantiles* - Paris, Dunod, 2018 - p. 57–73.
- [19] Dugnat. M & Poinso. F - « *À cause des bébés* » : *soigner les parents, prendre soin des bébés... et inversement ?* - Spirale, n°92, 2019 - p. 15–21.
- [20] Gandillot. S ; Wendland. J ; Wolff. M & Moisselin. P- *Étude comparative des interactions précoces des mères psychotiques et déprimées avec leur bébé* - Devenir, n° 24, 2012 - p. 141–169.
- [21] Gauberti. M - *Mère-enfant, à corps et à vie : analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces* - Paris, Masson, 1993.
- [22] Glatigny-Dallay. E ; Sutter-Dallay. A.-L & Loustau. N - *Une approche pluridisciplinaire des troubles psychiatriques de la période périnatale* - Le Journal des psychologues, n° 261, 2008 - p. 26–28.
- [23] Golse. B - *Pour bien se détacher, l'enfant doit savoir bien s'attacher* - Yapaka.be - Youtube - <https://www.youtube.com/watch?v=iC6qWS8Id3M>.
- [24] Green. A - *La mère morte* - Dans Chagnon J.-Y éd., *45 commentaires de textes en psychopathologie psychanalytique* - Paris, Dunod, 2012 - p. 119–127.
- [25] Green. A - *A propos de "la Mère morte."* - https://www.youtube.com/watch?time_continue=256&v=pW8zeH_nSts&feature=emb_logo.
- [26] Guedeney. N - *L'attachement, un lien vital* - Fabert, Yapaka.be, 2011.
- [27] Guedéney. N & Guedeney. A - *L'attachement : approche clinique* - Elsevier Masson, 2010.
- [28] Guédeney. N & Guédeney. A - *L'attachement : approche théorique : du bébé à la personne âgée* - 4^{ème} édition, Elsevier Masson, 2015.
- [-] Guesdon. M - *L'attachement, un lien pour la vie : l'apport du psychomotricien dans l'établissement des liens précoces parents-enfant* – Mémoire de psychomotricité – Bordeaux, 2019.

- [29] Hoekzema. E ; Barba-Müller. E ; Pozzobon. C & al - *Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure* - Nature Neuroscience, vol. 20 (2), 2016 - p. 287–296.
- [30] Houzel. D. *Les enjeux de la parentalité* - ERES, 1999.
- [31] <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite>
- [32] <https://www.cnrtl.fr/definition/interaction> - Définition CNRTL du terme "interaction".
- [33] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038749626&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20190712> - Article 371-1 - "Autorité parentale".
- [34] Karpf. A - 6 : *Le parler bébé, mélodie de l'intimité* - Dans A. Karpf, *La voix : Un univers invisible* - Paris : Autrement, 2008 - p. 149–167.
- [35] Kim. S & Strathearn. L - *Oxytocin and Maternal Brain Plasticity* - Dans Rutherford H. J. V. & Mayes L. C ed., *New directions for child and adolescent development* - n°153, 2016 - p. 59–72.
- [36] *La santé mentale : renforcer notre action* - Site de l'OMS - <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- [37] Lane. A ; Luminet. O & Mikolajczak. M - *Psychoendocrinologie sociale de l'ocytocine : revue d'une littérature en pleine expansion* - L'Année psychologique, n°113, 2013 - p. 255–285.
- [-] Lapille. M - *Apports de la psychomotricité dans le soutien à la synchronisation de la relation mère-bébé* - Mémoire de psychomotricité – Bordeaux, 2018.
- [38] Lavallée. M-C & Cossette. L - *Réponses visuelles des nourrissons aux expressions faciales de leur mère lors de situations d'interaction libre face à face* - L'Année psychologique, n° 109, 2009 - p. 585–606.
- [39] Lavergne. S - *La motricité libre au quotidien* - Dans : Miriam Rasse éd., *L'approche piklérienne en multi-accueil* - Toulouse, ERES, 2017 - p. 29–48.
- [40] Lebovici. S - *Les interactions fantasmatiques* - Dans : Serge Lebovici éd., *L'arbre de vie : Éléments de la psychopathologie du bébé* - Toulouse, ERES, 2009 - p. 73-86.
- [41] Lebovici. S - *L'approche psychiatrique du très jeune enfant et le développement de la psychiatrie périnatale* - Dans : Serge Lebovici éd., *L'arbre de vie : Éléments de la psychopathologie du bébé* - Toulouse, ERES, 2009 - p. 53–72.
- [42] Lesage, B - *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation* - Toulouse, ERES, 2012.

- [43] Marcelli. D - *Les yeux dans les yeux : l'énigme du regard* - Paris, Albin Michel, 2006.
- [44] Marcelli. D - *Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé* - Spirale, n°44, 2007 - p. 123–129.
- [45] Mazet. P & Stoléru. S - *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant : développement et interactions précoces* - Paris, Masson, 2003.
- [46] Pireyre. É.W - *Chapitre 9. Le tonus* - Dans : É. Pireyre, *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* - Paris, Dunod, 2015 - p. 99–112.
- [47] Potel. C - *Être psychomotricien un métier du présent, un métier d'avenir* - Toulouse, ERES, 2010.
- [48] Robert-Ouvray. S.B - *L'enfant tonique et sa mère* - Paris, Desclée de Brouwer, 2007.
- [49] Saive. A-L & Guedeney. N - *Le rôle de l'ocytocine dans les comportements maternels de caregiving auprès de très jeunes enfants* - *Devenir*, vol. 22, n°4, 2010 - p. 321-338.
- [50] Sarlat. C - *La matrescence, la naissance d'une mère* - La vie en bleu, le mag - France bleu - <https://www.francebleu.fr/emissions/la-vie-en-bleu-le-mag/gironde/la-matrescence-la-naissance-d-une-mere-avec-clementine-sarlat>
- [51] Sarlat. C - *Peut-on apprendre à être parents ?* - <https://podtail.com/fr/podcast/la-matrescence/peut-on-apprendre-a-etre-parents/>
- [52] Stern. D - *Une mère soigne son enfant* - Dans : Appell. G, éd., *Prendre soin d'un jeune enfant* - Toulouse, ERES, 2005 - p. 91-102.
- [53] Stern, D - *Le monde interpersonnel du nourrisson : une perspective psychanalytique et développementale* - Paris, Presses Universitaires de France, 2003.
- [54] Sutter-Dallay. A-L - *Psychose et maternité* - *L'information psychiatrique*, n° 86, 2010 - p. 153–161.
- [55] Sutter-Dallay. A-L & Guédeney. N - *Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites* - Elsevier Masson Consulte - *Psychiatrie*, 2010 - p. 1–8.
- [56] Taquet. A - *Extraits de l'allocution pour le colloque « Soigner ensemble en psypérinatalité »* - Spirale, n° 92, 2019 - p. 22–23.
- [57] Tissot. H ; Frascarolo. F ; Despland. J-N & Favez. N - *Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale* - *La psychiatrie de l'enfant*, n°54, 2011 - p. 611–637.
- [58] Truquin. A-C - *Première partie : Impact des troubles psychiques parentaux* - Dans : Wendland. J éd., *La parentalité à l'épreuve de la maladie ou du handicap : quel impact pour les enfants* - *Champ social*, 2017 - p. 17–70.

[59] Winnicott. D.W - *Jeu et réalité : l'espace potentiel* - Paris, Gallimard, 2002.

[60] Winnicott. D.W ; Kalamovitch. J ; Michelin. M ; Rosaz. L & Harrus-Révidi. G - *La mère suffisamment bonne* - Paris, Payot & Rivage, 2006.

Table des matières :

| | |
|---|------------------|
| REMERCIEMENTS | 1 |
| SOMMAIRE | 2 |
| INTRODUCTION | 3 |
| <u>PARTIE I :</u> | <u>5</u> |
| I- LA NAISSANCE D'UN BEBE ET LA NAISSANCE D'UNE MERE : | 6 |
| A- Les compétences innées du bébé, un bagage dans la création de l'interaction : | 6 |
| a) Le développement des sens | 7 |
| b) La motricité | 9 |
| c) Le tonus comme moyen de communication | 11 |
| B- La naissance d'une mère, la matrescence : | 13 |
| a) Comment la femme est préparée psychiquement à devenir mère ? | 13 |
| b) Comment la femme est préparée biologiquement à devenir mère ? | 17 |
| c) Les 3 dimensions de la parentalité | 18 |
| II- DE LA CO-NAISSANCE A L'ATTACHEMENT : UNE RELATION A CREER : | 20 |
| A- Les mécanismes qui stabilisent le bébé | 20 |
| B- Les différents types d'interactions : | 22 |
| a) Les interactions comportementales | 22 |
| b) Les interactions affectives | 25 |
| c) Les interactions fantasmatiques | 26 |
| d) La fonction alpha | 27 |
| C- De l'interaction au lien d'attachement : | 29 |
| a) Le système motivationnel ou comportemental | 29 |
| b) Figure d'attachement et modèles internes opérants | 32 |
| c) Les 4 types d'attachements selon Marie Ainsworth | 34 |
| CONCLUSION | 37 |
| <u>PARTIE II :</u> | <u>38</u> |
| I- LES PERTURBATIONS DE LA RELATION : | 39 |
| A- Les aspects quantitatifs des stimulations : | 39 |
| a) L'excès de stimulation | 39 |
| b) L'hypostimulation | 41 |

| | |
|--|-----------|
| B- Les aspects qualitatifs des stimulations : | 43 |
| a) Perturbations de la réciprocité | 43 |
| b) Perturbation du déroulement temporel | 44 |
| c) Perturbation de l'espace relationnel | 46 |
| d) La fixation et les régressions des patterns interactifs | 47 |
| II- LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DU RESEAU DE PSYCHIATRIE PERINATALE : | 49 |
| A- La psychiatrie périnatale : | 49 |
| a) Définition | 49 |
| b) Les buts de ce service | 50 |
| B- Rôle du psychomotricien auprès du bébé : | 52 |
| a) Apprécier et évaluer le développement de l'enfant | 52 |
| b) Soutenir le développement de l'enfant | 54 |
| c) Fonction alpha | 56 |
| C- Rôle du psychomotricien auprès de la mère et de la dyade : | 57 |
| a) Rassurer, soutenir et accompagner la mère | 57 |
| b) Évaluer les interactions mère-bébé | 60 |
| c) Favoriser le lien mère-bébé | 62 |
| d) Rôle de médiateur, de tiers séparateur | 65 |
| III- CAS CLINIQUE : MME M. ET MANON : | 66 |
| A- Les informations concernant la dyade : | 66 |
| a) Épisode dépressif caractérisé | 67 |
| b) Épisode maniaque | 69 |
| c) Le trouble bipolaire induit-il obligatoirement des perturbations dans la relation ? | 70 |
| B- La vidéo auprès de Manon et de Mme M : | 72 |
| a) L'outil vidéo | 72 |
| b) Description et analyse de la vidéo | 72 |
| C- Les séances en psychomotricité : | 77 |
| a) Soutenir le lien mère-bébé | 77 |
| b) Fonction alpha | 79 |
| c) Valoriser, rassurer | 80 |
| CONCLUSION | 83 |
| BIBLIOGRAPHIE | 85 |
| TABLE DES MATIERES | 90 |
| ANNEXES : | 92 |
| Annexe I – Récapitulatif interaction précoce mères déprimées-bébé. | 92 |
| Annexe II – Échelle de développement de Bayley pour un enfant de 7 mois. | 93 |
| Annexe III – Feuille de cotation GRS. | 94 |
| Annexe III (suite) – Feuille de cotation GRS. | 95 |
| Annexe IV – L'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB). | 96 |
| Annexe V – Carte représentant les dispositifs liés aux soins conjoints. | 97 |


Annexes :

Annexe I – Récapitulatif interaction précoce mères déprimées-bébé.

| Interactions mère-bébé | Mère déprimée |
|--------------------------|--|
| Interactions visuelles | Peu de regards partagés, de sourires, visages figés de la mère et de l'enfant (Field, 1982, 1984, 1987; Field, <i>et al.</i> , 1990; Guédénéy, 2001; Marcelli, <i>et al.</i> , 2000) |
| Interactions corporelles | Réactions motrices ralenties et pas toujours adaptées (Field, 1982, 1984) |
| Interactions vocales | Peu de verbalisations, peu de vocalisations (Field, 1984; Field, <i>et al.</i> , 1990; Guédénéy, 2001) |
| Stimulation | Peu de stimulations tactiles et kinesthésiques (Marcelli, <i>et al.</i> , 2000) Stimulations à connotations négatives (Malphurs, <i>et al.</i> , 1996; Herrera, <i>et al.</i> , 2004) |
| | Peu d'engagements, peu d'ajustements au bébé, peu de sensibilité (Cox, <i>et al.</i> , 1987; Field, 1984; Field, <i>et al.</i> , 1990; Goodman et Brumley, 1990; Murray, <i>et al.</i> , 1993; 1996; Teti, <i>et al.</i> , 1990; Tourette, <i>et al.</i> , 2000) |
| Accordage | Asynchronie (Field, <i>et al.</i> , 1985; 1990) Interactions peu prolongées (Jameson, <i>et al.</i> , 1997) |
| | Difficulté de régulation (Beebe, 2006; Tronick, <i>et al.</i> , 1997) |

Annexe II – Échelle de développement de Bayley pour un enfant de 7 mois.

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



| De 54 à 73 | | Score | De 35 à 51 | | Score |
|------------|--|-------|------------------|--|-----------------------|
| 7 mois | Items de l'échelle cognitive | | 7 mois | Items de l'échelle motrice | |
| 59 | Manipule la cloche et y porte un intérêt prononcé | | 38 | Retournement du dos sur le ventre | |
| 66 | Fait sonner la cloche volontairement | | 39 | Attrape un ou ses pieds avec ses mains | |
| 60 | Porte attention aux griboillages de l'adulte | | 42 | Cherche à s'asseoir | |
| 56 | Regarde et suit l'objet qui tombe | | 45 | Tire sur les pouces de l'examinateur pour se hisser debout | |
| 62 | Tire sur la ficelle pour attraper l'anneau | | 35 | Tient assis seul en jouant avec des objets | |
| 55 | Retourne le pot avec une ou deux mains pour découvrir le cube | | 36 | Tient assis seul sans support | |
| 67 | Retourne le pot avec une seule main pour découvrir le cube | | 50 | Rotation du tronc en position assise | |
| 72 | Regarde dans la boîte vide pour chercher les perles | | 37 | Utilise le bout des doigts pour attraper le cube | |
| 57 | Ramasse le cube avec habileté (coordinations oculo-manuelle) | | 48 | Amène deux objets, pris chacun dans une main vers l'axe | |
| 58 | Tient deux cubes simultanément dans ses mains pendant 3 secondes | | 41 | Utilise toute sa main pour attraper les billes en sucre (prise palmaire) | |
| 65 | Tient deux cubes dans ses mains pendant 3 secondes et s'intéresse au troisième | | 49 | Utilise la prise pouce index pour prendre les billes en sucre | |
| 64 | Participation à un jeu | | 47 | Se met seul en position assise en repoussant le sol ou en sautant d'un support | |
| 69 | Regarde les images du livre | | 43 | Se déplace vers l'avant, en utilisant ses mains, ses genoux, sur le ventre (rampe) | |
| 73 | Tourne les pages du livre | | 51 | Passage de la position assise à la position 4 pattes | |
| 63 | Imitation des vocalises produites par la FA | | 40 | Effectue un mouvement de marche | |
| 70 | Écoute et répond différemment aux mots familiers | | 44 | Supporte son poids momentanément | |
| 54 | Passé un objet d'une main à l'autre | | 46 | Avance un pied en avant | |
| 61 | Vocalise trois voyelles différentes (ah, uh, oh, euh) | | Echelles | | |
| 68 | Utilise une gestuelle pour se faire comprendre | | Cognitive | Raw score | Index |
| 71 | Répète combinaison de voyelles et consonnes (da, ba, ha, ga, la) | | Motrice | Intervalle de confiance | Classification |

Observations cliniques : _____

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

Echelles de Bayley sur le développement de l'enfant (traduction française) 7 mois

Annexe III – Feuille de cotation GRS.

Traduction Elisabeth Dallay

1999

NOTATIONS GLOBALES DES INTERACTIONS MERE-BEBE A DEUX ET QUATRE MOIS

Agnese Fiori-Cowley, Lynne Murray et Melanie Gunning

| LA MERE | | | | | | | | |
|---------|---------------------------|---|---|---|---|---|------------------------|--------------------------|
| 1 | Chaleureuse, positive | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Froide, hostile | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Acceptante | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Rejetante | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Répondante | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Non répondante | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Non demandeuse | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Demandeuse | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Sensible | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Insensible | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Comportement non intrusif | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Comportement intrusif | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Paroles non intrusives | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Paroles intrusives | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Proche | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Distante | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Non silencieuse | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Silencieuse | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Joyeuse | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Triste | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Energique | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Peu énergique | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Absorbée par l'enfant | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Absorbée par elle-même | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Détendue | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Tendue | <input type="checkbox"/> |

NOTATIONS SUPPLEMENTAIRES POUR LES BEBES DE QUATRE MOIS

| | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|--------------------------|
| 14 | Fait de nombreux efforts (pour engager le bébé dans l'interaction) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Ne fait pas d'effort | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Beaucoup d'engagement commun vers un 3 ^{ème} centre d'intérêt | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Absence d'engagement commun vers un 3 ^{ème} centre d'intérêt | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Pas d'utilisation de jouet | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Utilisation constante de jouets | <input type="checkbox"/> |

LE BEBE

| | | | | | | | | |
|----|-------------------------------|---|---|---|---|---|----------------------------------|--------------------------|
| 17 | Attentif à sa mère | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Evitant | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Communication active | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Absence de communication | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Vocalisations positives | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Absence de vocalisation positive | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Concentré sur l'environnement | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Absorbé par lui-même | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Animé, actif | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Inanimé, passif | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Joyeux | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Manifeste de la détresse | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Patient, calme | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Râleur, grognon, irritable | <input type="checkbox"/> |

LES INTERACTIONS

| | | | | | | | | |
|----|-----------------------------|---|---|---|---|---|----------------------------|--------------------------|
| 24 | Faciles | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Difficiles | <input type="checkbox"/> |
| 25 | Amusantes, gaies | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Sérieuses | <input type="checkbox"/> |
| 26 | Mutuellement satisfaisantes | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Insatisfaisantes | <input type="checkbox"/> |
| 27 | Beaucoup d'engagement | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Absence d'engagement | <input type="checkbox"/> |
| 28 | Engagement animé | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Engagement calme ou pauvre | <input type="checkbox"/> |

Annexe III (suite) – Feuille de cotation GRS

Traduction Elisabeth Dallay

1999

MAMAN

- Demandes :
- Gestes intrusifs :
- Silences : long : Court :
- Se regarde :
- Se touche :
- Se coiffe :
- Absorbée dans ses pensées :
- Parle de l'extérieur :

Commentaires maman :

- Positifs :

- Négatifs :

BEBE

- Vocalisations positives : Négatives :
- Communication active :
- Absorbé par lui-même :
- Signaux de détresse :
- Pleurs :
- Sourires :
- Mouvements: Actifs Inactifs Faible niveau

- Autres :

INTERACTIONS

- Engagement vers un intérêt commun :
- Se regardent :
 - croisent les regards
 - regards de qqes secondes :
 - regards longs :

Résumé :

Visionnage parents : oui non

Annexe IV – L'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB)

L'échelle alarme détresse bébé (ADBB)

Chaque item est coté de 0 à 4 :

- 0 : Pas de comportement anormal de retrait
- 1 : Comportement discrètement anormal
- 2 : Comportement anormal
- 3 : Comportement nettement anormal
- 4 : Comportement massivement anormal

L'échelle est au mieux remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations, juste après la consultation. On évalue d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher, etc.), en suivant l'évolution des réactions tout au long de l'examen. La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation. Les indications ci-dessus sont données à titre indicatif en cas d'hésitation entre deux valeurs de l'échelle.

Nom : Prénom :

Age : mois jours Date :

N° dossier : Examineur :

1. Expression du visage

Evaluation de la réduction de l'expressivité du visage

- 0 : Le visage est spontanément mobile, expressif, animé par de fréquents changements d'expression.
- 1 : Visage mobile, expressif, mais sans changements fréquents d'expression.
- 2 : Peu de mobilité faciale spontanée.
- 3 : Visage immobile, triste.
- 4 : Visage figé, froid, absent, ayant parfois l'air prématurément âgé.

2. Contact visuel

Evaluation de la réduction du contact visuel

- 0 : Contact visuel spontané facile et prolongé.
- 1 : Contact visuel spontané, mais bref.
- 2 : Contact visuel possible, mais seulement lorsqu'il est recherché.
- 3 : Contact visuel fugace, vague, fuyant.
- 4 : Refus total de contact visuel.

3. Activité corporelle

Evaluation de la réduction d'activité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts

- 0 : Mouvements fréquents et spontanés du torse, de la tête et des membres.
- 1 : Activité générale spontanée légèrement réduite, peu d'activité de la tête ou des membres.
- 2 : Peu ou pas d'activité spontanée, mais activité présente en réponse à la stimulation.
- 3 : Faible activité en réponse à la stimulation.
- 4 : Enfant immobile et figé, quelle que soit la stimulation.

4. Gestes d'auto-stimulation

Evaluation de la fréquence avec laquelle l'enfant joue avec son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottements répétitifs...), de façon automatique et sans plaisir, et en comparaison avec l'activité générale. Note : un seul signe significatif d'auto-stimulation est suffisant pour coter 1 ou plus.

- 0 : Absence d'auto-stimulation, l'activité d'auto-exploration est en rapport harmonieux avec le niveau d'activité général.
- 1 : Auto-stimulation fugitive.
- 2 : Auto-stimulation peu fréquente mais nette.
- 3 : Auto-stimulation fréquente.
- 4 : Auto-stimulation constante.

5. Vocalisations

Evaluation de la réduction des vocalisations traduisant le plaisir (gazouillis, rire, babil, lallations, cris aigus de plaisir), mais aussi le déplaisir, l'anxiété ou la douleur (cris, geignements et pleurs)

- 0 : Vocalisations positives spontanées fréquentes, gaies et modulées ; cris ou pleurs brefs en réponse à une sensation désagréable.
- 1 : Vocalisations spontanées brèves et/ou cris et pleurs fréquents, (même s'ils surviennent seulement en réponse à une stimulation).
- 2 : Pleurs quasi constants.
- 3 : Geignement, seulement en réponse à une stimulation.
- 4 : Aucune vocalisation.

6. Vivacité de la réaction à la stimulation

Evaluation de la réduction de la vivacité de la réaction à la stimulation, agréable ou désagréable au cours de l'examen (sourire, voix, toucher). Note: ce n'est pas l'importance de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de réponse.

- 0 : Réaction adaptée, vive et rapide.
- 1 : Réaction légèrement retardée.
- 2 : Réaction nettement retardée.
- 3 : Réaction nettement retardée, même en réponse à une stimulation désagréable.
- 4 : Absence totale de réaction.

7. Relation

Evaluation de la réduction de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation avec l'observateur, l'examineur ou toute personne présente dans la pièce, excepté celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations et la réaction à la fin de la séance.

- 0 : La relation rapidement et nettement établie (après une éventuelle phase initiale d'anxiété).
- 1 : Relation identifiable, positive ou négative, mais moins marquée qu'en 0.
- 2 : Relation à peine marquée, positive ou négative.
- 3 : Doute sur l'existence d'une relation.
- 4 : Absence de relation identifiable à l'autre.

8. Attractivité

Evaluation de l'effort nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, ainsi que du sentiment de plaisir que procure le contact avec l'enfant

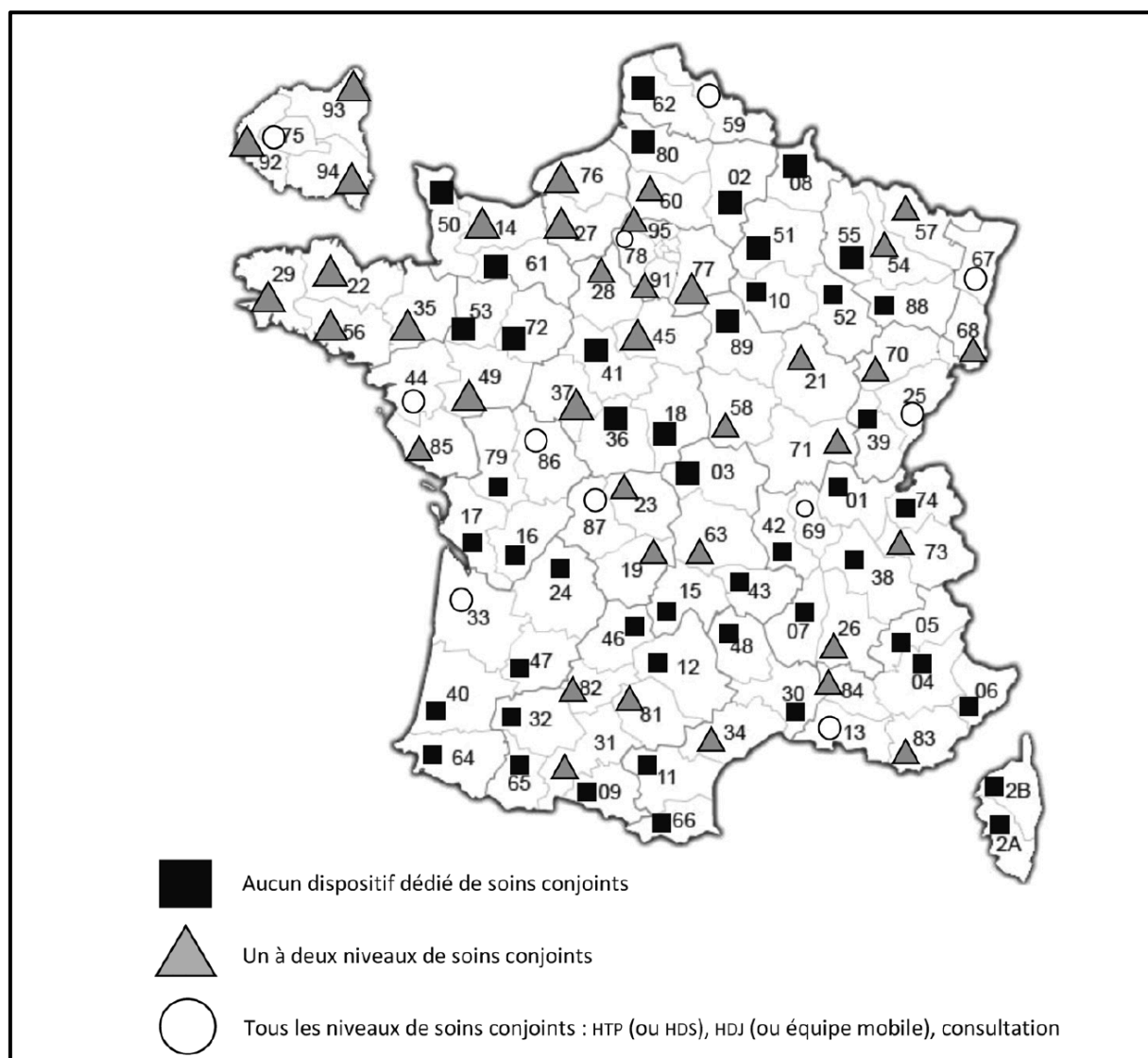
- 0 : L'enfant attire l'attention par ses initiatives et inspire un sentiment d'intérêt et de plaisir, sans aucune inquiétude.
- 1 : On s'intéresse à l'enfant, mais avec moins de plaisir qu'en 0.
- 2 : Sentiment neutre vis-à-vis de l'enfant, avec parfois du mal à garder son attention centrée sur lui.
- 3 : Sentiment de malaise et d'être maintenu à distance.
- 4 : Contact éprouvant, sentiment d'un enfant hors d'atteinte.

Total

Copyright : A. Guédeney, 2004. L'utilisation de l'échelle suppose une formation. Son usage implique de prendre contact avec l'auteur et la communication de données utiles au développement de l'échelle : antoine.guedeney@bch.ap-hop-paris.fr ou www.adbb.net.

Grille trouvée sur le site : <http://www.adbb.net/docs/medecine-enfance.pdf>

Annexe V – Carte représentant les dispositifs liés aux soins conjoints.



Carte trouvée sur le site : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2019-4-page-144.htm>