



HAL
open science

“ Est-ce que c’est moi qu’elle regarde? ” : étayage du lien mère-bébé en psychomotricité

Annabelle Jodra

► To cite this version:

Annabelle Jodra. “ Est-ce que c’est moi qu’elle regarde? ” : étayage du lien mère-bébé en psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02936760

HAL Id: dumas-02936760

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02936760>

Submitted on 11 Sep 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.



Institut de Formation en Psychomotricité
de la Pitié-Salpêtrière
Faculté de Médecine Sorbonne Université
91, Boulevard de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



« Est-ce que c'est moi qu'elle regarde ? »

Etayage du lien mère-bébé en psychomotricité

Mémoire présenté par Annabelle JODRA

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Remerciements

A Fresia, pour ta présence tout au long de l'année autant en stage que dans l'écriture de mon mémoire. Merci pour tes conseils, ton écoute et ta bienveillance. Merci pour tous ces moments d'échange et de réflexions partagées. Merci de m'avoir fait confiance.

Aux équipes de l'Unité de Psychiatrie Périnatale et de l'Unité Autisme pour votre accueil et votre contenance.

Merci à tous les psychomotriciens que j'ai croisés sur ma route durant ces trois années de formation. Merci de m'avoir tant donné et d'avoir su me transmettre votre passion.

Merci à ma famille et à mes amis. A mes parents, pour leur disponibilité sans failles et leur soutien absolu. A mon frère, oreille attentive et rassurante. A ma belle famille, pour m'avoir accueillie pendant cette période si particulière. Merci à Tato et Dominique pour leur relecture et leur écoute.

Merci à mes camarades de psychomotricité pour ces belles années passées ensemble. Merci à Noellie, à Clara et à Manon.

A Léa pour ton soutien inconditionnel depuis trois ans, pour ton amitié qui m'est si précieuse. Merci pour tes relectures, tes conseils et ton humour.

A Jean, pour tout ce que tu m'apportes chaque jour. Merci d'être toujours là.

Enfin, merci à tous les patients que j'ai rencontrés sur le chemin de mes études et qui m'ont tant appris. A Madame S. et à Emma sans qui ce mémoire n'existerait pas.

Sommaire

| | |
|---|----|
| Remerciements..... | 3 |
| INTRODUCTION..... | 7 |
| Terrain clinique : L'Unité de Psychiatrie Périnatale..... | 10 |
| I. Théorie des enveloppes..... | 13 |
| 1. La peau, limite entre intérieur et extérieur | 13 |
| 2. Construction du Moi à partir de l'enveloppe psychique..... | 14 |
| 3. La fonction de contenance de l'enveloppe..... | 14 |
| 4. Le rythme..... | 15 |
| 5. L'enveloppe psychocorporelle..... | 16 |
| II. Partie clinique : Madame S. & Emma..... | 17 |
| 1. Première rencontre..... | 17 |
| 2. Anamnèse | 20 |
| a) Passé de Madame S..... | 20 |
| b) Antécédents médicaux | 20 |
| c) Grossesse et naissance d'Emma..... | 21 |
| 3. Compte rendu de bilan..... | 23 |
| III. Apports théoriques autour de la périnatalité..... | 29 |
| 1. Grossesse et enveloppes sensorielles..... | 29 |
| 2. Je te touche, tu me touches..... | 32 |
| a) La peau et le toucher..... | 32 |
| b) Le dialogue tonico-émotionnel..... | 33 |
| 3. Les interactions précoces..... | 35 |
| a) La préoccupation maternelle primaire..... | 35 |
| b) Le Holding / Le Handling..... | 36 |

| | |
|--|----|
| c) L'object presenting..... | 37 |
| 4. La théorie de l'attachement | 38 |
| 5. Le Moi-Peau..... | 39 |
| IV. Les dispositifs thérapeutiques du psychomotricien..... | 42 |
| 1. Les difficultés de Madame S. et d'Emma..... | 42 |
| a) Le lien mère-enfant | 44 |
| 2. Le dispositif accueil de jour..... | 45 |
| a) Présentation de l'accueil..... | 46 |
| b) La contenance de l'accueil de jour..... | 46 |
| c) Les difficultés de l'accueil de jour..... | 47 |
| d) Place de Madame U. dans le dispositif d'accueil..... | 49 |
| e) Place de Madame S. dans le dispositif d'accueil..... | 49 |
| 3. Le groupe massage | 50 |
| a) Présentation du groupe massage | 51 |
| b) Les objectifs thérapeutiques du groupe | 52 |
| c) Les membres et la dynamique de groupe | 53 |
| d) Notre rencontre par le toucher | 55 |
| 4. Le portage..... | 58 |
| a) Portage physique / Portage psychique..... | 59 |
| b) Du portage physique à la symbolisation | 60 |
| c) Le portage psychique de la mère | 61 |
| d) Le portage en écharpe | 63 |
| e) L'emmaillotage | 64 |
| f) Portage du psychomotricien | 66 |
| V. Ma place dans l'enveloppe institutionnelle | 68 |
| 1. Ma place de stagiaire..... | 68 |

| | |
|--|----|
| a) Prendre sa place..... | 68 |
| b) Auprès des mères | 69 |
| c) Mon regard psychomoteur..... | 70 |
| 2. Inscription dans une enveloppe institutionnelle..... | 71 |
| a) L'enveloppe institutionnelle | 71 |
| b) Le cadre thérapeutique | 72 |
| c) Le cadre en psychomotricité selon C. Potel..... | 73 |
| d) L'équipe et les partenaires de soin | 74 |
| e) Inscription du bébé dans l'enveloppe institutionnelle..... | 75 |
| f) Fragilité de l'enveloppe institutionnelle | 77 |
| g) Les temps d'échange | 79 |
| h) Mon inscription dans cette enveloppe | 80 |
| VI. Place du psychomotricien dans la relation dyadique | 82 |
| 1. La question du double point de vue | 82 |
| 2. Intérêt de l'outil vidéo dans la pratique psychomotrice | 84 |
| CONCLUSION | 87 |
| Bibliographie | 89 |
| Résumé..... | 92 |

INTRODUCTION

A la fin de ma deuxième année en psychomotricité, j'ai eu la chance de voyager au Sénégal. Cette expérience, à la fois merveilleuse et difficile, est à l'origine de mon mémoire. Je suis partie dans un centre accueillant de jeunes garçons se trouvant en situation de grande précarité. Ces enfants, livrés à eux-mêmes, sans lien d'attachement, vivent dans des conditions inimaginables de pauvreté et de violence. Mon travail au centre consistait à les accueillir pour qu'ils puissent manger, se doucher, jouer, se faire soigner... Je pense que mon questionnement autour des enveloppes a commencé à ce moment-là. Manquant d'infirmières, j'ai appris rapidement à soigner les blessures surinfectées des enfants. Je me retrouvais face à des enveloppes corporelles trouées, abîmées, déchirées, brûlées, qu'il fallait soulager, sans anesthésie. Face à mes gestes, les enfants ne montraient rien de leur douleur. Les émotions étaient cachées derrière une carapace tonique déjà bien construite. D'autres enfants au contraire, lâchaient tout et s'effondraient.

Un matin, un enfant était recroquevillé dans un coin. Il ne voulait pas parler, ni se lever. Il pleurait sans s'arrêter, sans lever la tête, les poings fermés et le corps extrêmement figé. Ne pouvant me reposer que sur mes propres sensations et émotions, je me suis mise à le toucher, à le consoler. Je l'ai pris dans mes bras et je l'ai bercé. Petit à petit, ses yeux emplis de larmes ont rencontré les miens et ses mains se sont ouvertes. A travers mon toucher et le portage, j'ai pu entrer en relation avec l'enfant et lui donner les appuis dont il avait besoin pour se relever.

A mon retour en France, j'ai commencé mon stage en Unité de Psychiatrie Périnatale (UPP). Au départ, je me suis demandée comment trouver ma place dans cette institution, auprès de mes collègues et auprès des mères. Progressivement, mes questionnements ont évolué vers la construction du lien mère-enfant et comment le psychomotricien peut venir aider à construire ce lien. En prenant de la distance, j'ai pris conscience que mes réflexions tournaient beaucoup autour de la question des enveloppes. Je me suis rendue compte que je percevais l'UPP comme la peau d'un oignon comprenant différentes couches. Les dyades (la mère et l'enfant) composent la couche la plus interne. Puis les soignantes viennent les envelopper en une seconde couche. Ils sont eux-mêmes pris dans les différents dispositifs mis en place par l'unité. Enfin, la couche la plus externe, contenant toutes les autres couches ferait référence à l'institution. Ces différentes enveloppes apportent à la dyade un environnement contenant, rassurant, lui permettant d'avancer malgré les difficultés. Partant de ce constat, je suis revenue au cœur de la clinique, à savoir la question des enveloppes chez le petit d'homme.

Ma rencontre avec Madame S. et Emma m'a ramenée à mon vécu du Sénégal autour du portage et de l'attachement mais aussi autour de la violence. Madame S. se trouvait en grandes difficultés dans le lien avec sa fille. Le portage était maladroit, brusque et la rencontre ne pouvait se faire entre elles. Cette dyade a été le fil rouge de mes questionnements.

A travers mes observations et les rencontres, j'en suis venue aux réflexions suivantes : Comment le psychomotricien soutient la construction des enveloppes du bébé ? Qu'est ce qui entoure la dyade et lui permet de se construire sereinement ? Comment le portage favorise-t-il

la construction des enveloppes ? Quels outils le psychomotricien peut-il proposer pour accompagner une dyade fragilisée ? Comment l'institution vient faire enveloppe ?

De ces questionnements est née la problématique de mon écrit :

Comment les enveloppes participent-elles à la construction psychique et corporelle de l'enfant ?

Dans cet écrit, je tenterai de répondre à cette problématique par mon cheminement de pensée.

J'ai fait le choix de partir de ma clinique et de me saisir de l'observation des patients que j'ai rencontrés. Ma réflexion s'est beaucoup appuyée sur une dyade, Madame S. et Emma, que j'ai eu la chance d'accompagner tout au long de mon stage. Dans cet écrit, j'ai pris le parti d'aborder la relation mère-enfant sous le prisme des enveloppes. Je me suis orientée vers des auteurs traitant de ce sujet et me permettant de mettre du sens sur le rôle du psychomotricien dans la construction des enveloppes. Ce mémoire est coloré de mes réflexions, de mes hypothèses mais aussi de l'élaboration de ma pratique future.

Tout d'abord, je décrirai le concept d'enveloppes et ses particularités, notamment sa fonction de contenance. J'aborderai par la suite ma rencontre avec Madame S. et Emma et les difficultés que présente cette dyade. Je développerai ensuite quelques notions théoriques importantes en périnatalité autour des enveloppes sensorielles, du toucher, des interactions précoces ou encore du sentiment d'attachement, toutes ces notions me permettant de comprendre davantage le lien mère-enfant et les difficultés rencontrées par Madame S. et

Emma. Ultérieurement, j'exposerai les différents dispositifs thérapeutiques mis en place par le psychomotricien pour accompagner les dyades. Enfin, j'expliquerai le rôle et la place de l'enveloppe institutionnelle dans le sentiment de contenance des mères et mon inscription en tant que stagiaire dans cette enveloppe. Pour finir, je mettrai en évidence mes réflexions au sujet du regard du psychomotricien dans la relation dyadique et l'utilisation de l'outil vidéo dans la prise en charge psychomotrice.

Terrain clinique : L'Unité de Psychiatrie Périnatale

J'ai eu le privilège d'effectuer mon stage de dernière année au sein d'une Unité de Psychiatrie Périnatale (UPP). Il s'agit d'un accueil de jour mère-enfant recevant des enfants de 0 à 18 mois environ. De part sa situation géographique, l'unité accueille des patients venant de tous les horizons parfois dans des situations complexes d'isolement, de précarité ou de violence. L'unité accueille des parents qui peuvent se sentir démunis, perdus, isolés, fatigués, anxieux mais aussi des bébés avec des difficultés diverses (alimentation, sommeil, développement, interactions). Les mères qui sont prises en charge peuvent présenter des pathologies psychiatriques diverses, de la dépression du post-partum à de la schizophrénie. Il y a quelques années, l'unité était encore une unité mère-bébé à temps plein. Elle a été transformée en accueil de jour en 2017.

L'unité a pour objectif d'accompagner et de soutenir les premiers liens mère-enfant lorsque ces derniers s'avèrent difficiles à s'établir. C'est également une unité de protection de l'enfant. En cas de négligence ou de violence sur le bébé, l'unité est amenée à transmettre des

informations préoccupantes à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Les dyades peuvent être orientées sur l'unité par différents partenaires : crèche, PMI, maternité, néonatalogie, psychiatrie. L'unité prend en charge la dyade et non pas la mère d'un côté ou l'enfant seul. Chaque dyade est suivie par un médecin pédopsychiatre et un soignant référent effectuant les consultations de suivi.

L'unité s'organise autour de 3 pôles :

- ◆ Les consultations famille-bébé en pré ou post- natale, jusqu'aux 2 ans de l'enfant sont organisées avec deux soignantes. Des soins peuvent être proposés en plus, en groupe ou en individuel.
- ◆ L'hospitalisation de jour (0-18 mois) accueille les dyades sur une demi-journée ou sur des journées entières, une ou plusieurs fois par semaine. L'hospitalisation de jour permet d'accueillir les dyades sur des temps de vie où les soignantes sont disponibles pour soutenir les soins, les observations et accompagner les interactions.
- ◆ L'unité mobile (0-18 mois) se déplace en binôme au domicile des patients.

Les dyades en consultation ou en hospitalisation de jour peuvent participer à des séances individuelles ou des séances de groupes en rapport avec le projet de soin. Les soins individuels peuvent être médicaux ou psychothérapeutiques mais aussi à médiation corporelle pour le bébé ou pour le parent : massage, psychomotricité, relaxation ou encore bains des bébés. De nombreux groupes sont également proposés tels que le groupe berceuse, massage, relaxation, art thérapie, exploration musicale et vocale ou exploration motrice.

L'équipe de soin se compose de deux médecins pédopsychiatres, un médecin assistant, une interne, des psychologues, des psychomotriciennes, des puéricultrices, des infirmières, des éducatrices de jeunes enfants, une éducatrice spécialisée, une secrétaire médicale et un cadre de santé. L'équipe est presque exclusivement féminine à l'exception d'un psychologue.

L'unité se compose d'une grande pièce de vie, un espace ouvert comprenant une cuisine aménagée avec une grande table pour les repas thérapeutiques, ainsi que des tapis de sol et des jeux, entourés de canapés. Il y a à disposition également une salle de change et un coin dodo. L'unité comprend aussi trois salles avec des tapis au sol pour les groupes ou les séances de psychomotricité, deux bureaux de consultations, une salle d'attente, un secrétariat, un bureau de transmission, un bureau dédié à l'équipe mobile et une salle de réunion où se déroule la réunion de synthèse chaque semaine.

Dans ce mémoire, je vais souvent employer le mot « dyade ». D'après le CNRTL, une dyade signifie « réunion, groupe de deux éléments solidaires ». Je regroupe sous ce terme la mère et l'enfant. Au cours de mon stage, j'ai travaillé uniquement sur ce lien. Je n'aborderai donc pas la relation avec le père, qui peut cependant être une figure d'attachement essentielle au bon développement de l'enfant.

I. Théorie des enveloppes

Tout au long de ce mémoire, je vais fréquemment aborder la notion d'enveloppe. Il me paraît nécessaire de commencer par définir au mieux ce terme. L'étymologie du mot « enveloppe » est assez incertaine. Nous allons partir de notre intuition pour y voir plus clair. Couramment, nous pensons à l'enveloppe postale. Elle renferme une information précieuse, un secret, une bonne ou une mauvaise nouvelle. L'enveloppe est alors à penser comme un secret contenu en son enceinte. De façon plus générale, je dirai qu'une enveloppe peut se définir comme entourant un espace, délimitant ainsi un espace intérieur et un extérieur.

1. La peau, limite entre intérieur et extérieur

L'enveloppe selon D. Houzel est « *ce qui entoure complètement un espace et qui, de ce fait, contient tout ce qui se trouve dans cet espace, qui est ainsi fermé* » (2010, p.9). Il décrit ensuite l'enveloppe cutanée qui, « *peut s'ajuster exactement à l'objet qu'elle entoure, elle peut même être une couche différenciée de cet objet* » (Houzel, 2010, p.9). Il explique ensuite que toutes les enveloppes ont en commun « *la notion d'une limite entre un dedans et un dehors, entre ce qui est contenu à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur d'un espace donné* » (Houzel, 2010, p.9). Donc, la peau, enveloppant tout le corps, serait à l'origine d'une enveloppe corporelle délimitant un intérieur et un extérieur, une enveloppe physique.

2. Construction du Moi à partir de l'enveloppe psychique

Pour D. Anzieu, dans *Le Moi-Peau*, l'enveloppe ne se limite pas à la configuration d'un contour. Il explique que « *l'entourage maternant est appelé ainsi parce qu'il « entoure » le bébé d'une enveloppe externe faite de messages et qu'il s'ajuste avec une certaine souplesse, en laissant un écart disponible, à l'enveloppe interne, à la surface du corps du bébé, lieu et instrument d'émission de messages : être un Moi, c'est se sentir la capacité d'émettre des signaux entendus par d'autres* » (Anzieu, 2006, p.84). Le bébé construit son enveloppe psychique dans la relation à l'autre. Les parents laissent suffisamment de place à l'enfant pour qu'il puisse développer sa propre individualité dans un environnement sûr où ils vont venir répondre à ses demandes. D. Anzieu explique que « *cette enveloppe sur mesure achève d'individualiser le bébé par la reconnaissance qui lui apporte la confirmation de son individualité : il a son style, son tempérament propre, différent des autres sur un fond de ressemblance. Être un Moi, c'est se sentir unique* » (2006, p.84). L'enveloppe psychique et le Moi se construisent sur les expériences corporelles de l'enfant. D. Anzieu reprend la pensée de S. Freud, « *il précise de quelle expérience corporelle provient spécifiquement le Moi : l'enveloppe psychique dérive par étayage de l'enveloppe corporelle* » (2006, p.106). L'enfant se reconnaît comme différent de l'autre, goûte à des expériences diverses et ainsi, élabore son unité psychocorporelle.

3. La fonction de contenance de l'enveloppe

A. Ciccone, nous parle de la fonction de l'enveloppe. Pour lui, « *l'enveloppe n'est pas un objet psychique en soi, ni même une instance. L'enveloppe psychique est avant tout*

une fonction, assurée par un certain nombre de processus. » (2001, p.81). La fonction de l'enveloppe, d'après A. Ciccone, serait une fonction de contenance. L'enveloppe permettrait à la fois de contenir et de transformer simultanément. Il précise que « *l'enveloppe résulte de l'intériorisation de l'objet contenant ou de la fonction contenant de l'objet.* » (2001, p.92). Le bébé intériorise en lui certains objets dits contenant ou leurs fonctions. Cela demande que l'objet contenant soit de bonne qualité comme lors d'un bon portage ou d'un bon soutien. L'objet doit répondre aux besoins de l'enfant et les faire évoluer. Pareillement, il le protège. Il permet à l'enfant de faire de nouvelles expériences, notamment en le sollicitant, en le stimulant vers l'extérieur.

4. Le rythme

Le rythme participe à la construction du sentiment d'enveloppe par sa fonction de contenance. Il donne une impression de continuité. Le rythme relationnel entre le parent et l'enfant est nécessaire à l'accordage. Il se traduit par le rythme de veille-sommeil, le rythme des repas mais aussi le rythme du bercement. Le parent va faire preuve de beaucoup d'attention afin de s'accorder à son propre rythme et à celui de son enfant. Ainsi, l'objet contenant (le parent) donne une rythmicité aux expériences de l'enfant. Progressivement, il intègre les rythmes et peut anticiper les expériences sans se désorganiser.

5. L'enveloppe psychocorporelle

Le terme d'enveloppe psychocorporelle me semble approprié pour témoigner au mieux de l'étayage corporel de la psyché dans le développement du sujet. Je trouve que ce terme est le plus proche de notre pratique psychomotrice. Il pourrait être pensé comme un item psychomoteur à part entière. L'enveloppe psychocorporelle de l'enfant se construit progressivement dans la relation à l'objet contenant, c'est-à-dire à la figure d'attachement, très souvent la mère. Les personnes prenant soin de l'enfant vont répondre à ses besoins de base, mais également à ses besoins affectifs avec une certaine rythmicité. Le portage, par sa fonction contenante et son rythme, est au cœur de l'intégration de l'objet contenant. Ce vécu corporel contribue au remaniement de l'appareil psychique du bébé lui permettant progressivement une construction harmonieuse de ses enveloppes.

L'étude du concept d'enveloppe psychocorporelle m'amène à penser ma clinique avec un regard nouveau. Tout au long de mon mémoire, nous verrons comment les outils du psychomotricien permettent un travail d'aide à la mise en place d'une enveloppe. Je vais maintenant vous parler de ma clinique en psychiatrie périnatale et plus particulièrement de Madame S. et d'Emma.

II. Partie clinique : Madame S. & Emma

1. Première rencontre

Je rencontre Madame S. un jeudi matin fin octobre. Nous ne recevons que deux dyades ce matin là, Madame B. avec Lounès et Madame S. avec Emma pour leur premier jour. Madame S. est assise à la table de la cuisine, dans une posture d'affaissement. Je me présente à elle. Elle me regarde, les yeux cernés et le regard implorant. Elle a le teint gris, de grands yeux marrons et de longs cheveux noirs attachés grossièrement dans son dos. Elle paraît épuisée et douloureuse. Elle boit une tisane que les soignantes lui ont proposé en arrivant. Je ne vois sa fille nulle part. Je me prépare un thé en l'écoutant échanger avec une puéricultrice. Installée face à elle, j'observe Madame S. qui se tortille sur sa chaise, les mains coincées entre les cuisses. Elle nous pose des questions sur l'unité avec un regard vide, un visage amimique et une voix plutôt grave et ferme qui dénote avec sa posture effondrée. Cette mère me touche, elle paraît en grande difficulté, perdue. Des gémissements se font entendre du local à poussettes. Madame S. se lève hâtivement, en prenant appui de toutes ses forces sur la table. Elle marche en boitant de sa jambe gauche et en se frottant la fesse. Elle nous dit « la petite a dû se réveiller ». Elle revient en portant sa fille sur son bras gauche. Le portage a l'air incertain, maladroit. Emma gesticule dans ses bras, grimace. Madame S. ne porte pas de regard sur sa fille et ne lui parle pas. Une des puéricultrices lui propose de garder Emma le temps qu'elle puisse aller faire son admission au secrétariat de l'hôpital. La petite se rendort très rapidement, bercée par la marche, contenue dans les bras de la puéricultrice. Emma est un petit bébé aux traits fins, âgée d'un mois seulement. A son retour, Madame S. s'installe au sol, contre un pouf et semble épuisée. Elle baille et ferme les yeux par moment. Je m'installe près d'elle, lui demande si elle se sent fatiguée, si elle veut que les professionnelles prennent le

relais au réveil de sa fille. Elle me répond se sentir vidée et particulièrement douloureuse aujourd'hui. Je lui demande où se situe sa douleur. Elle m'indique de sa main droite son côté gauche : « tout mon côté gauche est en miettes, mon épaule, ma hanche et mon genou, il n'y a rien à faire ». Elle me raconte que ses douleurs découlent d'évènements différents de sa vie, l'handicapant toujours un peu plus. Elle me dit avoir l'impression que sa douleur n'est ni soulagée, ni entendue par les autres. Son mal est invisible mais je le devine dans son corps. Sa fille se réveillera quelques instants plus tard, se crispant, se tortillant dans tous les sens. Madame S. l'interprète comme de la faim. Elle se lève, non sans difficultés, pour lui préparer son biberon. Contre un pouf, nous l'aidons à s'installer, un coussin d'allaitement sur les genoux pour accueillir Emma. Madame S. peut reposer son bras tout en nourrissant sa fille. Elle introduit le biberon dans sa bouche puis regarde devant elle, les yeux dans le vide, pendant tout le temps de la tétée. Elle fait des pauses de temps en temps en disant à sa fille « Respire ! » tout en restant très amimique. Pour la faire roter, Madame S. prend l'enfant sous les aisselles, tend les bras devant elle, laissant la tête d'Emma tomber légèrement en arrière. Emma ne rote pas, elle regarde vers la lumière et la fenêtre. Madame S. replace sa fille contre elle. Elle paraît avoir des difficultés à la tenir, à la porter. Ses gestes sont brusques et maladroits, presque violents par moment.

Au moment du repas, Madame S. pose beaucoup de questions à Madame B. sur son fils « Est-ce qu'il mange bien ? Qu'est-ce qu'il mange ? ». Elle interroge les soignantes sur différents thèmes autour du bébé : l'alimentation, le change, le bain... Ses questionnements nous renvoient à une méconnaissance totale du développement de l'enfant et de ses besoins primaires. Je remarque que Madame S. se déprécie beaucoup. Elle nous affirme ne pas comprendre sa fille ou encore ne pas savoir s'y prendre. Elle met les soignantes dans une

place maternante, de savoir-faire. Elle a remarqué que sa fille s'était calmée dans les bras de la puéricultrice.

Après le repas, Madame S. me confie sa fille pour l'après-midi. Elle voudrait en profiter pour dormir un peu. Mes collègues l'installent sur un pouf, à moitié assise, avec deux bouillottes : sur sa hanche et sur son genou douloureux. Une des puéricultrices me guide dans l'emballage d'Emma et me la confie. Je la berce doucement tout en marchant. Emma a des difficultés à s'apaiser. Elle ouvre les yeux, les referme. Malgré mon regard sur elle, j'ai la sensation qu'elle ne me voit pas. Notre rencontre n'a pas lieu. Je lui parle, chantonne une comptine. De temps à autre, tout son corps se tend, son visage se crispe et elle ramène ses genoux sur son ventre en se tortillant. Dans les moments de relâchement, elle peut esquisser un sourire figé dans son « sommeil ». Prise dans un dialogue tonique, j'essaie de me détendre pour qu'elle puisse en profiter. Une de mes collègues nous installe confortablement sur un pouf. Je me réajuste dans le pouf, mon bassin et mon dos en enroulement, relâchés, les jambes repliées et les pieds bien au sol. Je me donne un maximum d'appuis. Je prends conscience de ma respiration et je la calme par de longues expirations. J'ajuste Emma sur mon ventre. Doucement, elle s'endort, bercée par ma respiration abdominale, me laissant pleinement son poids. L'apaisement d'Emma me permet de calmer mon propre rythme. Sa maman s'est également endormie à quelques mètres de nous.

Je me demande comment nous allons pouvoir soutenir cette mère, à la fois douloureuse et déprimée. Quel est son parcours ? Comment en est-elle arrivée là ? Quelle relation va-t-elle pouvoir offrir à sa fille ?

2. Anamnèse

a) Passé de Madame S.

Madame S. a 38 ans. Elle est originaire du nord de la France. Elle vient d'une famille très modeste, migrante d'Algérie. Elle a eu son bac avec mention TB et a fait des études en bio-informatique. Elle a pu ainsi être embauchée dans une grande entreprise où elle a travaillé pendant plus de 10 ans. Elle est en arrêt maladie depuis plusieurs mois et bénéficie d'une invalidité. Elle a développé une phobie professionnelle suite à des discriminations en lien avec ses problèmes de santé.

Madame S. n'a plus son père. Sa mère est cependant un soutien privilégié, elle habite dans le nord mais vient très souvent voir sa fille. Madame S. entretient avec sa sœur une bonne relation. Elle est mariée depuis 5 ans. Son mari est présent, il la soutient beaucoup et paraît être source de stabilité pour elle.

b) Antécédents médicaux

A propos des antécédents somatiques, Madame S. présente de fortes douleurs chroniques. Elle a eu une luxation congénitale de la hanche gauche qui lui a valu d'être plusieurs fois opérée. A 5 ans, elle aurait été traumatisée par la séparation avec ses parents lors du transfert vers le bloc opératoire. Elle a toujours gardé des séquelles de cette opération, des séquelles physiques mais aussi des séquelles psychologiques avec de fortes angoisses d'abandon. De plus, Madame S. a eu une névralgie cervico-brachiale qui n'a pas été soignée

pendant plus d'un an ce qui a fortement abîmé le nerf. Une rupture des ligaments croisés du genou gauche n'a également pas été prise en charge. Devant ce manque de soins, je me questionne sur la préoccupation de ses parents à l'égard de sa santé. Aurait-elle subi de la maltraitance enfant ? Peut-être sous la forme de négligence ?

Sur le plan psychiatrique, les troubles paraissent anciens et complexes. Ils seraient apparus pendant les études de Madame S. sous forme de dépressions récurrentes. Un doute sur une bipolarité aurait été mentionné pendant cette même période. Madame S. présente une personnalité complexe, obsessionnelle, très anxieuse, parfois évitante et dépendante. Elle présente des phases de repli et d'effondrement. Elle a fait plusieurs passages à l'acte avec une prise de médicaments et a été hospitalisée en psychiatrie plusieurs fois il y a dix ans. Elle aurait fait notamment une décompensation psychotique qui a nécessité une contention et une hospitalisation sous contrainte. Depuis, elle est suivie en libéral par son psychiatre. Elle est très investie dans cette prise en charge mais refuse une hospitalisation en psychiatrie malgré les recommandations du médecin. Elle a eu de nombreuses séquences de traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur avec une efficacité partielle. Actuellement, elle accumule les traitements antalgiques et les antidépresseurs, sans trop de résultats pour le moment.

c) *Grossesse et naissance d'Emma*

Madame S. et son mari étaient entrés dans un parcours de Procréation Médicalement Assisté (PMA) suite au diagnostic d'une endométriose sévère chez Madame S. Elle s'est retrouvée spontanément enceinte juste avant la réimplantation des ovocytes. Devant les

difficultés de la grossesse, le psychiatre de Madame S. a fait une demande d'admission pour une unité mère-bébé. En effet, Madame S. est tombée enceinte dans un moment important de sa carrière. Elle était sur le point d'obtenir une promotion suite à un projet qu'elle aurait beaucoup investi. Elle dit : « j'ai tout perdu à cause de ça ! ». La grossesse est alors difficile à accepter pour elle et est source de beaucoup d'angoisses. Le psychiatre qui la suit depuis ces hospitalisations parle d'épisodes et d'états de déréalisation, de dépersonnalisation pendant la grossesse. Elle aurait eu un rapport douloureux avec ce corps délirant, pouvant dire : « le bébé joue avec mon kyste et ma vessie » ou encore « il est étouffé dans mon utérus ». Elle n'a aucun plaisir concernant la naissance, bien au contraire. Elle a peur qu'une fois l'enfant présent, il pleure et qu'elle ne puisse pas répondre à ses pleurs. Elle sait que le bébé est là mais elle ne l'éprouve pas. Elle a extrêmement peur et ressent cet enfant comme un étranger. Madame S. se raccroche aux éléments concrets de la grossesse : liste de choses à acheter, à faire, échographies, rendez-vous. Elle présente également pendant cette période des troubles du sommeil ainsi que des troubles de la mémoire.

Emma est née le vingt-huit septembre 2019, à la maternité de l'hôpital où j'effectue mon stage. L'accouchement par voie basse s'est bien passé dans l'ensemble mais Emma a été sortie à l'aide des ventouses. L'accouchement aurait été peu douloureux pour Madame S. Emma a eu un syndrome de sevrage causé par tous les médicaments que Madame S. a pris pendant la grossesse. A la naissance et devant la détresse de Madame S. face à sa nouvelle maternité, une proposition de temps plein dans un hôpital du département leur sera proposée. Le couple refuse, souhaitant ne pas être séparé. Ils seront alors accueillis par l'Unité de Psychiatrie Périnatale en consultation puis la dyade en accueil de jour deux fois par semaine au départ.

3. Compte rendu de bilan

Fin novembre, nous accueillons Madame S. et Emma en séance individuelle avec ma maître de stage. Nous proposons à Madame S. un bilan psychomoteur pour Emma. Ma maître de stage étant formée au bilan sensori-moteur de A. Bullinger, certains items de ce bilan ont pu être proposés.

Lors du bilan, ma maître de stage s'installe face à Emma, au tapis. Madame S. s'assoit sur une chaise en hauteur, un peu en retrait, l'interne de l'unité se place au fond de la pièce en tant qu'observatrice et je filme. Le bilan va nous permettre de voir où en est Emma dans son développement mais surtout de travailler sur la relation mère-enfant qui est notre principal axe thérapeutique. Nous allons être attentives à la place que prend Madame S. auprès de sa fille. Les conclusions de ce bilan seront affinées lors de séances ultérieures. Je vous propose de découvrir ci-dessous le compte-rendu d'observations psychomotrices du bilan d'Emma, âgée de deux mois.

◆ Développement posturo-locomoteur

- *Décubitus ventral* :

Emma accompagne le mouvement sur le côté et se laisse aller sur le ventre. Elle ne dégage pas encore son bras et ne relève pas sa tête. Elle tolère la position quelques instants. Elle peut passer du côté au dos sans aide.

- *Décubitus dorsal* :

Sur le dos, Emma présentait une extension droite de la nuque. Elle est allée deux fois chez l'ostéopathe pour un torticolis, causé par les ventouses à sa naissance. Depuis, l'extension

de la nuque entraîne moins d'extension du tronc en « banane ». Les rotations droite et gauche s'opèrent plus facilement ce qui favorise l'entrée en relation avec l'autre. Emma présente une bonne flexion de hanche et de belles postures asymétriques. Elle met en mouvement ses membres dans tous les plans de l'espace, dans des mouvements parfois complexes. Ses gestes sont fluides. La psychomotricienne lui mobilise ensuite le bassin en glissant une main en dessous, Emma se laisse entraîner sur son côté gauche. Ses mains se rejoignent vers la zone orale.

- *Tonus :*

Son tonus est plutôt adapté à deux mois dans des moments au tapis. Dans le portage, Emma peut présenter une hypotonie globale accentuée par des inconforts somatiques et psychiques venant d'elle ou de sa mère.

- ◆ **Coordinations manuelles**

Emma met ses mains à la bouche mais ne les regarde pas. Elle nous montre une préhension au contact mais ne ramène pas l'objet dans le champ visuel.

- ◆ **Langage**

- *Echanges visuels :*

Emma regarde un peu sa mère ou ma maître de stage mais ne tient pas longtemps. Très vite son regard se porte ailleurs sur son environnement. Elle donne l'impression de regarder plus facilement une personne debout, loin d'elle que quelqu'un se trouvant à proximité.

- *Echanges vocaux :*

Emma peut nous montrer de belles vocalisations.

- ◆ Motricité spontanée

Après l'avoir déshabillée, nous laissons Emma bouger librement sur le tapis pendant trois minutes. Elle met tout son corps en mouvement, dans tous les plans de l'espace. Elle passe d'une posture asymétrique à une autre en retrouvant de temps en temps une posture symétrique qu'elle garde quelques secondes. Sa tête a du mal à tourner à droite.

- ◆ Comportements pendant l'examen, communication

Emma présente un retrait relationnel malgré une bonne poursuite visuelle. Son regard est « à côté » de nous. Elle paraît très intéressée par les lumières et regarde beaucoup le plafond. Elle peut sourire mais de façon non adressée. Tout au long du bilan, ma maître de stage parle à Emma. Elle la suit du regard mais décroche de temps en temps pour regarder ailleurs.

- ◆ Interactions parents-bébé

Pendant tout le bilan, j'observe peu d'interactions entre Emma et sa mère. Emma tourne quelquefois la tête vers elle. Madame S. sourit en regardant sa fille jouer. Elle ne s'adresse pas à sa fille mais verbalise beaucoup à son sujet.

- ◆ Observations de Madame S. pendant la passation

Pendant toute la durée du bilan, Madame S. nous pose des questions. Elle s'intéresse aux compétences de sa fille et l'observe attentivement. Madame S. nous demande si tout est normal, elle trouve qu' Emma ne regarde pas beaucoup en haut à droite. Elle a emmené sa fille chez l'ostéopathe à deux reprises. Elle nous montre ainsi qu'elle se préoccupe de la santé

de sa fille. Elle a remarqué que sa fille se calme à la vue du biberon et qu'elle semble apprécier quand elle lui souffle sur le visage. Pendant ce bilan, il lui a été possible de nous dire ce qu'elle voyait d'Emma et nous donner des informations sur son comportement à la maison. Ses observations sont fines et confirment ses capacités à être vigilante à ce que nous montre Emma. Elle peut nous exprimer ses peurs, peur de ne plus pouvoir porter sa fille quand elle va grandir, peur de ne pas savoir répondre à ses pleurs, peur qu'elle ait mal. Madame S. nous dit qu'elle projette beaucoup sur Emma ses propres douleurs.

◆ Sensorialité

Au niveau sensoriel, nous avons pu relever plusieurs informations sur le fonctionnement d'Emma. Concernant la **modalité auditive**, Emma n'est pas réceptive aux signaux auditifs présentés (bips, hochet, castagnette). Ma maître de stage présente une sonnette (bip) hors du champ visuel d'Emma, près de son oreille. Emma ne semble pas réagir, elle sourit mais ne tourne pas la tête en direction du stimulus auditif. Nous observons la même chose des deux côtés. L'essai avec une maraca aux sons doux ne change rien. Elle ne montre pas de signes d'alerte, ni d'orientation. Ma maître de stage lui propose deux boîtes de cachou identiques devant elle. L'une des boîtes émet un son tandis que l'autre est vide. Elle secoue les deux boîtes devant elle en les éloignant l'une de l'autre. Emma suit des yeux la boîte faisant du bruit. Devant cette observation, je me dis que la bimodalité auditive et visuelle permet d'améliorer les réactions d'alerte et d'orientation chez Emma.

Au niveau de la **modalité visuelle**, Emma suit bien la boîte à fente dans toutes les directions sauf en haut à droite (peut être en lien avec son torticolis). Elle suit du regard les panneaux vichy à droite et à gauche tout en mobilisant son bassin en enroulement.

Au **niveau tactile**, Emma ne présente pas d'irritabilité. Elle ne réagit pas beaucoup aux différentes textures proposées. Ma maître de stage propose de l'air à l'aide d'une pompe. Emma semble apprécier, elle sourit. La présentation d'un pompon le long des jambes et sous la voûte plantaire la fait réagir. Elle esquisse un sourire, regarde vers le bas, accentue les flexions et extensions des membres inférieurs et j'observe une légère élévation de son tonus. Nous finissons le bilan par le passage des baguettes sur les bras et les jambes d'Emma. Elle ouvre les doigts et saisit les baguettes. Au niveau des pieds, on peut observer une extension des orteils puis une flexion autour des baguettes.

En ce qui concerne la **proprioception**, Emma est réceptive aux percussions osseuses proposées sur le thorax. Elle sourit et regarde intensément ma maître de stage.

Plusieurs problématiques ressortent du bilan d'Emma. Tout d'abord, Emma présente peu de signes d'alerte et d'orientation. Les flux sonores ne sont pas traités. Cependant, avec une bonne installation, Emma semble écouter la personne qui lui parle. Elle présente un profil sensoriel qui semble s'axer sur le versant de l'hyposensibilité. Ma maître de stage et moi-même nous inquiétons également sur les possibilités pour Emma d'appeler ou de relancer l'interaction, elle paraît très passive et en repli sur elle-même. Elle pleure peu et ne cherche pas l'adulte du regard.

Il me semble important de pouvoir donner à Emma les appuis dont elle a besoin. Ainsi, j'émetts l'hypothèse qu'une mise en forme du corps par une stabilité posturale lui permettra d'entrer en relation avec l'autre. Au cours de ce mémoire, je décrirai le travail

thérapeutique qui a pu être entrepris avec Madame S. et Emma autour du portage et de la fonction d'enveloppe dans différents temps de soin.

Pour comprendre ce qui se passe dans les dispositifs mis en place pour Emma et sa maman, je vous propose de faire d'abord un détour par des concepts théoriques de périnatalité. Ces concepts vont nous permettre de comprendre l'importance du travail sur le lien mère-enfant et de mettre en lumière les enjeux de la prise en charge de Madame S. et d'Emma.

III. Apports théoriques autour de la périnatalité

Le bébé se construit à partir d'enveloppes sensorielles dès la vie intra-utérine. A la naissance, le toucher permet à l'enfant d'accéder à un premier mode de communication avec sa mère au travers du dialogue tonico-émotionnel. Dans les premiers temps de son développement, le bébé a besoin de sa mère. Elle doit pouvoir répondre à ses besoins et lui donner toute la nourriture affective nécessaire. De la proximité entre la mère et l'enfant découle la construction des liens d'attachement. Le bébé et la mère se retrouve dans une relation de dépendance partagée qui, si tout se passe bien, amènera progressivement l'enfant à se séparer sereinement.

1. Grossesse et enveloppes sensorielles

Compte tenu du bilan d'Emma, je me questionne sur l'importance de la sensorialité dans le développement du bébé. Est-ce que la sensorialité naît avec l'enfant ? En quoi les flux sensoriels construisent-ils une enveloppe pour le fœtus ?

Une grossesse dure en moyenne quarante semaines d'aménorrhée. Pendant ces quarante semaines, le fœtus va se développer, appuyé contre la paroi utérine de sa mère. Il se construit progressivement anatomiquement et physiologiquement. Ses systèmes d'organes se forment et grossissent jusqu'à la naissance. *« Les bébés sont compétents bien avant de naître. Ils sont équipés d'une organisation neuropsychologique qui les rend aptes, avant toute expérience, avant tout apprentissage, à percevoir, traiter et structurer les informations*

venues de leur environnement. » (Cyrulnik, 2003, p.30). Pendant les neuf mois de grossesse, le fœtus développe ses cinq sens. Il baigne dans une enveloppe sensorielle. Le toucher est le premier sens à se mettre en place autour de deux mois de vie intra-utérine. Les récepteurs tactiles tapissent d'abord toute la zone orale. Ils vont ensuite s'étendre aux mains, aux pieds puis à tout le corps du fœtus. Ce sont les mouvements du fœtus et de la mère qui alimentent ce sens, provoquant des contacts répétés entre la peau du fœtus et la paroi utérine. En fin de grossesse, le fœtus a moins de place, ses mouvements d'extension sont ramenés en flexion par l'enveloppe utérine (Bullinger, 2015). Au moment de l'accouchement, la paroi utérine se contracte, massant le corps du bébé jusqu'à sa naissance.

Le système vestibulaire s'établit progressivement en lien avec les mouvements que captent l'oreille interne du fœtus. Les mouvements de la mère et les mouvements du fœtus dans le liquide amniotique viennent renseigner ce sens.

Le goût et l'odorat sont stimulés par le liquide amniotique qui remplit les cavités nasales et orales. Ces systèmes seront matures au début du deuxième trimestre de grossesse. Le fœtus goûte et sent par le liquide amniotique l'alimentation maternelle. A la naissance, des études ont montré que le nourrisson s'oriente vers la tétine contenant l'odeur du liquide amniotique de sa mère plutôt que vers une tétine témoin (Schaal & Soussignan, 2001).

L'ouïe se développe au dernier trimestre de grossesse. *« Il existe donc un univers sonore dans l'utérus des femmes enceintes. Le bébé reçoit ces bruits organisés sous forme de sonorités traduites en pressions contre son corps et contre le liquide de son oreille interne. »* (Cyrulnik, 2003, p.38). Le fœtus entend les bruits des activités cardio-vasculaires et digestives

de la mère. Il entend également sa voix et les sons extérieurs suffisamment intenses. « *Le bébé dans l'utérus établit avec la voix de sa mère une relation privilégiée* » (Cyrulnik, 2003, p.38). La vision quant à elle ne devient mature qu'après la naissance. Il faudra attendre cinq mois pour que le bébé voit comme l'adulte. A la naissance, le nourrisson ne voit qu'à trente centimètres de distance, il ne fait pas encore l'accommodation.

Toutes les expériences sensorielles *in utero* participent à construire une enveloppe contenant et sécurisante, propice au bon développement du bébé dans son milieu. Pendant les neuf mois de grossesse, le fœtus a développé un véritable dialogue avec l'enceinte utérine. Ce dialogue tonique, accompagné d'un bain sensoriel, permet une première relation entre la mère et son enfant. A la naissance, le bébé cherchera ce contact utérin, cette enveloppe qu'il aura perdu. Le bébé reconnaît l'odeur et la voix de sa mère, distingue vaguement un visage. Par le traitement de l'information sensorielle, le nourrisson montre des compétences de base lui permettant d'être en relation.

« 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, notre premier habitat aquatique, pour tomber dans le monde aérien et social. Mais ce n'est pas le premier jour de notre vie. C'est un déménagement écologique. En changeant de milieu, le jour de notre naissance on emporte avec nous nos premiers modes de communication, nos canaux sensoriels qui, déjà dans l'utérus, nous avaient permis de nous familiariser avec une sensorialité sonore, odorante et caressante venue du monde maternel. » (Cyrulnik, 2003, p.46).

Avec la naissance, le bébé plonge dans un monde qui lui est inconnu. La mère est son seul repère intériorisé *in utero*. Le peau à peau puis le dialogue qui s'établit entre la mère et l'enfant à travers le tonus et les émotions se substitue l'écrin utérin.

2. Je te touche, tu me touches

a) *La peau et le toucher*

La surface de notre peau comporte de très nombreux récepteurs sensoriels recevant des stimuli de différentes sources : chaleur, froid, douleur, contact. Ces messages sensitifs seront ensuite transmis à notre cerveau. Le sens du toucher est le premier sens à se mettre en place dans l'embryogenèse et est également le dernier à disparaître. « *C'est le premier-né de nos organes, et le plus sensible. C'est notre premier mode de communication, et la plus efficace de nos protections.* » (Montagu, 1979, p.11). Dans son livre *La peau et le toucher, un premier langage*, A. Montagu évoque quatre fonctions de la peau. La peau est en premier lieu un organe sensoriel. Elle a un rôle de protection du corps contre les agressions extérieures et permet au corps de réguler sa température. Pour finir, elle a un rôle important dans le métabolisme des réserves de graisses, de l'eau et du sel. A la naissance, la peau va devoir s'adapter à un nouvel environnement, plus complexe et plus variable que celui intra-utérin : pollution, virus, bactérie, pression... A. Montagu explique que « *le développement plus ou moins précoce du système nerveux de l'enfant dépend en grande partie des stimulations tactiles qu'il reçoit* » (1979, p.145). Il expose ainsi l'importance d'être porté dans les bras. Pour lui, le toucher est une base essentielle au bon développement de l'enfant et à son

sentiment de sécurité. Par le toucher, la mère parle à l'enfant et celui-ci y répond par des variations toniques. D. Anzieu affirme que la peau « *est un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations significatives* » (2006, p.61). Une communication infra-verbale se met en place, renforcée par le dialogue tonico-émotionnel.

b) Le dialogue tonico-émotionnel

Nous venons de voir en quoi le sens du toucher est primordial dans la relation. Par le toucher, un dialogue s'établit, le dialogue tonico-émotionnel. Afin de nous familiariser avec cette notion, je décrirai dans un premier temps le terme de tonus.

Le tonus peut se définir comme « *l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique (la tension augmente mais pas la longueur) est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales.* » (Jover, 2000, p.17). Le tonus soutient nos mouvements, nos postures et nos attitudes mais également nos émotions et notre vie affective.

H. Wallon est le premier à évoquer le lien entre le tonus et l'émotion. Dans *les origines du caractère chez l'enfant*, il affirme que « *l'émotion, quelle que soit sa nuance, a toujours pour condition fondamentale des variations dans le tonus des membres et de la vie organique* » (Wallon cité dans Corraze, 2007, p.71). Il observe notamment le dialogue infra-verbal qui s'établit entre la mère et le bébé. Le tonus de chaque partenaire en relation se

modifie selon le tonus de l'autre, entraînant des ajustements toniques, à l'origine d'une communication émotionnelle.

S'appuyant sur les travaux de H. Wallon, J. de Ajuriaguerra développe : « *la préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive dans tout le développement ultérieur du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude du dialogue verbal ultérieur que l'un de nous a appelé le "dialogue tonique"* » (1962, p.193). L'enfant dans la relation fusionnelle à sa mère lui communique ses besoins par des variations toniques. Ces messages seront ensuite traduits par le corps de la mère qui y répondra. Les messages tonico-émotionnels se trouvent partagés entre la mère et l'enfant (Corraze, 2007). J. de Ajuriaguerra parle d'un « *dialogue tonico-émotionnel* ». Lors du portage, cette communication tonico-émotionnelle entre le bébé et la mère va être le fondement de l'enveloppe psychique du bébé dans son rapport à son corps et au corps de l'autre.

S. Robert-Ouvray nous rappelle que « *les variations de sa tonicité sont l'un des premiers éléments qui nous entraînent vers la compréhension de la vie psychique du bébé* » (2007, p.44). Le dialogue tonique serait le premier langage du bébé, seul langage lui permettant de transmettre ses états émotionnels. Quand Madame S. porte Emma, le dialogue tonico-émotionnel a beaucoup de mal à se mettre en place. Les mois passent, Madame S. trouve sa fille de plus en plus lourde et ne prend aucun plaisir à la porter. Emma s'effondre sur un versant hypotonique. Elle n'arrive pas à animer sa mère alors elle se retire de la relation. « *La vivacité ou l'apathie d'un bébé nous affecte différemment : un bébé mou, qui ne suit pas du regard ou qui le détourne trop rapidement, un bébé qui ne saisit pas les objets, qui n'entre*

pas en interaction, qui « file » entre vos bras quand vous le portez, soulève des sensations désagréables, d'inquiétude, d'angoisse, de rejet » (Robert-Ouvray, 2007, p.47). En fonction de l'identité tonique de l'enfant, notre plaisir à être en relation avec lui ne sera pas le même. Emma est un joli bébé mais elle n'entre pas dans les échanges que nous lui proposons. A force, il devient éprouvant pour moi de la solliciter. Des conséquences de cette « non rencontre » pourront impacter le développement de l'enfant et il faudra y être vigilant.

Le toucher ainsi que la qualité du dialogue tonico-émotionnel témoigne de l'importance d'un corps à corps dans la relation mère-enfant. La femme, devenue mère, s'adapte au mieux à son enfant au travers des interactions précoces.

3. Les interactions précoces

a) La préoccupation maternelle primaire

Pendant la fin de la grossesse et jusqu'aux premières semaines qui suivent la naissance de l'enfant, la mère se trouve dans un état psychique très particulier. D.W. Winnicott appelle cet état « *la préoccupation maternelle primaire* ». Cet état, proche de la psychopathologie, serait un état programmé biologiquement qui permettrait à la mère de mettre à disposition de son enfant son appareil psychique. Cette fonction repose sur la capacité de la mère à faire preuve d'empathie envers son bébé. « *Seule une mère sensibilisée de la sorte peut se mettre à la place de son enfant et répondre à ses besoins* » (Winnicott, 1956, p.45). Elle se retrouve en symbiose avec lui, répondant au plus près de ses besoins et pouvant s'identifier à lui. Elle incarne alors « *la mère suffisamment bonne* » décrite par D.W. Winnicott. Si tout se passe

bien, après quelques semaines, la mère va progressivement sortir de cet état pour se tourner de nouveau vers elle-même. « *Les mères ne s'en souviennent que difficilement lorsqu'elles en sont remises, et j'irais même jusqu'à prétendre qu'elles ont tendance à en refouler le souvenir* » (Winnicott, 1956, p.39). La préoccupation maternelle primaire est un état transitoire qui finit par être oublié. D.W. Winnicott explique que cette période singulière permet aux mères de mettre en place d'autres fonctionnements importants pour le développement de l'enfant.

b) Le Holding / Le Handling

Le « *holding* » se traduit en français par « maintien ». Ce terme désigne la façon dont la mère porte l'enfant physiquement et psychiquement. Les soins prodigués par la mère s'adaptent aux changements physiques et psychologiques de l'enfant et à ses sensibilités visuelles, tactiles, auditives, vestibulaires. Le « *holding* » remplit une fonction de contenance, comme la fonction d'enveloppe que nous avons vu précédemment¹. Il est un prolongement pour le bébé de la vie intra-utérine. La qualité du portage et sa régularité dans le temps donneront au bébé un sentiment de sécurité de base. Le « *holding* » « *aboutit pour lui à une délimitation du dehors et du dedans indispensable à son individuation* » (Houzel, 2010, p.90). La peau de l'enfant étaye l'émergence d'un Moi unifié. En se sentant porté et soutenu par la mère, l'enfant développe un sentiment de continuité d'existence, « *force du Moi* » pour D.W. Winnicott (Houzel, 2010).

Le « *handling* » se traduit par « manipulation » ou « maniement » et correspond à la manière dont la mère manipule l'enfant, c'est-à-dire lui prodigue les soins manuels : toilette,

¹ Cf. *supra*. I.3. La fonction de contenance de l'enveloppe, p.14.

habillage, caresses, toucher. Ces deux notions vont venir consolider la construction de l'enveloppe psychocorporelle du bébé. D.W. Winnicott nous explique qu'en cas de « *holding* » ou de « *handling* » maternel défaillant, le sentiment de continuité d'existence de l'enfant se fracture, s'interrompt. Face à ces discontinuités, l'enfant se retrouve confronté à des angoisses d'annihilation. C'est ce que D.W. Winnicott a désigné sous le terme d'« *agonies primitives* » provoquant « *un sentiment de ne jamais cesser de mourir* » pour l'enfant (Winnicott, 1956, p.45). Devant les difficultés de Madame S. à s'occuper de sa fille, je fais l'hypothèse qu'Emma se retrouve confrontée à des angoisses de ce type. Ainsi, son retrait relationnel important pourrait être signifiant de ce mal-être.

c) L'object presenting

« *L'object presenting* », terme décrit également par D.W. Winnicott, peut se traduire par « le fait de présenter l'objet ». Il désigne la manière dont la mère va présenter le monde à l'enfant. Ce terme désigne la capacité de la mère à mettre à disposition de l'enfant l'objet mais également d'amener l'enfant à découvrir son environnement, à l'extérieur de la dyade.

La préoccupation maternelle infantile, le « *holding* », le « *handling* » ainsi que « *l'object presenting* » de bonne qualité donnent au bébé toutes les chances de se développer harmonieusement, entouré par un environnement sécurisé. Le bébé grandit, construit ses enveloppes dans son rapport à l'autre.

4. La théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement de J. Bowlby « *postule que le lien de l'enfant à sa mère est le produit de l'activité d'un certain nombre de systèmes comportementaux qui ont pour résultat prévisible la proximité de l'enfant par rapport à sa mère* » (2002, p.247). Le bébé cherche sans cesse par des conduites innées à maintenir une proximité avec la figure maternelle. Pour J. Bowlby, ces conduites constituant l'attachement peuvent être classées en deux catégories : « *le comportement de signal* », qui permet d'amener la mère au bébé et le « *comportement d'approche* », qui a comme effet d'amener le bébé à sa mère. (2002, p.330). Ces comportements de signal peuvent être les pleurs, les sourires, le babillage ou encore, quand l'enfant sera plus grand, l'appel. Le comportement d'approche occasionne le mouvement inverse. Il peut s'agir du comportement de suivre la mère, en fonction des moyens de locomotion de l'enfant ou encore l'agrippement. Un autre comportement, difficile à classer sollicite pareillement les liens d'attachement entre la mère et l'enfant : la succion. Au-delà de son rôle nutritionnelle, la succion du mamelon donne à l'enfant un accès direct à sa mère. (Bowlby, 2002, p.335).

Pour J. Bowlby, le maintien d'une proximité entre la mère et l'enfant est primordiale. Chez les espèces animales, cette proximité accorde aux petits une protection en cas d'attaque d'un prédateur et lui permet d'avoir accès à de la nourriture. Ce sens inné n'a pas lieu d'être dans l'espèce humaine. La proximité de la mère prend alors une valeur psychique indispensable pour le bébé. « *Tant que la présence d'une figure d'attachement principale n'est pas menacée, ou au moins tant que l'enfant n'est pas très éloigné de cette figure, il se sent en sécurité* ». (Bowlby, 2002, p.285). L'existence constante de la mère permet au bébé de

développer un sentiment de sécurité interne. Ce sentiment de sécurité interne favorisera la construction d'une enveloppe contenant et durable pour l'enfant. Grâce à l'expérience d'un lien d'attachement de qualité, l'enfant va se sentir suffisamment en sécurité pour aller explorer le monde. L'attachement permet à l'enfant de se sentir aimé, protégé. Il peut ainsi développer ses capacités de socialisation et d'autonomie tout en revenant se blottir contre sa mère de temps en temps pour se réassurer.

Je peux donc en conclure que l'attachement entre la mère et son enfant favorise l'élaboration d'une enveloppe psychocorporelle par l'émergence d'un sentiment de sécurité interne.

5. Le Moi-Peau

D. Anzieu s'est inspiré de nombreux travaux pour construire son hypothèse du *Moi-Peau*. Il s'est notamment inspiré de la théorie de l'attachement de J. Bowlby. Pour D. Anzieu, la pulsion d'attachement, si elle est satisfaite suffisamment tôt, permet de donner une base à l'enfant sur laquelle le Moi-Peau va pouvoir se développer, permettant d'établir un fondement à la pensée (Ciccone, 2019). Pour formuler le *Moi-Peau*, D. Anzieu part du nourrissage. Il nous dit que le bébé vit pendant la tétée trois expériences simultanément. « *Celle d'un contact différenciateur par le mamelon dans la bouche et l'incorporation, celle d'un centre de gravité par la réplétion, et celle d'importantes stimulations tactiles par le fait d'être tenu, porté, serré contre le corps de la mère* » (Ciccone, 2019, p.167). Le sens tactile mis en jeu permet de satisfaire la pulsion d'attachement. Le bébé distingue entre lui et sa mère une surface

comprenant une face interne et une face externe. D. Anzieu parle d'une « *interface* », donnant un sentiment de contenance à l'enfant. Cette interface peut être pensée comme « *une peau commune* » entre la mère et le bébé. La mère se tient d'un côté tandis que l'enfant se tient de l'autre côté. Les échanges par cette peau commune entre la mère et l'enfant et entre l'enfant et les excitations exogènes, constituent progressivement une enveloppe psychique² à l'enfant et l'émergence du Moi (2006).

D. Anzieu parle également de trois étapes dans l'intégration du Moi-Peau. La première étape serait l'émergence d'un fantasme « intra-utérin » dans le psychisme du nouveau-né. « *Celui-ci nie la naissance et exprime le désir d'un retour au sein maternel, désir propre au narcissisme primaire* » (Ciccone, 2019, p.171). La deuxième étape serait celle que nous venons de voir précédemment à savoir le fantasme d'une « *peau commune* ». La mère et l'enfant se retrouvent dans ce que D. Anzieu (2006, p.85) a nommé « *la dépendance symbiotique mutuelle* ». Si l'enfant arrive à surmonter les angoisses liées aux fantasmes des deux étapes précédentes, il accède à un Moi-Peau qui lui est propre. La troisième étape consiste en un processus de double intériorisation : intériorisation « *de l'interface, qui devient une enveloppe psychique contenant des contenus psychiques* » (Anzieu, 2006, p.85) et intériorisation « *de l'entourage maternelle qui devient le monde intérieur des pensées, des images, des affects* » (Anzieu, 2006, p.85).

D. Anzieu décrit la structure de l'enveloppe psychique sous forme de deux feuillets superposés, un feuillet interne et un feuillet externe. Le feuillet externe a une fonction de pare-excitation. Il protège le feuillet interne contre les stimuli violents. Il reçoit les messages mais

² Cf. *supra*. I.2. Construction du Moi à partir de l'enveloppe psychique, p.14.

ne les garde pas. Le feuillet interne a une fonction d'inscription. Ce feuillet accueille sous forme de traces réversibles les informations transmises par le feuillet externe. Il adresse les traces des événements vécus à la mémoire et reçoit des événements de l'inconscient (Houzel, 2010). D. Anzieu parle de l'appareil psychique sous la forme d'un double feuillet du Moi. Il explique dans le *Moi-Peau* que l'écart entre les deux feuillets laisse une place au Moi pour se développer sereinement. Le feuillet externe permettra à l'enfant plus tard de pouvoir se replier sur lui-même, de ne pas communiquer tout le temps. Si le feuillet externe est trop envahissant, l'enfant se sentira étouffé par le Moi de son entourage. Si au contraire il est trop lâche, l'enfant manquera de densité (Anzieu, 2019). Notre rapport avec ces feuillets et leur construction va donc venir impacter d'une façon ou d'une autre, notre Moi et le fonctionnement de notre enveloppe psychique.

Après avoir traversé ces quelques notions théoriques de périnatalité, nous voyons plus clairement comment les enveloppes psychocorporelles se construisent depuis la vie intra-utérine jusqu'à la construction d'un double feuillet du Moi. En gardant en tête l'élaboration des enveloppes psychocorporelles de l'enfant, je vous propose de nous intéresser à la prise en charge de Madame S. et d'Emma où la question des enveloppes reste omniprésente. Pour cela, nous avons mis en place différents dispositifs thérapeutiques utilisés par le psychomotricien. L'objectif commun de ces dispositifs est de favoriser le lien mère-enfant ainsi que la prise de conscience des enveloppes chez la mère et l'enfant. Pour commencer, je présenterai des difficultés de la dyade pour mieux comprendre l'emploi de ces dispositifs.

IV. Les dispositifs thérapeutiques du psychomotricien

1. Les difficultés de Madame S. et d'Emma

Madame S. présente plusieurs difficultés dans son lien avec sa fille mais également des difficultés plus individuelles. Toute la journée, Madame S. oscille entre douleurs dépressives et corps douloureux.

J'ai pu observer que Madame S. se plaint souvent de son corps. Ce corps gauche douloureux de l'épaule au genou l'handicape dans sa vie de tous les jours. Elle me dit parfois que la droite la lâche aussi, partie compensatrice de ce côté gauche « à jeter ». Elle a la sensation de ne pas maîtriser son corps. Ses douleurs l'envahissent, l'empêchant d'être disponible pour sa fille.

Ses douleurs sont une grande source d'angoisses chez Madame S. Elles viennent la traverser et la submerger. Dans ces moments-là, Madame S. s'isole, se met en retrait. Quand ses angoisses sont en excès, elle part se réfugier dans une pièce seule, laissant sa fille aux professionnelles. Elle se met en position fœtale sur les tapis, se recouvre de couvertures et de manteaux, couche épaisse, redessinant un instant une enveloppe contenant et sécurisante. De part sa position et l'empilement de couches, j'ai le sentiment que Madame S. recherche une sensation qui relèverait de l'écrin utérin³. Elle me dit à plusieurs reprises se construire une bulle autour d'elle. Elle essaie de se reconstruire une enveloppe psychocorporelle à sa façon. Devant l'échec de ses tentatives, Madame S. a trouvé comme solution les médicaments,

3 Cf. *supra*. III.1. Grossesse et enveloppes sensorielles, p.29.

camisole chimique, lui redonnant temporairement une forme de contenance. Après une prise, elle s'endort dans un sommeil presque comateux, éloignée de ses angoisses et de ses douleurs.

Au sein de l'unité, Madame S. perd souvent son livre *Dans les eaux du Grand Nord*. Ce livre, un roman policier, parle d'un crime sur un baleinier en Arctique. Il me renvoie au vocabulaire que peut utiliser Madame S. pour évoquer son mal-être. Elle nous dit souvent se sentir seule, se laissant aller à la dérive, ne luttant plus. Elle reprend des images de piscine où elle se noie. Elle me dit un jour « je tends une main pour attraper la perche du maître nageur mais il me regarde et ne fait rien. Alors, je me laisse aller, j'attends, je dérive jusqu'à mon prochain point d'accroche ». Madame S. se perd, comme dans son livre, dans les méandres de la vie. Je me demande comment lui donner une borne d'amarrage, comment la raccrocher à sa fille.

Ses angoisses ont de lourdes conséquences sur son état psychique. Madame S. se culpabilise énormément. Elle se rend compte de ses difficultés à s'occuper de sa fille. Elle est prise par des angoisses d'abandon très envahissantes. Devant ses angoisses, je me questionne sur la qualité des liens d'attachement qu'elle a pu créer avec sa propre mère. Elle ne me paraît pas très sûre dans son rapport à elle-même et au monde qui l'entoure.

J'ai le sentiment que chez Madame S., douleurs et angoisses se confondent, s'intriquent. Elle présente une « étrangeté » au contact. J'ai la sensation que son vécu douloureux entraîne chez elle une représentation déformée du monde.

a) Le lien mère-enfant

Les différentes problématiques de Madame S. accentuent ses difficultés de communication avec sa fille. J'ai pris le parti de faire part de paroles, qui étaient difficiles à entendre pour l'équipe et pour moi-même de la part de Madame S. mais qui révèlent ses représentations. Elle nous les délivrait sans méchanceté, illustrant son vécu difficile avec Emma. Lors des premiers mois de sa fille, Madame S. trouvait sa fille « peu intéressante », « elle est mignonne mais je ne vois pas pourquoi on s'extasie devant elle » ou encore « on dirait un légume qui bouge ». Ses paroles, violentes, reflètent le mal-être de Madame S. Lorsqu'elle met en mots, Madame S. se rend compte de la dureté de ses paroles surtout dans ce qu'elle provoque chez l'autre, chez les soignantes. Elle nomme sa fille « la petite ». Elle ne l'appelle que rarement par son prénom et s'adresse peu directement à Emma. La communication est compliquée. Emma ne parle pas le même langage que sa mère. Le langage corporel, au travers du dialogue tonico-émotionnel⁴ que nous avons vu précédemment, se met difficilement en place. Il se traduit surtout dans le rejet et l'isolement de l'une ou l'autre. Sa fille ne lui renvoie pas un langage qu'elle peut comprendre. Madame S. ne semble pas pouvoir faire preuve d'empathie envers sa fille. La rencontre entre la mère et la fille n'a pas lieu. Le lien se tisse de temps en temps dans l'accompagnement de l'hôpital de jour avant de disparaître dès qu'une ancienne angoisse se réveille. Madame S. se trouve dans l'impossibilité de considérer son enfant comme un objet d'amour, ni comme un objet de relation. Les liens d'attachement ne peuvent se mettre en place. Madame S. s'isole dès qu'elle le peut tandis qu'Emma n'a pas trouvé de stratégie pour ramener sa mère près d'elle.

4 Cf. *supra*. III.2.b) Le dialogue tonico-émotionnel, p.33.

De son côté, Emma inquiète beaucoup l'équipe. Elle présente une importante perte relationnelle, reflet de ce lien mère-bébé fragile et peu construit. Emma peut regarder l'autre, esquisser un sourire quelques secondes avant de s'enfuir ailleurs. Il me semble que la discontinuité de Madame S. peut créer chez Emma des difficultés d'ajustement à l'autre.

Je me demande quel est mon rôle auprès de cette dyade. Comment travailler avec elles pour leur venir en aide ? Quels outils proposer pour que la rencontre puisse avoir lieu ? Pour que le lien se tisse ?

2. Le dispositif accueil de jour

Au début des consultations avec la pédopsychiatre de l'unité, un temps plein avait été proposé pour Madame S. et sa fille. Madame S. avait refusé, trouvant trop difficile de quitter son mari et sa mère. Il a été décidé qu'une hospitalisation de jour deux fois par semaine le jeudi et le vendredi serait profitable à la dyade. En effet, Madame S. ne se sentant pas de rester seule à la maison avec sa fille, l'hospitalisation de jour paraissait une bonne solution pour elle. Une visite à domicile a également été mise en place en courant d'année, tous les lundis. N'ayant pu y participer, je ne développerai pas ce versant de la prise en charge de Madame S. Cependant, certaines informations qui m'ont été transmises par l'équipe mobile m'ont permis de mieux comprendre la dynamique familiale et de mieux prendre en charge la patiente.

a) Présentation de l'accueil

L'hospitalisation de jour ou accueil de jour s'organise dans la pièce de vie de l'unité. Plusieurs professionnelles travaillent toute la journée sur l'accueil (le jeudi, il s'agit la plupart du temps de deux ou trois puéricultrices et de moi-même). Les dyades arrivent le matin à 9h30. Les professionnelles les aident à s'installer. Toute la journée, mères et enfants vont vivre ensemble dans cette grande pièce de vie, au rythme des bébés. La journée se déroule au fur et à mesure des disponibilités de chacun : jeux au tapis, sieste, repas, changes. Les professionnelles sont là pour aider les mamans, les accompagner dans les gestes, prodiguer des conseils. Parfois, les mères nous confient un moment leur enfant pour pouvoir se reposer sur un des canapés de la pièce ou manger à leur tour. Le repas des bébés a toujours lieu avant celui des adultes. Après leurs repas, une des professionnelles prend en charge les enfants, permettant aux collègues et aux mères de déjeuner toutes ensemble. L'accueil de jour finit à 16h30 avec le départ des mamans. Pendant ces journées, des groupes thérapeutiques peuvent être rajoutés pour certaines dyades ainsi que des consultations avec le médecin. Le jeudi, j'arrive dans l'unité vers 9h. J'ai une demi-heure pour échanger avec les professionnelles sur ce qu'il a pu se passer dans la semaine. Je m'informe également de l'absence ou de la présence des dyades du jour. A 10h30, après la séance de psychomotricité avec Madame S. et Emma, je rejoins les puéricultrices et les quatre dyades en accueil de jour.

b) La contenance de l'accueil de jour

L'accueil de jour est avant tout un lieu de vie. Il permet aux mères de se retrouver « comme à la maison » mais dans un groupe et dans un espace de soin. Elles ont leurs repères

et leurs habitudes dans l'unité. L'accueil leur permet d'échanger entre elles, de se conseiller mutuellement et d'instaurer un véritable soutien les unes avec les autres. J'ai ressenti une grande bienveillance entre elles. Elles se conseillent tout en restant humbles, conscientes de leurs propres difficultés et n'hésitent pas à demander l'avis des professionnelles. Les soignantes prennent part aux échanges ou écoutent d'une oreille attentive. L'accueil de jour est pensé également comme un lieu contenant, sécurisant, une véritable enveloppe sensorielle. La pièce est très colorée, il y a des décorations suspendues au plafond. Les tapis de sol et les modules, multicolores, accueillent de gros poufs verts, roses, bleus. Les jouets des enfants viennent alimenter ce bel arc-en-ciel. Les canapés entourent la pièce, sorte de peau contenant où on peut se réfugier en cas de fatigue. Des comptines et de la musique se font souvent entendre. Les mères passent le plus clair de leur temps dans cet espace. Elles peuvent également naviguer dans le reste de l'unité pour aller à la salle de change, au coin dodo ou encore simplement bercer leur enfant dans le couloir.

c) Les difficultés de l'accueil de jour

Pendant toute l'année, je me suis laissée imprégner par ce lieu de vie, j'ai observé la dynamique et l'organisation du groupe de l'intérieur. Le groupe d'accueil se constitue de ses différents membres. Chacun a une place bien précise : les soignantes, les mères et les bébés. Puis chaque soignante, chaque mère, chaque enfant, par sa propre subjectivité vient prendre une place particulière dans cette dynamique. Je reviendrai plus tard sur ma propre place dans ce groupe⁵. La difficulté du groupe d'accueil me paraît résider dans les actions de ses intervenants. En effet, les soignantes sont là pour observer, écouter, donner des conseils et

5 Cf. *infra*. V.1. Ma place de stagiaire, p.68.

soutenir le lien entre les mères et les enfants. Elles sont responsables du cadre et de la sécurité des patientes. Nous pouvons facilement entrer dans une dimension éducative et de conseil avec les mères qui peut être infantilisante dans ce rapport soignant-soigné. Je me suis interrogée sur l'infantilisation des mères. Parfois, j'ai trouvé difficile les propositions faites à Madame S. et pour autant le cadre reste essentiel à leur sécurité. Plusieurs fois, il est arrivé que Madame S. prenne des médicaments quand elle sentait ses angoisses monter. Les médicaments n'étant pas prescrits par l'unité, nous n'avions pas conscience des quantités qu'elle ingérait et quelles molécules elle prenait. Après plusieurs jours où Madame S. se retrouvait dans des états quasi comateux, la pédopsychiatre de l'unité a pris la décision que le traitement serait pris en charge par les infirmières du service. A partir de ce moment, Madame S. devait confier ses médicaments le matin aux infirmières et le leur demander si elle en ressentait le besoin.

Dans ce groupe, de nombreux mouvements ont lieu également du côté des mères. Certaines mères se rapprochent, d'autres s'éloignent. Des complicités se créent. Comme dans chaque groupe, il faut découvrir sa place et un équilibre, équilibre fragile à trouver quand on est soi-même en grande difficulté.

Une autre difficulté que peut représenter l'accueil de jour réside dans l'aménagement de son lieu de vie. Il se compose d'une grande pièce comprenant une cuisine aménagée ainsi que des tapis de sol entourés de canapés. Cette pièce donne accès à plusieurs salles de consultation. Les professionnelles qui ne travaillent pas dans l'accueil ce jour-là circulent derrière les canapés. Les familles accueillies en consultation contournent le lieu de vie tout en l'observant curieusement. Les professionnelles ont également un libre accès à la cuisine, lieu

convivial de l'unité. Le cadre se trouve être légèrement poreux et peut donner la sensation à certaines mères de ne pas être suffisamment contenues par ce dispositif.

d) Place de Madame U. dans le dispositif d'accueil

Pour illustrer la dynamique du groupe, je souhaiterai évoquer une autre patiente que je suis dans le service. Il s'agit de Madame U., maman d'un petit Colin âgé de 9 mois. Colin a fait beaucoup de reflux gastro-œsophagien plus petit. Il a été très douloureux et s'est construit sur un versant hypertonique. Madame U. a des antécédents de dépression et de troubles des conduites alimentaires. Elle a des difficultés à laisser Colin jouer sans elle et s'inquiète beaucoup dès qu'il s'éloigne. Madame U. est souvent dans des mouvements opposés avec son fils. Elle va le porter quand il part jouer à quelques mètres et elle peut également le poser en lui disant d'aller jouer mais en venant le récupérer très rapidement derrière. Au sein de l'accueil, Madame U. se présente toujours de bonne humeur, souriante. Elle crée du lien facilement avec les soignantes et les autres mères. Son humour rend les échanges agréables. Elle est toujours attentive aux besoins de son fils, elle les anticipe. Au regard des soignantes, elle apparaît comme une mère parfois ambiguë dans ses propositions mais très à l'écoute de son enfant. Elle reçoit les conseils que l'équipe lui donne et les applique.

e) Place de Madame S. dans le dispositif d'accueil

Madame S. prend une toute autre place dans le groupe d'accueil de jour. Elle est rarement souriante et se plaint souvent de ses douleurs et de ses angoisses. Elle a tendance à poser sa fille d'une façon plutôt violente avant d'aller se préparer une boisson chaude ou de

s'asseoir dans un fauteuil. Elle discute un peu avec les autres mamans, cherche le lien sans parvenir à le créer réellement. Dès qu'elle n'est pas en interaction avec quelqu'un, ses angoisses reprennent le dessus et elle se coupe rapidement du reste du groupe. Souvent après le déjeuner, Madame S. prend un médicament et s'endort profondément, attendant le départ de l'unité. Pendant mes échanges avec l'équipe, j'ai remarqué que les soignantes verbalisaient principalement les difficultés de comportement de Madame S. envers sa fille, mettant à distance ses troubles psychiques. L'équipe a l'impression que malgré les conseils donnés, Madame S. ne s'en saisit pas. La situation semble se figer. Je m'interroge sur l'effet contenant que peut apporter l'accueil « informel » à Madame S.

3. Le groupe massage

*« Ce qu'on a fait, lors de la naissance, il faut le répéter chaque jour,
pendant des semaines, pendant des mois.*

*Puisque, longtemps encore, le bébé, chaque fois qu'il se réveille,
éprouve le choc de retrouver le monde à l'envers :*

*les sensations fortes « dans » son ventre, son estomac,
et « au-dehors » plus rien !*

Il est essentiel de rétablir l'équilibre.

Et de nourrir le « dehors » avec autant de soin que le « dedans ».

*Pour aider les bébés à traverser le désert des premiers mois de la vie,
pour qu'ils n'éprouvent plus l'angoisse de se sentir isolés, perdus,*

il faut parler à leur dos,

il faut parler à leur peau

qui ont soif et faim

autant que leur ventre. » (Leboyer, 1976, p.21)

a) *Présentation du groupe massage*

Madame S. a très vite été proposée pour le groupe massage. Elle semblait être curieuse de découvrir ce nouvel espace. Le groupe massage a lieu de 14h00 à 15h15 dans une des salles de psychomotricité. Il est animé par une puéricultrice, ma maîtresse de stage et moi-même. Nous accueillons entre deux et quatre dyades ayant reçu une indication pour le groupe. Il peut s'agir de dyade de l'accueil de jour comme Madame S. ou alors de dyades venant seulement pour le groupe. Nous accueillons surtout des enfants de moins de six mois. Le groupe suit un rituel afin de garder un cadre contenant. En arrivant dans la salle, nous prenons un temps pour s'installer au sol, sur les tapis. Nous aidons les mamans à être confortables. Leurs bébés sont installés devant elles, sur une serviette. Nous proposons un premier temps d'échange afin que les mamans puissent nous raconter leur semaine et nous donner des nouvelles. Puis, nous chantons une chanson pour nous dire bonjour et si les enfants sont disponibles, c'est-à-dire dans un état d'éveil calme, le massage commence. Il s'agit d'un massage contenant où les mères vont appliquer des pressions sur différentes parties du corps de leur bébé à l'aide de leurs paumes. L'enfant est nu pendant le massage. Ce massage contenant permet de faire ressentir à l'enfant son enveloppe corporelle mais également de prendre conscience du volume de son corps, de son épaisseur et de son unité. *« Ces pressions sont un peu comme une continuité des pressions intra-utérines, rappelant l'enveloppe utérine et favorisant la sensation de globalité et de sécurité, alors que le nouveau-né est souvent exposé à l'angoisse de morcellement. Il est donc très important de masser toutes les parties de son corps, tout en privilégiant les parties qu'il apprécie particulièrement »* (Bourrier & Dubié, 2007, p.95). Nous commençons le massage souvent par les membres inférieurs, les pieds en premier puis

en remontant jusqu'à la hanche. Le massage se poursuit par le buste, les bras, la tête et le visage et enfin si l'enfant le permet, par le dos en le mettant en décubitus ventral. Au fur et à mesure des séances, les mamans peuvent proposer un massage de plus en plus complet en allant jusqu'à masser doigt par doigt, orteil par orteil. Pendant toute la durée du massage, nous invitons les mères à prendre conscience du rythme des pressions qu'elles exercent sur leur enfant. Elles peuvent notamment s'inspirer du rythme de la respiration de leur bébé pour s'aider. « *Le contenant s'exerce avant tout par le toucher lors des massages, mais il s'exerce aussi par le regard, la voix de la maman et les interactions avec son bébé.* » (Bourrier & Dubié, 2007, p.95). En effet, lors du groupe massage, nous essayons de limiter nos conseils et nos interactions avec les mamans. L'objectif étant de leur permettre de se créer une bulle avec leur enfant, propice à la complicité. Ce n'est pas toujours chose facile et nous les encourageons à verbaliser ce qu'elles voient et ressentent vis-à-vis de leur enfant. La fin du groupe se termine par un temps de verbalisation pour chaque maman autour de leur vécu du massage et par le rhabillage des enfants. Nous clôturons la séance par des chansons pour les bébés choisies par les mères et enfin par une petite comptine de départ.

b) Les objectifs thérapeutiques du groupe

Le groupe massage présente plusieurs intérêts thérapeutiques. Du côté des bébés, le massage permet de leur redonner des limites corporelles, de procurer une sensation de sécurité et d'unité. Il permet de favoriser une meilleure régulation tonico-émotionnelle. Du côté des mamans, le massage renforce également leur compétence à donner du bien-être à leur bébé. Il permet de développer le dialogue tonico-émotionnel entre maman et bébé par le toucher

pendant un temps privilégié⁶. Le « *handling* » maternel est au cœur de la pratique du massage, soutenant les interactions précoces⁷. C'est également un temps pour favoriser et renforcer les liens d'attachement⁸ et soutenir les mères dans leur maternité. Le groupe permet de faciliter les échanges entre les mères, de leur donner la possibilité de se conseiller et d'exposer leurs préoccupations pour leur bébé (pleurs, alimentation, fratrie, maladies, mode de garde) ou pour elles (isolement, dépression, reprise du travail).

c) Les membres et la dynamique de groupe

Le groupe a eu des difficultés à se constituer. En septembre, nous avons reçu une maman et son bébé sur deux séances, puis elle a été hospitalisée en psychiatrie. Madame S. a commencé le groupe seule au départ pendant plusieurs séances avant d'être rejointe par une deuxième maman, Madame D. et sa fille, Lina. Une troisième maman viendra quelques séances avant d'arrêter l'hôpital de jour suite à une reprise du travail.

Au départ, le groupe n'étant pas encore constitué, Madame S. venait seule avec Emma en séance. Plusieurs fois, Madame S. ne se sentait pas bien avant le groupe. Elle partait s'isoler, s'endormait profondément ou était prise par de fortes angoisses. Dans ces moments-là, elle nous disait qu'elle ne voulait pas venir au groupe et qu'elle voulait rentrer chez elle. Malgré ses difficultés à venir, une fois dans la salle, le dialogue pouvait être rétabli et la séance se déroulait sereinement. Madame S. demandait beaucoup d'étayage pendant le massage. Chaque semaine, nous lui montrions de nouveau comment le toucher se passait, par quelles parties du corps elle pouvait commencer. Elle commençait souvent par déshabiller

6 Cf. *supra*. III. 2. Je te touche, tu me touches, p.32.

7 Cf. *supra*. III. 3. Les interactions précoces, p.35.

8 Cf. *supra*. III. 4. La théorie de l'attachement, p.37.

Emma avant même que la porte ne soit fermée ou que chacune soit installée. Toute notre attention était portée sur elle et sa fille. Au niveau du toucher, Madame S. se trouvait être assez juste, elle nous répétait qu'elle aimait beaucoup elle-même toucher et être touchée. Son toucher était contenant, suffisamment fort et assuré. La communication entre Madame S. et sa fille est restée très pauvre, Emma ne semblait pas voir sa mère et Madame S. évitant de regarder et de parler à sa fille. Elle essayait quand même un peu devant nos sollicitations malgré un accordage difficile.

L'énergie du groupe a changé avec l'arrivée de Madame D. et de Lina. Madame D. est une jeune maman qui a été hospitalisée en psychiatrie suite à la naissance de sa fille pour une dépression du post-partum importante. Elle est en conflit avec son conjoint et ne s'attendait pas du tout à vivre ainsi sa grossesse. Elle a été séparée de sa fille les mois qui ont suivi sa naissance. Madame D. culpabilise beaucoup de ne pas avoir été là pour Lina et elle a l'impression que son mari a pris une place très importante auprès de leur fille. Malgré un peu de discontinuité dans la présence aux séances, Madame D. vient au groupe avec plaisir. Elle n'aime pas particulièrement le toucher, ne sait pas bien comment s'y prendre. Cependant, elle nous dit trouver le groupe bénéfique pour Lina. Les temps de verbalisation du début s'allongent, Madame D. dépose ses angoisses et nous donne des nouvelles d'elle et de Lina. J'observe beaucoup Madame S. pendant ces moments d'échange. Je pensais que peut-être il se rejouerait ici ce qui se jouait en accueil de jour, à savoir qu'elle s'enfermerait sur elle-même, dans ses angoisses, si l'attention n'était pas portée sur elle. A notre grande surprise, Madame S. ne se sent pas du tout mise de côté comme nous le pensions. Au contraire, elle se trouve être très à l'écoute de Madame D., faisant preuve d'empathie. Elle la rassure et lui donne des conseils. Elle se compare à elle avec bienveillance et essaie de la déculpabiliser en se prenant

comme mauvais exemple avec humour. Par ce biais, Madame S. nous montre qu'elle a bien conscience de ses difficultés et qu'elle peut aussi les mettre à distance au profit de la relation à l'autre. Une belle alliance a pu se créer entre ces deux mères, les aidant à surmonter les problèmes rencontrés dans la vie quotidienne.

Dans les dernières séances du groupe avant la fermeture de l'unité, Madame S. nous demande d'être installée autrement. Elle nous dit qu'il est toujours difficile pour elle de se baisser et de masser sa fille au sol. Nous lui proposons de s'installer sur une chaise face à une table. Pour plus de sécurité, un plancher Bullinger (avec des bords) est placé sur la table où ma maître de stage y dépose Emma. Madame S. fait preuve de beaucoup d'humour pendant cette séance, sourit à sa fille et fait des petits jeux avec elle pour la faire rire. Elle lui mordille les pieds en la regardant intensément ce qui fait éclater de rire Emma qui se met à la regarder davantage, attendant le prochain assaut. Madame S. nous demande moins de l'aider, elle sait par quoi commencer, elle prend également plus son temps. Depuis quelques semaines, Madame S. semble aller mieux, elle présente moins d'angoisses et de douleurs et paraît plus disponible pour s'occuper de sa fille et profiter de moments de complicité.

d) Notre rencontre par le toucher

Madame S. a pu me dire à plusieurs reprises au cours de mon stage qu'elle était quelqu'un de très tactile. Elle me dit prendre souvent sa famille dans ses bras, surtout sa mère, son mari et parfois sa fille. Pour moi, le toucher⁹ chez Madame S. s'est révélé très vite un outil

⁹ Cf. *supra*. III.2. Je te touche, tu me touches, p.32.

intéressant pour l'accompagner, notamment au vue de la défaillance de ses enveloppes psychocorporelles¹⁰. Un jour, par hasard, elle m'a donné la permission de la toucher.

Après le déjeuner, je cherche Madame S. pour le groupe massage. Aujourd'hui, elle est seule dans le groupe. Une puéricultrice porte Emma dans ses bras. Elle me dit que Madame S. se repose à côté. Je rentre dans une des pièces de psychomotricité. Elle est allongée au fond, sur les tapis de sol, en position fœtale, emmitouflée sous son manteau et son écharpe. Son visage est crispé et ses yeux restent clos malgré ma présence. Je m'installe près d'elle, pose une main sur son bras en lui demandant ce qui lui arrive. Elle me dit être prise d'angoisses depuis le déjeuner. Je lui demande si elle est douloureuse également. Elle me répond que non. Elle a très froid et en a marre, elle voudrait que tout s'arrête. Je lui demande si je peux faire quelque chose pour l'aider, si elle a pris ses médicaments. Elle me répond que son médecin a oublié de lui en prescrire et que par conséquent, elle garde précieusement ses pilules pour de « grosses crises ». Je lui demande si la crise actuelle en est une. Elle me répond que non, elle serait plutôt moyenne. Elle me dit aussi qu'elle veut rentrer chez elle. Une des puéricultrices entre dans la pièce. Elle propose à Madame S. de demander au médecin s'il peut la recevoir après le groupe massage et d'appeler son mari. Je repense à une conversation que nous avons pu avoir ensemble au sujet de ses crises d'angoisses. Elle m'avait dit un jour que lorsqu'elle était dans une grosse crise, il était pratiquement impossible de l'en faire sortir. Elle s'enferme alors « dans sa bulle » et se replie sur elle-même. Son mari, ne réussissant pas à l'atteindre, à trouver comme solution « d'entrer dans sa bulle ». Pour y parvenir, il la masse. De nouveau seules, je lui fais part de ce souvenir. Je lui demande si elle m'autoriserait à la masser un peu, peut-être juste une main pour commencer. Madame S. accepte et me tend sa main. Je lui propose un massage contenant, très proche de celui qu'elle pratique avec sa fille dans le

¹⁰ Cf. *supra*. I.5. L'enveloppe psychocorporelle, p.16.

groupe. J'applique des pressions sur ses mains, en prenant le temps de les coordonner à ma respiration. Je respire fort, lui donnant un appui supplémentaire pour se concentrer sur sa propre respiration. Je sens sa main se réchauffer entre les miennes et sa respiration se calmer. Ma maître de stage, la puéricultrice et Emma nous rejoignent et proposent à Madame S. de continuer ce moment mais au sein du groupe afin que le cadre puisse être préservé. Madame S. accepte si je l'accompagne. Dans la salle, elle s'installe contre le mur, assise, et je lui propose différents coussins afin qu'elle soit le plus confortable possible. Après la chanson du début, elle peut nous parler un peu de ses angoisses. Puis je reprends le massage en prenant davantage mon temps. Mes collègues jouent avec Emma près de nous. Madame S. respire profondément et je la sens se concentrer. J'applique des pressions plus fortes qu'auparavant tout en veillant à ne pas réveiller ses douleurs. Comme pour sa fille, le massage peut lui permettre de prendre conscience de son enveloppe corporelle et de son unité. De plus, la respiration est également là pour renforcer ce sentiment d'ancrage. L'air entre et sort faisant vivre l'intérieur et l'extérieur du corps tout en redessinant son axe corporel.

A la fin du massage, Madame S. se redresse et me remercie hâtivement. Je lui dis de prendre son temps, de s'étirer si elle en ressent le besoin. Très vite, elle récupère sa fille en s'excusant de l'avoir « abandonnée ». Elle me dit être contente de ce moment, elle se sent mieux : « ma bulle a fondu, vous êtes entrée à l'intérieur ». Elle m'a donné la permission de l'atteindre par mon toucher et d'entrer en relation avec elle.

Ce moment sera discuté en équipe par la suite. Quelques mois plus tard, nous avons décidé avec ma maître de stage de proposer un temps individuel à Madame S. autour du toucher thérapeutique le mercredi matin. L'objectif étant de lui offrir un espace-temps pour elle, sans sa fille. Il a été décidé que je lui proposerai un travail autour des enveloppes tandis

que ma maître de stage s'occuperait d'Emma. Ce temps a pu être mis en place sur deux semaines avant de s'arrêter avec la fermeture prématurée de l'unité.

Nous venons de voir dans cette partie deux dispositifs d'enveloppe groupale : l'accueil de jour et le groupe massage. Ces deux dispositifs ne conviennent pas à toutes les patientes. Le groupe massage paraît plus contenant que le dispositif d'accueil. Le cadre y est plus visible, nous nous retrouvons en petit comité dans un endroit fermé pendant un temps relativement court. Madame S. se sent davantage contenue dans ce dispositif, c'est un instant privilégié pour y déposer ses ressentis. A l'inverse, Madame U. apparaît plus à l'aise dans le dispositif d'accueil. Elle peut se livrer aux autres mères et se sent moins sous le regard des soignantes. Le cadre y est plus flou, plus poreux. Dans les deux dispositifs, les soignantes accueillent les « maux » des patientes, les transforment en y mettant du sens. Dans la partie suivante, nous allons voir en quoi les deux dispositifs que je viens de développer peuvent être pensés comme utilisant « *la fonction alpha* » de W. Bion¹¹. De plus, je vais développer le portage comme outil thérapeutique. Comment le portage permet à l'enfant de se construire une enveloppe psychocorporelle ?

4. Le portage

« *Nul n'est capable de porter un bébé, s'il ne peut s'identifier à lui.* » (Winnicott, 1974, p.47)

Dès notre rencontre, j'ai été interpellée par le portage que Madame S. proposait à sa fille. Je me suis questionnée sur ce qui me dérangeait dans ce portage. Madame S. paraissait « traîner » sa fille qui restait pour sa part, peu animée. Comme le dit très bien D.W.

¹¹ Cf. *infra*. IV.4.c) Le portage psychique de la mère, p.61.

Winnicott, pour porter un bébé, il faut être capable de se mettre à sa place. Il me semble que Madame S. peut avoir des difficultés à porter attention à la qualité du portage qu'elle propose à sa fille. Elle ne lui propose pas d'appuis stables. Ses gestes ne sont pas sûrs et son attention n'est pas portée sur sa fille. Je me questionne toujours sur l'importance du portage dans le développement de l'enfant. Quel impact un portage défaillant peut-il avoir sur le bébé ? Qu'est ce qui me permet de dire qu'un portage est réussi ou non ? Le portage physique me paraît évident mais qu'en est-il du portage psychique ? Dans cette partie, je vais essayer d'éclairer davantage mes réflexions.

a) Portage physique / Portage psychique

Au départ, le portage est avant tout psychique. La mère rêve de son enfant, elle le fantasme, le porte dans son imaginaire. Puis l'enfant est porté par la paroi utérine avant d'être porté physiquement par les bras de sa mère. Les bras de la mère offrent à l'enfant une transition douce entre l'espace utérin et la vie terrestre. Il retrouve des repères qu'il avait fœtus, réveillant ainsi tous ses sens. D. Anzieu (2006) nous dit que le bébé redécouvre la contenance par les bras du porteur, le toucher par un peau à peau continu et la chaleur du corps. Il voit sa mère, de plus en plus nette, et découvre les expressions de son visage. A travers le regard de la mère, le bébé se perçoit. L'odeur maternelle l'enivre ainsi que le goût du lait. La voix de sa mère lui parvient, il la reconnaît et se laisse bercer dans une enveloppe sonore. Les balancements, les changements de position, les mouvements de sa mère stimulent son système vestibulaire. Petit à petit, le petit d'homme découvre son environnement, blotti,

en sécurité. Le portage renvoie directement à D.W. Winnicott et son concept de « *holding* » maternel¹². L'enfant est porté par le psychisme de sa mère et par ses bras.

b) Du portage physique à la symbolisation

C. Potel insiste sur l'importance du portage dans la construction de l'axe corporel du bébé au travers le tonus axial. « *La tonicité axiale – d'où naît la sensation d'avoir un axe et d'être organisé autour de lui – ne se confond pas avec l'axe vertébral et son fonctionnement. Elle dépend de la qualité de l'adossement que l'enfant va trouver contre le corps de sa mère, de son père.* » (Potel, 2015, p.114). Elle explique que la construction de l'axe va dépendre de la qualité physique du portage proposé à l'enfant. Elle parle notamment d'un adossement de contact, c'est-à-dire le contact du corps de l'enfant contre celui du porteur. Cet adossement de contact permet de donner les appuis dont l'enfant a besoin notamment au niveau de la tête, du dos et du siège. Progressivement, l'enfant intégrera son axe et pourra redresser la tête puis acquérir la position assise. Madame S. porte souvent sa fille verticalement, avec une main sur son ventre. Emma se retrouve les jambes dans le vide, sans appui stable sous sa tête, ni sous le siège. Le manque d'appui peut empêcher Emma de se sentir en sécurité. Pour C. Potel, l'adossement sensoriel que nous avons développé précédemment avec D. Anzieu, vient accompagner l'adossement de contact. Les appuis donnés à l'enfant ne sont pas seulement physiques même s'ils restent essentiels. L'enfant va intérioriser la qualité des appuis et de l'attention qu'il reçoit et la transformer en matière symbolique. (Potel, 2015, p.115). Qu'en est-il du portage psychique ? Comment le psychisme de la mère porte le psychisme de l'enfant ?

¹² Cf. *supra*. III.3.b) Le Holding/Le Handling, p.36.

c) *Le portage psychique de la mère*

Pour porter l'enfant, la mère donne un accès à son propre psychisme. « *Le portage soutient l'activité des éprouvés du bébé, dans l'appui du psychisme maternel. Les premiers éprouvés de l'enfant s'activent au travers de la voix, du regard, des mots, du toucher maternel. La maman offre le filtre de son psychisme afin d'ouvrir et de rassurer le bébé dans la rencontre à l'autre* » (Basuyau-Rouquette, 2008, p.74). En donnant accès à son psychisme, la mère permet à l'enfant, de découvrir le monde et de s'ouvrir à la relation. Elle met en mots et en sens ce que vit l'enfant. W. Bion appelle ce processus la « *fonction alpha* ». Le bébé éprouve des sensations, des émotions et des pulsions qu'il ne peut garder en lui. Il exprime son mal-être par son corps, par des cris, des pleurs, une agitation motrice. Ces éléments qu'il expulse sont des « *éléments bêta* ». Les mères reçoivent ces éléments bêta, les transforment, y mettent du sens puis elles les renvoient sous forme « *d'éléments alpha* », pensables pour l'enfant. Cette « *fonction alpha* » prodiguée par la mère permet à l'enfant d'accéder à une première activité de pensée (Ciccone, 2019). Les mères n'arrivent pas toujours à détecter les signaux, ce qui vient altérer la qualité du dialogue tonico-émotionnel et de « *la fonction alpha* ». Madame S. n'arrive pas à parler à sa fille, elle ne comprend pas ce qu'elle doit lui dire. Pour elle, il n'est pas inné de mettre du sens sur les vécus d'Emma. Elle ne doit pas comprendre car elle est trop petite.

Je pose l'hypothèse que la « *fonction alpha* » de W. Bion est opérante dans le cadre de l'accueil de jour et du groupe massage par l'intermédiaire des soignantes. En effet, les soignantes permettent une mise en sens des vécus des mères. Elles leurs renvoient une image transformée, assimilable pour elles. Ainsi comprises, elles peuvent mettre en place plus facilement la « *fonction alpha* » avec leur enfant¹³.

13 Cf. *supra*. IV.2.d) Madame S. et le toucher, p.58.

Par sa difficulté à mettre en mots les vécus d'Emma et ses émotions, Madame S. nous renvoie à sa propre histoire. « *La maman porte en elle, jusque dans la relation au bébé, l'empreinte, la mémoire de son histoire, d'une histoire familiale. Dans son inconscient en grande partie, cela accompagne « en sourdine » sa relation au monde et au bébé* » (Basuyau-Rouquette, 2008, p.72). Ainsi, chaque mère porte son enfant à partir de ce qu'elle est et de ce qu'elle a elle-même reçu à la naissance comme portage. Son histoire la porte et porte son bébé. L'histoire de la mère, les circonstances de la grossesse, la relation de couple sont autant de facteurs à prendre en considération dans la qualité du portage de l'enfant. La mère s'est également construite toniquement d'une manière singulière. Ses vécus corporels vont influencer son comportement vis-à-vis du portage. L'accordage entre la mère et l'enfant va dépendre de la rencontre entre tous ces facteurs psychocorporels. Ainsi, la construction des enveloppes psychocorporelles de l'enfant mais aussi son état tonique vont dépendre de cette possibilité d'accordage avec sa mère. Madame S. présente des enveloppes psychocorporelles douloureuses, floues. Très vite, elle va me demander de trouver une solution pour ne plus porter sa fille. L'accordage ne peut se faire. Elle me demande s'il n'existerait pas un système de chariot qu'elle pourrait tirer d'une pièce à une autre pour éviter le portage. Il n'est pas facile de lui faire comprendre la nécessité pour Emma d'être portée par sa maman. Progressivement, nous trouvons ensemble quelques solutions. Par exemple, elle donne désormais le biberon à sa fille sur son bras droit, celui qui n'est pas douloureux. L'objectif étant de lui permettre d'être davantage en interaction avec elle pendant ce temps du repas, propice au portage physique et psychique. Plusieurs outils permettent de faciliter le portage, permettant aux mères d'être plus en relation avec leur enfant.

d) Le portage en écharpe

Au sein de l'unité, j'ai eu la chance de pouvoir participer à plusieurs formations sur le portage en écharpe, proposées par l'une des psychomotriciennes de l'unité. Elles m'ont permise d'expérimenter par moi-même différentes techniques et de comprendre les bienfaits d'un portage réussi. Nous avons appris les nœuds existants en nous entraînant avec des poupons. Je vous parlerai ici surtout du portage sur l'avant du corps. En effet, les mères que nous accueillons ont besoin d'apprendre des portages simples, ne les mettant pas en difficultés. Ceux sur l'avant sont plus faciles à pratiquer et favorisent davantage une relation directe avec l'enfant. Dans le portage en écharpe, le plus important reste le positionnement de l'enfant dans l'écharpe. Pour profiter pleinement du portage, le bébé doit être placé dans une position dite « physiologique » : le bassin bien enroulé, les jambes en rotation externe dans une position en grenouille, les genoux au dessus des hanches et la nuque soutenue dans le tissu (Bourdarias, 2008). Cette position renvoie directement à la position fœtale. L'écharpe fait revivre à l'enfant la sensation d'enveloppement de la paroi utérine. Le dialogue tonique qui s'était instauré avec la paroi utérine continue d'exister contre le corps de la mère. L'enfant se sent ainsi en sécurité. Les échanges entre la mère et l'enfant sont facilités.

Le portage en écharpe comporte de nombreux bienfaits pour l'enfant. F. Mathet-Jolly & I. Van den Peereboom reprennent D. Anzieu pour évoquer les différentes fonctions du portage. « *Pour l'enfant, le portage est à la fois massage, bercement, stimulation psychomotrice, mode de transport, et peut prévenir des soucis tels que : pleurs, difficultés à s'endormir, coliques, stress (et l'on sait que des taux élevés d'hormones de stress inhibent les fonctions intestinales, la digestion, la croissance), syndrome de reflux gastro-œsophagien,*

plagiocéphalie postérieure d'origine posturale, certaines malpositions de hanches et maladies dermatologiques telles que l'eczéma » (2008, p.114). Le portage en écharpe permet de prévenir certains problèmes de santé chez l'enfant. De plus, il le rassure et le protège.

Le portage en écharpe me rappelle Madame U. Elle porte très souvent son fils Colin en écharpe. Comme nous l'avons vu précédemment¹⁴, Colin est atteint d'un important reflux gastro-œsophagien. Ce reflux lui cause beaucoup de douleurs au niveau de l'œsophage à l'origine d'une hypertonie et d'une construction en hyper-extension de l'axe corporel. Pour l'apaiser et l'endormir, Madame U. le porte contre elle, à l'avant, blotti dans une écharpe tressée et très serrée. Elle marche dans les couloirs de l'unité en le berçant. « *Le mouvement créé par la marche masse le ventre du bébé porté en écharpe, ce qui facilite la digestion, permet d'évacuer les gaz intestinaux et diminue les coliques et les régurgitations* » (Bourdarias, 2008, p.84). Grâce aux mouvements et au rythme, Colin peut s'endormir. La position d'enroulement ainsi que le dialogue tonique avec sa mère lui permettent d'abaisser son tonus et de diminuer les douleurs. Dans ces moments de calme, Madame U. se sent plus compétente avec son fils et le lien d'attachement est favorisé.

e) L'emmaillotage

Cette année, j'ai pu observer un autre type de portage dans l'unité. Il s'agit de l'emmaillotage du bébé. L'emmaillotage consiste à envelopper le bébé dans un lange ou dans une couverture. Le tissu n'est pas trop serré mais suffisamment pour contenir l'enfant. Simon de Vallambert nous dit « *la juste mesure est l'image d'un certain équilibre qui doit être*

14 Cf. *supra*. IV.2.d) Place de Madame U. dans le dispositif d'accueil, p.49.

maintenu chez l'enfant : ni trop le refroidir, ni trop l'échauffer, ni trop ou ni trop peu de mouvements. » (Parrat-Dayan, 1990, p.49). L'emballage, comme l'écharpe de portage, propose à l'enfant une position physiologique et lui offre un contenant sécurisant. Dans son travail de recherche sur l'emballage, I. Brulé nous raconte que « *La contenance physique de ce soin permet une contenance psychique, qui rassure le nouveau-né en respectant ses besoins.* » (2015, p.24). Le bébé se calme et s'apaise, se sentant en sécurité. L'emballage diminue les pleurs et les agitations de l'enfant. Le tissu vient ainsi redessiner une enveloppe contenant autour de l'enfant lui permettant d'intégrer sa propre enveloppe psychocorporelle. J'ai pu observer pendant mon stage les bienfaits de l'emballage notamment auprès d'Emma et de Madame S.

Emma a du mal à s'endormir dans les bras de sa maman. Elle gesticule, ferme les yeux un instant avant de les ouvrir de nouveau en direction de son environnement. Madame S. ne comprend pas pourquoi elle ne dort pas encore, elle pense qu'elle est pourtant fatiguée. Je lui propose d'emballer Emma. Nous le faisons ensemble et je l'aide à se réinstaller au fauteuil tandis que j'installe Emma dans ses bras, enveloppée dans un linge léger. Emma s'apaise, paraît plus calme, son regard s'éparpille moins et elle s'endort au bout de quelques minutes.

Ces différents outils aident le psychomotricien dans son accompagnement des dyades. En fonction des patients et des problématiques, il adapte le choix du portage. Afin de soutenir la relation mère-enfant, le psychomotricien n'hésite pas à s'investir pleinement. Nous allons voir maintenant comment le psychomotricien porte la mère et l'enfant.

f) Portage du psychomotricien

Le portage du psychomotricien se traduit par une grande écoute et une qualité d'empathie envers son patient. Il peut se mettre à sa place afin de comprendre et de mettre du sens sur ce que vit la personne. Pour cela, le psychomotricien, au cours de sa formation, puis pendant toute la durée de son expérience professionnelle, aiguisé son sens de l'observation, de la patience et de l'analyse. Dans la relation, le psychomotricien laisse la place au vécu psychocorporel du patient tout en prenant conscience de ses propres fonctionnements. Il soutient le patient, et l'aide à chercher en lui ses propres appuis et ressources.

« Le psychomotricien écoute mais utilise aussi son propre langage corporel, son propre appareil psychosensoriel comme résonateur d'émotions et terre d'accueil de toute une sensorialité projetée, expulsée, de toute une corporéité en souffrance ou en mal de construction et de repères » (Potel, 2015, p.347).

Le psychomotricien s'implique corporellement avec le patient. Il vient toucher et être touché dans la relation. Pour cela, il doit être présent et prendre conscience de son propre corps dans l'espace, de sa respiration, de son axe etc... Sa présence corporelle aura une incidence sur le corps de l'autre. Par le dialogue tonico-émotionnel¹⁵, le psychomotricien est autant investi dans la relation que le patient. A l'écoute de ses ressentis et de ses sensations, il l'accompagne dans une mise en sens de ses éprouvés corporels. Il a conscience de son propre contre-transfert avec ses patients. Il ne choisit pas au hasard les médiations qu'il propose, il part de ses éprouvés émotionnels.

¹⁵ Cf. *supra*. III.2.b) Le dialogue tonico-émotionnel, p.33.

Sa place, son regard spécifique donne au psychomotricien toute sa singularité. Sa spécificité se ressent dans l'équipe et auprès des patients. Cependant, le psychomotricien travaille rarement seul. Il s'inscrit dans une équipe, une enveloppe groupale mais aussi au-delà, dans une institution. L'institution contient l'équipe, les patients et les stagiaires. Dans la partie suivante, je me questionne sur ma place dans cette enveloppe institutionnelle, comment je m'y inscris ? En quoi consiste-t-elle ?

V. Ma place dans l'enveloppe institutionnelle

1. Ma place de stagiaire

Lors de notre rencontre, ma maître de stage m'a exprimée le souhait d'avoir une stagiaire autonome, qui puisse s'inscrire dans une dynamique institutionnelle composée de ses différentes problématiques. Ma place est celle d'une future professionnelle et non pas celle d'une stagiaire accompagnée. L'équipe soutient cette place de stagiaire, future psychomotricienne dans l'institution. Dès mes débuts dans l'unité, j'ai ressenti le besoin de trouver ma place dans l'équipe et dans l'institution et de me définir auprès des mères et des bébés.

a) Prendre sa place

Au début de mon stage, j'avais quelques difficultés à trouver ma place dans les temps d'hospitalisation de jour. Ma maître de stage étant à ce moment-là en visite à domicile, je me retrouvais seule avec les puéricultrices. Les mamans me posaient beaucoup de questions sur les biberons, les couches...ne sachant pas leur répondre, je les orientais vers les puéricultrices en pensant que ma place n'était pas dans cet espace de vie. Je trouvais mon utilité seulement dans l'observation. Je regardais les bébés, les interactions avec les mères. J'essayais de comprendre ce qui pouvait se passer pour elles. Seulement, je n'entrais pas ou peu en action. Je rendais service si besoin pour porter un enfant ou amener un mouchoir. Finalement, ce qui me dérangeait surtout, c'était de ne rien faire de ces observations. Je voyais ces dyades

seulement en accueil de jour. Madame S. est la première maman que j'ai pu suivre à la fois en accueil et en séance individuelle.

Petit à petit, à force d'échange avec les puéricultrices, j'ai compris où se trouvait ma place. Elles m'ont laissée suffisamment de liberté afin que j'explore ce qui était de mon domaine et ce qui était du leur. Au fil des semaines, nous avons appris à nous accorder et à laisser de l'espace pour chacune. Les infirmières puéricultrices ont à la fois un rôle de prévention, d'éducation et de soins du tout-petit. Elles prennent soin des enfants, favorisent leur autonomie et leur éveil. Elles ont également une place importante auprès des parents qu'elles informent et accompagnent. Elles m'ont appris à faire un biberon, à changer une couche, à emmailloter. Nos échanges en fin de journée, pendant des temps informels, ont été riches d'enseignements. Nos points de vue différents, nos connaissances professionnelles se complètent. Les différents membres de l'équipe apportent chacun un regard différent sur la prise en charge des dyades et sur l'organisation de l'unité.

b) Auprès des mères

Auprès des mamans, ma place de stagiaire a un impact singulier. En effet, chacune se place de façon différente vis-à-vis de mon statut. Madame S. m'a tout de suite investie. Elle me posait des questions sur mon futur métier, sur mon rôle dans l'unité mais aussi, elle me demandait des conseils en rapport avec la séance individuelle que nous avons eu ensemble le matin. Elle avait souvent des questions qui lui venaient après et paraissait rassurée que je sois là pour pouvoir y répondre. Ce temps de vie m'a permis de créer une réelle relation de confiance avec elle. D'autres mamans m'ont au contraire peu investie, me laissant dans une

place d'observatrice. Cette place m'a permis d'appréhender leur comportement, de les comprendre et de mettre à distance mon modèle « *de mère suffisamment bonne* »¹⁶ dont parle D.W. Winnicott. Avant ce stage, ma représentation d'une bonne mère me renvoyait à l'image de ma propre mère. Cependant, chaque femme est différente et se définit mère à sa façon.

c) *Mon regard psychomoteur*

Finalement, j'ai découvert plusieurs moyens d'apporter mon regard psychomoteur dans ce temps d'accueil de jour. En premier lieu, j'ai trouvé mon rôle dans l'installation et la recherche d'appuis. Mes collègues puéricultrices me demandaient souvent si je trouvais une maman bien assise pour donner le biberon à son enfant. J'observais et je proposais si besoin des coussins d'allaitement supplémentaires, un appui sous les pieds ou tout autre aménagement permettant à la maman d'être le plus confortable possible. Je pense qu'en donnant les appuis suffisants, à la mère et à l'enfant, le psychomotricien permet une mise en forme du corps par une stabilité posturale qui favorise l'entrée en relation. Cette mise en corps passe par le concept de « *holding* »¹⁷ maternel de D.W.Winnicott que j'ai développé précédemment. La mère est entièrement disponible pour son enfant. La communication infra-verbale peut s'instaurer plus sereinement. Petit à petit, j'ai pu faire la même chose avec les bébés. Me mettant au tapis, je venais jouer avec eux, proposant un soutien dans la découverte de leur motricité. Pour les plus petits, j'accompagnais les mamans dans la présentation de jouets aux enfants, « *l'object presenting* », selon D.W. Winnicott¹⁸, en verbalisant ce que je pouvais voir de leurs réactions.

16 Cf. *supra*. III.3.a) La préoccupation maternelle primaire, p.35.

17 Cf. *supra*. III.3.b) Le Holding/Le Handling, p.36.

18 Cf. *supra*. III.3.c) L'object presenting, p.37.

Mon travail se trouvait également dans le partage d'idées avec les mères, autour de l'installation de leur enfant, du portage¹⁹ à mettre en place ou à ajuster. Les mamans ont pu me demander de l'aide lors de l'installation de leur bébé dans l'écharpe. Mon travail se trouve finalement beaucoup autour du dialogue tonique et des appuis mais également dans la verbalisation du vécu corporel, dans l'écoute et l'empathie.

J'ai constaté que tout cela m'était possible parce que je m'inscrivais dans une dynamique plus globale, dans une dynamique d'équipe et dans une enveloppe institutionnelle.

2. Inscription dans une enveloppe institutionnelle

a) *L'enveloppe institutionnelle*

L'enveloppe institutionnelle constitue la couche superficielle de l'institution par laquelle se construit le cadre institutionnel. D. Houzel nous dit que « *pour avoir une fonction thérapeutique, l'institution doit tisser au fil de son histoire une enveloppe, comparable à l'enveloppe familiale* » (Houzel, 2010, p.149). Il nous dit également que « *le tissage de l'enveloppe institutionnelle est la condition pour que des processus thérapeutiques puissent y prendre place* » (2010, p.149). Ainsi, l'enveloppe institutionnelle garantit la prise en charge de la population accueillie et permet la bonne mise en place d'un cadre thérapeutique. L'enveloppe institutionnelle assure un rôle de contenance tant pour les patients, les familles que pour les professionnelles. En effet, pour pouvoir contenir nos patients, nous devons nous-

¹⁹ Cf. *supra*. IV.4. Le portage, p.58.

mêmes être contenus dans et par cette enveloppe institutionnelle. Nous pouvons ainsi construire un cadre thérapeutique sécuritaire pour nos patients.

b) Le cadre thérapeutique

C. Potel définit le cadre thérapeutique comme étant « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » (Potel, 2010, p.321). Le cadre thérapeutique contient donc les actes et les projets thérapeutiques dans un lieu, un temps et une pensée. C. Potel nous dit également que le « *cadre thérapeutique s'intègre dans une institution qui a un projet global pour les patients, qui s'appuie sur le travail d'une équipe où chacun est censé avoir sa place et sur un certain nombre de règles qui lui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée* » (2010, p.323). Le cadre thérapeutique s'inscrit donc dans un cadre institutionnel comprenant une dynamique d'équipe avec ses propres règles. La pensée commune de l'équipe ainsi que le cadre institutionnel permettent d'élaborer un projet de soin spécifique à chaque patient. De plus, le cadre thérapeutique n'est pas figé, il s'adapte et évolue en fonction des besoins et des problématiques des patients. Il est garant du soin et doit être mis en forme et en sens par l'équipe. Au delà du travail pluridisciplinaire, le cadre thérapeutique est également établi par chaque professionnel indépendamment des autres. Au sein de son cadre, le professionnel adapte sa pratique du soin à partir du projet thérapeutique. En co-thérapie, le cadre se module à partir des représentations de chaque professionnel. En séance, le cadre doit rester suffisamment stable et constant pour être rassurant pour les patients.

c) Le cadre en psychomotricité selon C. Potel

C. Potel nous parle de plusieurs conditions nécessaires au cadre du psychomotricien. Tout d'abord, il y a une condition d'espace, un lieu pour accueillir le patient et ses éprouvés corporels, « *il faut concevoir l'espace comme un réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps* » (2010, p.322). Dans l'unité, plusieurs salles sont dédiées à la psychomotricité. Elles sont grandes, plus ou moins lumineuses donnant des ambiances différentes. Les bébés comme les mères peuvent se mouvoir dans ces espaces contenant.

Il existe également une condition de temps. Une séance dure entre 30 minutes et 1h en moyenne. Le temps doit être suffisamment structuré et structurant pour aider les patients à se repérer. Dans chaque salle, une horloge permet d'indiquer le temps qui s'écoule. Les rituels pendant les séances permettent aussi la structuration temporelle. Par exemple, la comptine de début et de fin dans le groupe massage.

C. Potel explique que « *le psychomotricien implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix de ses objets – jeux, tissus, coussins, matières, couleur – qui sont autant de supports aux intégrations et à l'imaginaire* » (2010, p.322). Le psychomotricien choisit les objets avec lesquels il a envie de travailler. En séance, nous avons toujours beaucoup de matériel à disposition notamment beaucoup d'objets sensoriels. Selon ce que nous désirons voir ou mettre au travail, nous allons nous diriger plus vers un objet plutôt qu'un autre. Avec Emma, ma maître de stage a souvent eu envie de lui proposer une boîte contenant des boutons. Emma essayait de les attraper, nous laissant voir sa motricité en action.

C. Potel évoque enfin les conditions d'encadrement et de fonctionnement institutionnel. Le psychomotricien est amené à travailler seul, en co-thérapie ou en équipe. Le travail pluridisciplinaire est très enrichissant.

Pour finir, comme nous l'avons vu précédemment, le psychomotricien s'inscrit dans un projet thérapeutique, pensé par l'équipe au sein de l'enveloppe institutionnelle. A chaque réunion de synthèse, nous évoquons certaines dyades et nous pensons le projet de soin en équipe. Certaines professionnelles proposent alors des prises en charge plus spécifiques mais toujours en adéquation avec le projet global.

Le cadre thérapeutique permet ainsi de soutenir les mères, leur permettant une mise au travail et une élaboration de leurs éprouvés émotionnels.

d) L'équipe et les partenaires de soin

Les professionnelles de l'équipe pourraient être pensés comme formant une seconde enveloppe, contenue dans l'enveloppe de l'unité et de l'hôpital. Une fois au sein des murs rassurants, les patientes rencontrent des professionnelles prêts à les accueillir. Le secret professionnel est de mise, les paroles échangées resteront au sein de l'unité. La confiance peut ainsi s'instaurer et avec elle, l'alliance thérapeutique. Selon D. Houzel, il s'agit de « *la propriété d'étanchéité* » de l'enveloppe institutionnelle. Il la définit ainsi : « *Ce qui se passe, ce qui se dit, ce qui se vit dans l'institution doit être gardé à l'intérieur de l'institution et ne jamais diffuser au dehors* » (1992, p.73). Par ailleurs, l'enveloppe institutionnelle ne s'arrête pas à l'unité de Psychiatrie Périnatale. Tournée vers l'extérieur, l'unité travaille en collaboration avec de nombreux partenaires qui participent de près ou de loin à

l'accompagnement des familles : crèche, Protection Maternelle et Infantile (PMI), maternité, unité de psychiatrie adulte, foyer, Aide Sociale à l'Enfance (ASE). D. Houzel parle de « *perméabilité* » de l'enveloppe institutionnelle (2010). Tout en gardant sa propriété d'étanchéité, l'institution se doit d'échanger des informations avec l'extérieur. Le travail en réseau est essentiel, il permet une continuité des soins tout en protégeant les patients. La pédopsychiatre de l'unité continue d'échanger fréquemment avec le psychiatre de Madame S., pour connaître son avis de professionnel et travailler ensemble sur les difficultés de Madame S. Il est question d'accordage entre les différents professionnelles du soin.

e) Inscription du bébé dans l'enveloppe institutionnelle

B. Golse propose une comparaison entre le bébé et l'institution. Il nous amène à penser les ressemblances de mouvements s'opérant entre ces deux entités. Comme pour l'enfant, l'institution s'inscrit tout d'abord dans une histoire, une narration. En effet, chaque institution est porteuse d'un passé, de conflits anciens ou encore d'un fondateur idéalisé. L'enfant porte pour sa part une histoire transgénérationnelle, l'histoire de deux familles et l'histoire d'un couple. Dans l'institution, cette histoire va permettre de mettre en place des règles, un règlement intérieur en adéquation avec ces origines. « *L'institution, comme le bébé, comme l'enfant, doit être engendrée et ensuite se forger un roman familial, ne serait-ce que pour échapper à l'illusion groupale ou à l'emprise d'un fondateur idéalisé et tout-puissant* » (Golse, 2001, p.80). Ce roman familial va permettre à l'institution de s'émanciper de figures du passé mais également de l'assumer. L'institution, comme l'enfant, va pouvoir narrer son histoire et s'y inscrire.

B. Golse nous dit ensuite que le bébé doit se différencier. Il reprend la théorie de D. Houzel autour de la notion de « *bisexualité* » de l'enveloppe institutionnelle. Il existerait des fonctions dites « maternelles » associées à un « *holding* » de l'institution assurant ainsi une certaine contenance. D'autre part, des « fonctions paternelles », assimilées aux règles, à la loi, aux limites de l'institution. Ces deux formes de fonctions permettraient une enveloppe institutionnelle solide. « *C'est ce mélange de holding et de loi, qu'on repère dans la mise en place des enveloppes psychiques du bébé, qu'on va retrouver aussi dans la mise en place des enveloppes institutionnelles* » (Golse, 2001, p.79). Nous avons vu précédemment l'importance du « *holding* »²⁰ dans le développement de l'enfant. De plus, l'enfant a besoin pour se construire de limites, de règles afin de pouvoir comprendre le monde qui l'entoure et se développer sereinement.

B. Golse reprend D. Houzel au sujet des effets que peuvent présenter les difficultés d'intégration de la « *bisexualité* » dans les deux sens. Il dit que « *le bébé, qui par définition n'a pas encore une bisexualité bien intégrée, va avoir des effets d'union ou de désunion sur le groupe ou l'institution qui le contient ; de même, les troubles (ou la qualité) de l'intégration de la bisexualité de l'institution qui contient le bébé, vont avoir des effets sur le bébé et sur son organisation personnelle* » (Golse, 2001, p.81). Il va donc y avoir dans la relation du bébé à l'institution des mouvements dans les deux sens, plus ou moins destructeurs pour chacun d'entre eux.

Au sein de l'unité, ces mêmes mouvements se jouent continuellement entre patients et institution. B. Golse nous dit que « *c'est un des enjeux de la psychiatrie périnatale, qui*

20 Cf. *supra*. III.3.b) Le Holding/Le Handling, p.36.

organise à la fois des liens autour du bébé et des liens transdisciplinaires qui convoquent nombre de professions autour de l'enfant, que de veiller à ce que ces liens si motivants ne soient pas annulés, distendus ou attaqués par l'enfant » (2001, p.87). J'ajouterai que la psychiatrie périnatale a également comme enjeu de veiller à ce que ces liens ne soient pas mis à mal par les mères, les familles, l'équipe ou l'institution en elle-même.

Je vous propose de voir la possibilité de mise à mal du cadre par les différents acteurs présents dans l'institution et donc d'explorer maintenant la fragilité de l'enveloppe institutionnelle.

f) Fragilité de l'enveloppe institutionnelle

En plus des propriétés « *d'étanchéité* » et de « *perméabilité* » que nous avons vues précédemment, D. Houzel nous parle de deux autres propriétés que possède l'enveloppe institutionnelle. Il s'agit de la propriété de « *consistance* » et de la propriété « *d'élasticité* ». La propriété de consistance est définie par D. Houzel comme, « *une capacité à résister aux pressions extérieures et intérieures de sorte que l'institution ne soit ni désintégrée sous leurs effets, ni malléable à l'envi* » (Houzel, 1992, p.74). Ainsi, l'enveloppe institutionnelle en bonne santé, serait suffisamment solide pour ne pas se laisser percuter par des événements intérieurs ou extérieurs. De plus, la propriété d'élasticité repose sur « *la capacité de l'institution à accueillir et à contenir la souffrance psychique des patients et leurs familles* » (Houzel, 2010, p.149). Cette propriété donne à l'enveloppe institutionnelle une certaine flexibilité lui permettant de ne pas se disloquer devant les difficultés internes et externes.

Cependant, je trouve que ces deux dernières propriétés sont souvent mises à mal dans les institutions. Je prendrais comme exemple Madame S. et Emma pour illustrer mon propos.

Je voudrais évoquer ici un point qui me paraît délicat. Plusieurs fois, Madame S. n'est pas venue en accueil de jour sans prévenir l'hôpital, chose plutôt inhabituelle. L'équipe s'inquiète pour elle. Nous l'appelons et elle nous répond qu'elle est soit trop angoissée, soit trop fatiguée pour venir. Le cadre thérapeutique est alors mis à mal par la discontinuité des soins. Madame S. peut nous montrer un côté « *mère suffisamment bonne* »²¹ mais il arrive que son côté « mauvaise mère » prenne le dessus. Quand elle est présente à l'unité, elle a beaucoup de mal à s'occuper de sa fille et peut nous le verbaliser. Elle laisse sa fille à l'équipe ce qui peut donner l'impression qu'elle ne s'en soucie pas. Elle peut être aussi assez violente dans ses gestes avec Emma notamment quand elle la « jette » sur le tapis. Il est arrivé que Madame S. oublie de changer sa fille une journée entière. Elle nous renvoie quelque chose qui fait attrait à de la violence et à de la négligence. Elle peut nous montrer de l'empathie pour sa fille mais la plupart du temps, c'est la difficulté à être mère qui nous parvient. Face aux actes de Madame S., Emma s'isole dans un retrait relationnel important et un effondrement tonique. C. Potel nous donne des pistes de réflexion. Pour elle, « *l'hypotonie, autre symptôme récurrent, est également un réflexe de survie pour certains nourrissons qui ont senti/compris qu'il leur fallait s'abandonner sans résistance, pour s'adapter* » (Potel, 2015, p.117). Cette situation est difficile à vivre pour l'équipe. Elle se retrouve confrontée à une forte impuissance générant de la colère, notamment envers Madame S. Comment récupérer Emma devant l'abandon de sa mère ? Plusieurs fois, je me suis dit que nous n'allions pas avancer, que Madame S. n'arriverait pas à s'attacher à sa fille. La pédopsychiatre de l'unité avait déjà

21 Cf. *supra*. III.3.a) La préoccupation maternelle primaire, p.35.

évoqué une éventualité de mettre en place une information préoccupante pour cette dyade. La question de la maltraitance peut être soulevée. Comment être contenant malgré la colère et le rejet engendré par les actes de Madame S. ? Cette situation a suscité beaucoup de discussions dans l'équipe.

g) *Les temps d'échange*

Au sein de l'unité, les soignantes bénéficient de réunions de synthèse supervisées par la pédopsychiatre, chef de service. Cet espace-temps, une matinée par semaine, offre à l'équipe la possibilité de se décharger des situations difficiles, de paroles inquiétantes de la part des mères ou encore des difficultés que présentent certaines dyades. Un pas de côté, une mise à distance, peut être fait grâce à cet appui institutionnel afin de ne pas se laisser envahir par ses propres éprouvés. S. Missonnier nous met en garde d'ailleurs à ce sujet,

« l'essentiel est de souligner de nouveau l'infime frontière qui existe entre attitudes thérapeutiques contenantantes à l'égard des familles et attitudes suspicieuses qui favorisera l'éclosion ou la rigidification de ce qu'elle prétend combattre. Seul un questionnement individuel et collectif des soignants sur leurs pratiques institutionnelles et sur la définition des actions de prévention permet de se prémunir de cette dérive toujours latente » (2015, p.146).

La limite reste fragile entre un point de vue thérapeutique et un point de vue méfiant ou suspicieux à l'égard des patientes. Afin de ne pas tomber dans cette dérive, une mise en mots des vécus et des ressentis paraît nécessaire. S. Missonnier nous parle à la fois d'une

réflexion collective mais également d'une réflexion individuelle. Au sujet des questionnements individuels, je pense qu'une supervision pourrait être riche de sens. Quant aux réflexions collectives, la réunion de synthèse permet cette mise au travail. Ainsi, les professionnelles réfléchissent ensemble, construisent autour des situations difficiles, vécues avec les dyades. La réunion de synthèse fait partie intégrante de l'enveloppe institutionnelle et de sa fonction contenante. Par son caractère régulier et stable, elle s'inscrit dans le cadre thérapeutique permettant d'assurer une continuité et une cohérence dans les soins des patientes. Des interventions mais également des transmissions écrites et des temps informels, permettent d'assurer la communication dans l'équipe pluridisciplinaire tout au long de la semaine.

h) Mon inscription dans cette enveloppe

Tout au long de mon stage, la question de l'enveloppe est restée omniprésente dans ma tête. Au début, l'enveloppe institutionnelle m'a semblé peu contenante. Je devais prendre mes marques, comprendre les mouvements qui se jouaient dans l'unité. Un temps d'adaptation m'a été nécessaire pour me sentir bien, m'intégrer dans cette enveloppe. Je pense que mon sentiment de contenance s'est en partie instauré avec mon intégration dans l'équipe. Progressivement, je suis passée d'un statut d'inconnue à un statut de stagiaire psychomotricienne. L'équipe a constitué une réelle enveloppe pour moi. Elle m'a permise d'avoir ma propre place et de répondre à toutes mes questions. J'ai eu la chance d'avoir le temps d'échanger avec chacun des membres la constituant, me permettant d'apprendre énormément sur les difficultés institutionnelles, le rôle de chacun, les enjeux de l'unité et l'organisation. Au fil de mes échanges et des rencontres, une enveloppe groupale s'est

construite, contenant et sécurisante, me donnant toutes les clés en main pour travailler sereinement.

De temps en temps, l'enveloppe institutionnelle se fragilise et vient toucher tous les membres qui la constituent. Certaines situations difficiles nous impactent et questionnent nos propres représentations. Au cours de ce stage, j'ai souvent eu à me remettre en question. Quelle place prendre auprès de ces mères ? Qu'est-ce qu'elles me renvoient de ma propre représentation de la maternité, d'une future maternité ? Il faut réussir à prendre du recul pour ne pas se laisser submerger par les émotions qui nous traversent mais essayer de penser avec elles. Comment faire de mes émotions un outil thérapeutique ? Porter un bébé demande une implication considérable de soi-même. Quand on me confiait un bébé, j'ai toujours eu le sentiment d'être un relais pour la mère. Je donnais à l'enfant ce que je pouvais lui donner à ce moment précis, en fonction de mon ressenti et de mon énergie. La clinique en psychiatrie périnatale est complexe, elle vient questionner notre propre petite enfance et son impact dans notre parcours.

La psychiatrie périnatale nous amène à penser la place du psychomotricien dans l'enveloppe institutionnelle. Elle nous questionne également sur notre positionnement vis-à-vis de nos patients. Quelle place prend le psychomotricien auprès des patients ? Quelle est son approche ? Je vous propose d'évoquer ici les réflexions qui m'ont animées pendant toute mon année auprès de mes patientes.

VI. Place du psychomotricien dans la relation dyadique

Dans cette partie, je souhaite faire part de certaines de mes réflexions et de leur évolution au cours de mon stage. Je vous invite à suivre mon cheminement de pensée concernant la place du psychomotricien, tiers d'une relation dyadique et l'utilisation de l'outil vidéo dans la pratique psychomotrice.

1. La question du double point de vue

Pendant mon stage, j'ai trouvé le travail pluridisciplinaire d'une grande richesse. Chaque profession donne à voir une nouvelle grille de lecture des patients, un point de vue singulier au reste de l'équipe. D'un côté, j'ai observé que le cœur du métier de puéricultrices et d'éducatrices de jeunes enfants est l'accompagnement des besoins de l'enfant, et de son bien-être. Elles sont spécialisées dans les soins et l'éducation du bébé. De l'autre côté, le psychologue et les médecins se concentrent davantage sur la psychiatrie adulte. Ils orientent leur travail à partir des échanges verbaux avec les mères. Qu'en est-il des psychomotriciennes ? De quel côté se trouve notre place ? D'après moi, nous nous trouvons à la croisée des chemins, dans un entre-deux. Notre rôle se situe dans le lien d'attachement, dans la relation singulière de la mère avec son enfant, dans l'émotion.

Théoriquement, c'est de cette façon que j'envisage notre métier. Maintenant, je voudrais vous faire part de mes ressentis auprès des dyades. Il m'a fallu du temps pour

comprendre cette place de l'entre-deux. En psychiatrie périnatale, nous ne sommes pas face à un patient mais face à deux. La mère communique avec nous par le langage et par le corps. L'enfant s'adresse seulement par une communication infra-verbale, purement corporelle. Quand on se retrouve tiers dans une relation dyadique, il faut pouvoir écouter la mère, l'accompagner tout en soutenant les vécus corporels du bébé. Cette place n'est pas toujours évidente. Au début, j'avais la sensation de surtout me concentrer sur les échanges avec les mères autour de leurs difficultés. Puis, j'arrêtais l'échange pour jouer avec l'enfant. Quelque chose me dérangeait dans ma façon de faire. J'avais la sensation désagréable de « louper » quelque chose. Impliquée dans mon échange avec une mère, j'en oubliais « presque » l'enfant posé près de nous et souvent sujet de nos discussions. Au fil des mois, j'ai réussi à ajuster ma position, à m'éloigner un peu afin de laisser place à l'attention conjointe. « *L'attention conjointe est le fait de partager ensemble un intérêt commun pour un objet* » (Aubineau, Vandromme & Le Driant, 2015, p.141). En psychiatrie périnatale, l'attention conjointe est essentielle dans la relation. A travers le regard mutuel et les intentions de la mère, le bébé construit sa propre subjectivité. Les interactions de la dyade vont permettre d'instaurer un espace d'intersubjectivité. Dans notre clinique, les mères ont souvent des difficultés à proposer des situations favorisant l'émergence de l'attention conjointe avec l'enfant. Le psychomotricien instaure l'attention conjointe avec la mère. « *Elle commence par un engagement visuel mutuel entre deux personnes ; puis un des regards glisse vers un objet d'intérêt et est suivi par le regard du partenaire de l'interaction* » (Aubineau, Vandromme & Le Driant, 2015, p. 144). Ainsi, nous mettons en mots et en sens ce que l'enfant nous montre, ses compétences, ses besoins. Par les compétences du bébé, nous allons pouvoir atteindre les compétences de la mère. L'attention conjointe nous permet d'être en relation avec une dyade et de la comprendre. En soignant la relation chez l'enfant, nous atteignons à la mère.

J'ai compris également que notre métier nécessite de la répétition. Nous avons besoin de voir plusieurs fois les dyades, de jouer avec l'enfant, d'échanger avec les mères. Il peut arriver que je ne sois pas disponible pendant une séance, mon esprit étant absorbé par autre chose. Je ne suis alors pas en capacité de récupérer toutes les informations émises par la mère et l'enfant. D'un autre côté, la mère et le bébé vivent aussi des moments similaires. Je me souviens d'une séance où Emma était malade et avait mal dormi. Ce jour-là, avec ma maîtresse de stage, nous nous sommes retrouvées face à un bébé inerte, ne tournant plus sur le côté et n'entrant absolument pas en relation avec nous. Si nous n'avions pas pris connaissance de son état du jour, nous aurions pu axer nos hypothèses dans une mauvaise direction. Heureusement, une fois guérie, Emma a retrouvé une motricité plus active et a pu nous adresser quelques sourires. Finalement, la répétition des séances nous permet de constater un symptôme chez l'enfant à un moment donné. Ce symptôme va venir signifier quelque chose, une difficulté peut-être à prendre en charge.

Devant mes questionnements sur la place de tiers dans une relation dyadique, j'ai voulu faire un pas de côté. Pour cela, je me suis intéressée à l'outil vidéo.

2. Intérêt de l'outil vidéo dans la pratique psychomotrice

Je n'ai pas eu beaucoup de temps pour expérimenter la vidéo. Cependant, j'ai été très intriguée par son utilisation dans l'unité et j'aimerais réfléchir sur les possibilités qu'offre cet outil. Les psychomotriciennes l'utilisent lors des bilans psychomoteurs et le psychologue

filme certains temps de vie ou de séance. Je me questionne sur l'intérêt que pourrait présenter l'outil vidéo dans la pratique du psychomotricien ?

L'outil vidéo fixe sur images un ou plusieurs moments de relation entre la mère et l'enfant. Comme je l'ai évoqué précédemment, je pense que ces instants filmés ne sont pas toujours représentatifs du fonctionnement de la dyade. Cependant, ils nous permettent une prise de recul que nous n'avons pas pendant la séance. Lors du visionnage de la vidéo, nous nous retrouvons à l'extérieur de la scène. Il est alors intéressant de constater ce qui a pu nous échapper. La relation entre la mère et l'enfant transparait dans une certaine mesure. Certains éléments peuvent être révélés comme un échange de regard, une phrase, un mot, une caresse passée inaperçue. La répétition des prises vidéo met en lumière l'évolution de la prise en charge. Est-ce que la mère a pu se saisir des conseils ? Est-ce qu'elle a pu les intérioriser ? Tant d'indices qui vont orienter la prise en charge de la dyade.

Madame S. ne semble pas réussir à intérioriser en elle les conseils donnés. Lors d'une séance, nous lui demandons de parler à sa fille, de verbaliser ce que vit Emma. Madame S. nous demande quoi dire. Ma maître de stage se met derrière elle et lui propose des phrases toutes faites qu'elle pourrait adresser à sa fille en exemple. Madame S. l'imites et répète mots pour mots les phrases de ma maître de stage. Je sens bien que Madame S. ne met pas de sens sur ces phrases. Elle les répète pour faire ce qu'on attend d'elle. Elle « colle » ce que nous lui proposons mais rien ne semble s'inscrire en elle. Cette problématique est toujours actuelle et soulève beaucoup de questions au sein de l'équipe sur la manière d'aborder les choses avec elle.

Manquant d'expérimentations, je me suis tournée vers le psychologue de l'unité pour échanger autour de son expérience de la vidéo. Il m'a expliqué avoir remarqué plusieurs attitudes devant la caméra. Des mères, souvent désinvesties dans la relation avec leur enfant se mettent au contraire à surinvestir l'enfant. Elles se placent dans une position de démonstration. Elles veulent montrer au maximum qu'elles sont « de bonnes mères ». Cependant, le bébé n'étant pas habitué, il ne sait pas comment réagir et peut se désorganiser. D'autres au contraire se retrouvent intimidées par l'outil et s'isolent davantage. Je me demande si l'outil vidéo est alors intéressant à utiliser. Les comportements des mères face à la caméra nous renseignent sur leur capacité à être sous le regard de l'autre mais ce changement n'est-il pas seulement l'oeuvre de l'outil ? Est-ce que ces comportements sont utiles à la thérapie ?

Un travail de visionnage avec les mères peut être pensé comme un accompagnement thérapeutique. Il amène les mères à se voir, comme dans un miroir. Le psychomotricien pourrait alors les aider à verbaliser leurs vécus. Elles se voient être mères. Je trouve intéressant de pouvoir développer avec elles ce qu'elles voient alors d'elles-mêmes. Comment je me vois ? A quoi je ressemble en tant que mère ? Quel est mon ressenti de ce moment ? Comment je me sentais ? Le psychomotricien pourra aider la mère à verbaliser autour de ses vécus émotionnels et de son estime de soi. La vidéo amène la mère à voir les vécus corporels de l'enfant.

Pour finir, je dirai que l'outil vidéo présente un intérêt professionnel pour le psychomotricien. En nous voyant, la vidéo peut nous amener à avoir une position réflexive sur notre posture et à nous questionner dessus. De plus, il s'agit d'un outil intéressant pour le travail d'équipe. Il amène un regard commun tout en permettant à chacun de développer un point de vue différent. Il peut être riche en tant qu'outil d'élaboration clinique.

CONCLUSION

Dans cet écrit, j'ai tenté de montrer comment les enveloppes participent à la construction psychique et corporelle de l'enfant.

Mon stage en psychiatrie périnatale m'a ouvert des champs de questionnements sur la relation mère-enfant. J'ai retenu que chaque enfant, chaque mère, chaque situation est différente et unique. Quand le lien ne se fait pas, quand la relation n'est pas sécurisée, la reconstruction des enveloppes psychocorporelles se retrouve au cœur du soin. Le psychomotricien, dans toutes ses spécificités, propose des dispositifs et accompagne la dyade dans un moment important de la vie. Il porte et contient les vécus psychocorporels et y met du sens. L'enveloppe institutionnelle vient soutenir les soignants et les patients par un cadre thérapeutique maternant. Ainsi contenu, le psychomotricien peut développer sereinement ses capacités d'écoute et d'empathie auprès des patients.

Ma clinique s'est arrêtée en cours de route, mi-mars, avec la crise sanitaire. Du jour au lendemain, je n'ai plus eu de patients, plus de prises en charge, plus de stage ni d'institution pour m'accompagner dans mon processus de professionnalisation. Des nouvelles de mes patients m'arrivaient de ma maîtresse de stage mais je n'ai plus eu de contacts directs avec eux. Pour vivre cette situation difficile, j'ai trouvé en moi des ressources insoupçonnées. Pendant cette période de confinement, je me suis portée volontaire pour travailler dans un Foyer d'Accueil Médicalisé. Ce travail m'a aidé à remettre en mouvement mes questionnements voire à les conforter. J'ai pu ainsi continuer à écrire et à élaborer malgré les circonstances, peu contenantantes et sécurisantes.

Ma clinique s'étant arrêtée brutalement, je n'ai plus revu Madame S. et Emma. Cependant, je garde en tête l'évolution de cette maman et les moments que nous avons pu partager ensemble. Je voudrais finir en racontant un de ces moments un peu spécial.

Un matin, Emma joue avec les boutons, allongée sur le tapis. Ma maître de stage vient taquiner Emma sur ce qu'elle n'arrive pas à faire. Présente avec nous, Madame S. intervient. Elle caresse la tête d'Emma avec douceur et tendresse et répond à ma maître de stage : « Arrêtez ! Elle sait faire plein de choses ». Ma maître de stage, surprise, s'adresse à Emma : « Et tu vois, maman elle prend ta défense aussi ». Ce moment, plein d'émotions, marque un tournant dans la prise en charge. Tant de chemin parcouru avec cette maman qui commence doucement à s'attacher à sa fille.

En achevant cet écrit, j'ai la sensation de ne pas avoir pu relater tout ce que j'aurais souhaité. Dans la clinique psychiatrique, il est souvent difficile d'être objectif. Mon mémoire est teinté de mes observations et de mon vécu. Ma subjectivité prend une place très importante. C'est pour cette raison que j'ai fait le choix d'élaborer à partir de mes impressions plutôt que d'hypothèses vérifiables. La contenance et les enveloppes sont une part essentielle de mon travail. En partant du bébé, cette clinique m'a permis de comprendre qu'à tout âge, le psychomotricien est exposé à cette question de la contenance, essence de notre métier.

Ce travail d'écriture, m'a permis de constituer des assises professionnelles. Mon stage en psychiatrie périnatale m'a aidé à trouver ma propre façon d'être psychomotricienne. C'est avec cette conscience des enveloppes qui nous construisent et nous entourent que j'espère pouvoir dorénavant travailler auprès de personnes de tout âge.

Bibliographie

- Ajuriaguerra, J. de, & Angelergues, R. (1962). De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui : à propos de l'oeuvre d'Henri Wallon. Dans F., Joly & G., Labes (dir.), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité : volume 1, Corps, tonus et psychomotricité*. (p.185- p.196). Paris, France : Vernazobres-Gregio.
- Anzieu, D. (2006). *Le Moi-Peau*. Paris, France : Dunod.
- Aubineau, L. H., Vandromme, L. & Le Briant, B. (2015). L'attention conjointe, quarante ans d'évaluations et de recherches de modélisations. *L'Année psychologique*, 115(1), 141-174. doi:10.4074/S0003503314000074.
- Basuyau-Rouquette, B. (2008). Le « portage » thérapeutique de la dyade mère-bébé en psychomotricité. *Spirale*. 46(2), 71-79. doi:10.3917/spi.046.0071.
- Bourdarias, C. (2008). Bien porté/Bien portant. *Spirale* 46(2), 81-89. doi:10.3917/spi.046.0081.
- Bourrier, D. & Dubié, C. (2007). L'atelier massage bébé. Dans C., Boukobza (dir.), *Les écueils de la relation précoce mère-bébé*. (p.93-p.100). Ramonville Saint-Agne, France : Erès.
- Bowlby, J. (2002). *Attachement et perte Volume 1 L'attachement*. (5e éd. rév.; traduit par J. Kalmanovitch). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Brulé, I. (2015). *Quand l'emballage est soin...* (Travail de recherche, Institut de Formation Infirmiers Puériculteurs de Marseille). Repéré à <https://www.infirmiers.com/pdf/memoire-isabelle-brule.pdf>
- Bullinger, A. (2015). Quelques réflexions sur l'espace de la pesanteur. *Les effets de la gravité sur le développement du bébé*. p.33-40. Toulouse, France : Erès.

- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenantante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102. doi:10.3917/cpc.017.0081.
- Ciccone, A. & Lhopital, M. (2019). *Naissance à la vie psychique*. Malakoff, France : Dunod.
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) en ligne. Repéré à <https://www.cnrtl.fr>
- Corraze, J. (2007). Le dialogue tonico-émotionnel à la lumière des connaissances actuelles. *Entretiens de Psychomotricité*. (p.69-p.84). Paris, France : Expansion Formation et Editions.
- Cyrulnik, B. (2003). *Sous le signe du lien. Une histoire naturelle de l'attachement*. Paris, France : Hachettes Littératures.
- Decoopman, F. (2010). La fonction contenantante. Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenantante du thérapeute. *Gestalt*, 37(1), 140-153. doi:10.3917/gest.037.0140.
- Golse, B. (2001). La psychose à partir de la clinique du bébé, ou entre corps et institution : l'instauration. Dans P., Delion (dir.), *Le bébé et ses institutions*. (p.73-p.89). Toulouse, France : Erès.
- Houzel, D. (1992). Peut-on parler d'enveloppe institutionnelle ?. Dans G., Bléandonu (dir.), *Filiation et Affiliations*. (p.71-p.78). Lyon, France : Césura Edition.
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris, France : In press.
- Jover, M. (2000). Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture. Dans J., Rivière (dir.), *Le développement psychomoteur du jeune enfant. Idées neuves et approches actuelles*. (p.17 - p.52). Marseille, France : Solal.

- Leboyer, F. (2018). *Shantala - un art traditionnel, le massage des enfants*. Espagne : Du Seuil.
- Mathet-Jolly, F. & Van den Peereboom, I. (2008). Se former au portage et à sa transmission pour mieux prendre en compte les besoins des enfants et de leur entourage. *Spirale* 46(2), 111-120. doi:10.3917/spi.046.0111.
- Montagu, A. (1979). *La peau et le toucher, un premier langage*. (traduit par C. Erhel). Paris, France : Editions du Seuil.
- Missonnier, S. (2015). *La consultation thérapeutique périnatale – Un psychologue à la maternité*. Toulouse, France : Editions Erès.
- Parrat-Dayan, S. (1990). L'emballotement ou « l'extravagante pratique du maillot ». *Journal de pédiatrie et de puériculture*. 1-1991.
- Potel, C. (2015). *Etre psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse, France : Erès.
- Robert-Ouvray, S.B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Paris, France : Desclée de brouwer.
- Soussignan, R. & Schaal, B. (2001). Les systèmes émotionnels chez le nouveau-né humain : invariance et malléabilité des réponses aux odeurs. *Enfance*, vol. 53(3), 236-246. doi:10.3917/enf.533.0236.
- Winnicott, D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. Dans Winnicott, D., W., *La mère suffisamment bonne* (p. 35-50). (traduit par J. Kalmanovitch, M. Michelin & L. Rosaz). Paris, France : Payot & Rivages.
- Winnicott, D.W. (1974). *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Paris, France : Payot.

Résumé

Madame S. et sa fille Emma, âgée de quelques mois, sont reçues dans une unité de psychiatrie périnatale. L'étude clinique de cette dyade montre l'importance des enveloppes psychocorporelles dans le lien mère-enfant. A partir d'observations et d'expériences vécues, ce mémoire met en avant les dispositifs proposés par le psychomotricien dans l'accompagnement des dyades : accueil de jour, groupe massage, portage. L'enveloppe institutionnelle vient encadrer ces dispositifs et contenir le vécu des soignants et des patients. Le sentiment de contenance, essence du métier de psychomotricien vient soutenir les premiers liens d'attachement.

Mots clés : Psychomotricité – Périnatalité – Enveloppes psychocorporelles – Portage – Attachement

Summary

Mrs. S and her daughter Emma, a few months old, are received in a perinatal psychiatry unit. The clinical study of this dyad shows the importance of the psychocoporeal envelopes in the mother-child bond. Based on observations and lived experiences, this dissertation highlights the measures offered by the psychomotor therapist to support the dyads : day care, massage group, baby carrying. The institutional envelope provides a framework for these measures and takes into account the experiences of caregivers and patients. This support, both physical and psychological, is the very essence of the psychomotrician's profession and reinforces the first maternal bonds.

Key words : Psychomotor – Perinatal – Psychocoporeal envelopes – Portage – Attachement