



Un cocon pour maman : intérêts de la médiation hamac en Unité Mère-Bébé

Mégane Penaud

► To cite this version:

Mégane Penaud. Un cocon pour maman : intérêts de la médiation hamac en Unité Mère-Bébé. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02939569

HAL Id: dumas-02939569

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02939569>

Submitted on 15 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, Bd de l'Hôpital

75364 PARIS Cedex 14

Un cocon pour maman

Intérêts de la médiation hamac en Unité Mère-Bébé

Mémoire présenté par Mégane PENAUD

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

Remerciements

La liste est longue, tant il y a de personnes qui, de près ou de loin, ont rendu possible l'écriture de ce mémoire. Je les remercie, sans toutes pouvoir les citer. Mais je tiens à adresser personnellement certains remerciements.

Pour commencer, je tiens à remercier mes maitres de mémoire Corinne GATEAU et Manon VERNAY pour leur investissement et leurs précieux conseils. Merci de m'avoir accompagnée et d'avoir porté ce mémoire avec moi.

Merci également à ma famille et mes amis de m'avoir soutenue dans mes choix malgré mes nombreux doutes et réorientations. Je les remercie une nouvelle fois car, en ne comprenant rien à la psychomotricité, ils m'ont permis de sans cesse chercher à éclairer mes explications à la lumière de nombreuses théories afin de pouvoir leur en donner une définition satisfaisante.

Merci à mes camarades de classe, notamment Tiphaine et Clara, qui m'ont soutenue, contenue et apaisée lors de la rédaction de ce mémoire. Chacune à sa manière, elles ont su trouver les mots et remettre de la clarté dans mes moments de doute.

Un tout particulier remerciement à Margaux et Mathilde, mes amies de longue date. Sans leur impulsion, je ne ferais probablement pas partie de la promotion de psychomotricité 2017-2020.

Merci à toute l'équipe de l'UMB pour leur accueil chaleureux et leur confiance. Et particulièrement à ma maitre de stage Corinne de m'avoir accompagnée toute l'année, de m'avoir encouragé à élaborer mon projet et d'avoir enrichi ma pratique.

Et enfin, je remercie les femmes hospitalisées que j'ai accompagnées, qui m'ont donnée une belle leçon d'humilité.

A tous ... vous avez mon entière reconnaissance.

Table des matières

Introduction	1
Partie I : Premier pas, une histoire de rencontres	3
I. Rencontre avec le lieu de stage.....	3
1. <i>La filière de psychiatrie périnatale.....</i>	<i>3</i>
2. <i>L'UMB.....</i>	<i>3</i>
A. La naissance des UMB face aux besoins de la population	3
B. Objectifs de l'hospitalisation conjointe	4
C. Présentation et organisation	4
3. <i>L'équipe</i>	<i>5</i>
A. Pluridisciplinarité	5
B. Le fonctionnement de l'unité et les soins proposés par l'équipe	6
C. La place de la psychomotricité	7
II. Rencontres avec les patientes.....	9
1. <i>La rencontre avec Mme P et Lucien</i>	<i>9</i>
A. Le contexte de la PEC	9
B. Des présentations ...	10
C. ... A la rencontre	10
D. Détour par les informations issues du dossier patient	11
E. Problématique de Mme P	13
2. <i>La rencontre avec Mme B et Noé.....</i>	<i>13</i>
A. Le contexte de la PEC	13
B. La première rencontre	13
C. La deuxième rencontre	14
D. Evolution dans l'unité et mise en lien avec l'anamnèse	15
E. Problématique de Mme B	16
3. <i>La rencontre avec Mme R et Tom.....</i>	<i>16</i>
A. Le contexte de la PEC	16
B. Retour sur l'anamnèse de la patiente, une vie de traumatismes	17
C. La rencontre	19
D. Problématique de Mme R	20
4. <i>Le lien entre ces trois rencontres.....</i>	<i>20</i>
III. Rencontre avec la théorie	22

<i>1. Les enjeux de la maternité sur le plan psychocorporel.....</i>	<i>22</i>
A. Le désir d'être mère, le désir d'enfant et leur évolution dans la société	23
B. La grossesse, ou la nidation psychocorporelle	25
C. La naissance de la mère et du bébé	27
<i>2. Les enjeux de la fonction maternelle dans la construction de l'identité de mère</i>	<i>28</i>
A. Le concept de « mère suffisamment bonne » de D.W. WINNICOTT	29
B. W. Bion et la « fonction alpha » de la mère	31
C. La confirmation du sentiment d'être mère	32
<i>3. Les processus pathologiques.....</i>	<i>33</i>
A. Psychiatrie puerpérale	33
B. La parentalité dans le concept de hiérarchie des besoins	36
C. La théorie psychanalytique des fantômes autour du berceau	39

Partie II : Le désir d'un projet à sa conception 42

I. Le projet hamac et contenance42

<i>1. Evaluation psychomotrice: ce que nous dit le langage du corps</i>	<i>42</i>
A. Tonus, posture et dialogue tonico-émotionnel	42
B. Les comportements moteurs	42
C. Le versant affectif	43
D. Propos et discours	43
E. Emergence de la problématique de l'enveloppe	43
<i>2. Retour théorique: De l'éprouvé d'être contenu à l'élaboration d'un contenant</i>	<i>44</i>
A. « L'enveloppe utérine » de Anzieu ou le contenant primaire	44
B. L'état primaire de non-intégration et la nécessaire enveloppe maternante	46
C. Introjection de l'enveloppe contenante maternelle au service de la construction du self	48

II. Les poupées russes: l'enveloppe institutionnelle au service de l'élaboration d'un contenant.....52

<i>1. La médiation hamac: une métaphore de l'enveloppe maternelle.....</i>	<i>52</i>
A. Le choix du hamac	52
B. La création d'une enveloppe sonore	53
C. Le choix des stimulations sensorielles	54
D. Le choix de la conscience corporelle	55
E. Le choix des temps de parole	55
<i>2. Une réflexion sur le cadre: un jeu de poupées russes</i>	<i>55</i>
A. L'insertion de l'enveloppe maternante du projet de psychomotricité ...	55
B. ... Dans l'enveloppe institutionnelle de l'UMB	56

Partie III : Réflexion théorico-clinique sur le cadre thérapeutique 59

I. Le projet imaginé à l'épreuve de la réalité.....	59
1. <i>Premières séances et premiers réajustements</i>	<i>59</i>
A. Mme P	59
B. Mme B	60
C. Mme R	61
2. <i>Le portage psychique dans l'élaboration d'une enveloppe contenant</i>	<i>62</i>
A. Illustrations cliniques	62
B. Le réajustement du cadre	63
II. Le travail du corps face à la régression.....	64
1. <i>Vignettes cliniques</i>	<i>64</i>
A. La deuxième séance de Mme P	64
B. Mme B B.1. La deuxième séance	65
C. Mme R	66
2. <i>Le lien entre les trois patientes: régresser pour avancer</i>	<i>68</i>
A. La sensation de contenance	68
B. Le constat de régression	69
3. <i>En quête de sens</i>	<i>70</i>
A. Le concept psychanalytique de la régression	70
B. Les mécanismes régressifs des mères hospitalisées à l'UMB	71
Partie IV: Se recentrer pour s'accorder	73
I. Retour sur la dyade.....	73
1. <i>La dernière séance de Mme P</i>	<i>73</i>
2. <i>Mme B</i>	<i>73</i>
3. <i>Mme R</i>	<i>74</i>
II. De la recentration sur soi à la relation	78
1. <i>La renarcissisation</i>	<i>78</i>
2. <i>... Au service d'une meilleure adaptation mère-bébé.....</i>	<i>79</i>
Conclusion	82
Bibliographie	85
Sitographie	89

Introduction

C'est une histoire d'élève en psychomotricité comme plein d'autres. Une rencontre avec un lieu de stage, avec une équipe, avec des patients ... Mais ce qui confère à un mémoire un caractère singulier, ce sont finalement ces rencontres uniques.

Pour ma part, l'histoire qui fait l'objet de ce mémoire s'écrit lors de ma rencontre avec trois jeunes mamans au cours de mon stage en Unité Mère-Bébé.

Le choix de mon terrain de stage n'est pas anodin. Il répond à une volonté de ma part d'interroger les fondements de l'affection maternel. L'amour d'une mère constitue certes l'un des moteurs de son attachement envers son enfant, mais suscite de nombreuses controverses sur sa nature et son caractère instinctif.

A l'heure où la maternité n'est plus une évidence dans la vie d'une femme mais répond plutôt à un choix personnel, la naissance de bébé constitue-t-elle toujours un événement heureux dans la vie d'une femme ? Alors qu'auparavant avoir un enfant répondait davantage à une exigence de perpétuation familiale, l'évolution des mœurs notamment au sujet de la place de la femme mais également de celle de l'enfant au sein du cercle familial, mettent au coeur de la conception la parentalité comme vecteur d'épanouissement personnel. La nécessité d'avoir un enfant laisse désormais place au désir d'enfant et devenir parent.

Mais qu'en est-il de ces femmes qui, une fois devenues mères, ne parviennent pas à s'accomplir dans ce nouveau statut ? Celles qui, bien que leur amour maternel les pousse à s'occuper de leur enfant, ne ressentent pas de plaisir dans la relation avec celui-ci et ne peuvent pas leur offrir un environnement sain ?

La rencontre avec les trois patientes dont je faisais mention précédemment m'ont permis de m'interroger sur le développement du sentiment d'être mère. La pathologie et l'histoire personnelle de ces femmes confèrent certes un caractère singulier à leur problématique, mais toutes les trois semblent avoir un point commun: des souffrances vécues dans leur

enfance qui semblent resurgir du passé au moment de la maternité et perturber leur sentiment d'être mère. Leur apparente fragilité me donnent l'impression que leur difficulté à tisser des relations de qualité avec leur bébé fait écho à une carence de contenance.

Ces trois rencontres m'ont donc permis de soulever une interrogation: **Comment ces mamans peuvent-elles aborder sereinement la maternité, sans se laisser désorganiser par celle-ci, avec une construction psychocorporelle qui paraît si insécure ?** Ce qui m'a amenée à réfléchir sur la manière dont les expériences corporelles proposées en psychomotricité peuvent panser la sensation de contenance fragilisée. Ces recherches ont alors orienté ma réflexion clinico-théorique autour d'un questionnement : **Comment la médiation hamac en thérapie psychomotrice permet-elle d'accompagner la femme dans la construction de son identité de mère ?**

Afin de suivre le fil de mes interrogations, j'ai voulu présenter mon mémoire selon l'évolution de ma réflexion. Ainsi, je présenterai d'abord ma rencontre avec mon lieu de stage et celle avec chaque maman, mises en lumières par des éléments théoriques concernant la construction de l'identité de mère et les pathologies qui peuvent entraver ce processus.

Ensuite, je préciserai l'intérêt de la médiation hamac et de l'élaboration d'un cadre contenant, en l'argumentant par le développement des enveloppes corporelles chez le bébé.

Puis j'expliquerai, dans une troisième partie, les apports psycho-corporels des mouvements régressifs qui se jouent lors des séances de psychomotricité.

Enfin, dans une dernière partie, j'illustrerai par la clinique les bienfaits de la renarcissisation des patientes au profit de l'étayage des relations mère-bébé.

Partie I : Premier pas, une histoire de rencontres

I. Rencontre avec le lieu de stage

1. La filière de psychiatrie périnatale

L'unité d'hospitalisation mère-bébé (l'UHMB, ou UMB) dans laquelle j'effectue mon stage est rattachée à la filière de soins de psychiatrie périnatale, qui s'inscrit elle-même dans le pôle de pédopsychiatrie du centre hospitalier de la région.

A l'interface de la psychiatrie de l'adulte et de la pédopsychiatrie, la filière de psychiatrie périnatale est organisée en trois domaines: l'ambulatoire, l'hospitalisation et le travail en réseau. Selon la sévérité du tableau clinique, il peut être proposé aux patientes une hospitalisation complète ou sur la journée.

2. L'UMB

A. La naissance des UMB face aux besoins de la population

En 1941, les bombardements allemands ont contraint les autorités militaires britanniques à élaborer un programme de « défense passive » des civils. Il consistait en l'évacuation des populations les plus vulnérables (en particulier les enfants) des cibles vraisemblables de l'armée allemande.

L'éloignement des enfants de leur famille a ainsi contribué à une prise de conscience de la part des spécialistes de l'enfance quant à l'importance singulière du lien entre l'enfant et sa mère ainsi que les effets potentiellement délétères de cette séparation sur le développement de ses plus jeunes victimes. Emergent alors de nombreux travaux autour de l'impact traumatique de la rupture familiale sur l'enfant notamment le concept de mère suffisamment bonne (*good enough mother*) décrite par le pédiatre-psychanalyste D. W. WINNICOTT.

C'est dans ce contexte d'après-guerre que s'est affirmée la volonté de créer pour la première fois, au Royaume-Uni, les premières unités d'hospitalisation de la dyade mère-bébé. Il faudra attendre 1976 pour voir l'ouverture de ce genre d'unité en France.

Actuellement, il en existe une dizaine (soit environ soixante lits d'hospitalisation conjointe à temps complet) , dont la répartition sur le territoire reste très disparate.

L'UMB est un service de psychiatrie qui accueille des patientes présentant des états psychopathologiques survenant au cours de la période périnatale¹. Ils concernent toutes les manifestations allant des troubles anxieux ou névrotiques simples aux psychoses graves aiguës en passant par les états dépressifs. Selon leur période d'apparition, avant ou après l'accouchement, on distingue les troubles anté- des troubles post-nataux (ou post-partum). L'hospitalisation peut donc concerner une femme enceinte comme une mère avec son bébé.

B. Objectifs de l'hospitalisation conjointe

En France, la majorité des unités mère-bébé s'ancre dans un pôle de pédopsychiatrie. Ce mode d'hospitalisation conjointe n'a donc pas pour seule indication la prise en charge préventive et curative du trouble psychiatrique maternel (pendant la grossesse ou le post-partum); elle vise principalement l'étayage des relations entre les deux partenaires de la dyade afin de prévenir l'apparition d'éventuels troubles précoces du lien durant la période périnatale.

Ainsi, compte tenu de l'importance des premiers liens dans la construction de l'attachement, il est pertinent d'offrir des soins à la mère psychiquement malade tout en assurant au bébé un environnement propice à son bon développement psycho-affectif.

« Il s'agit de soigner la mère accompagnée de son enfant, dans un cadre qui leur permette à tous deux de développer ou de soigner les interactions et les processus d'attachement entravés par la pathologie mentale maternelle » (A-L. SUTTER DALLY, 2008, p.23)

C. Présentation et organisation

L'UMB temps plein dans laquelle j'effectue mon stage a ouvert ses portes en 1995.

Elle comprend huit chambres pouvant accueillir quatre dyades, soit deux chambres adjacentes (une pour maman et une pour bébé). Deux chambres supplémentaires et

¹ Période qui s'étend de la 28^{ème} semaine de la grossesse jusqu'au 8^{ème} jour suivant la naissance

attendant au service permettent également d'accueillir les femmes enceintes qui présentent des pathologies du pré-partum pouvant entraver la future maternité.

L'unité se compose également de :

- un poste infirmier à l'entrée du service: qui fait office de bureau, dans lequel l'équipe effectue les transmissions;
- une grande salle de séjour dans laquelle on peut différencier deux espaces: un coin repas avec des tables qui sert également de lieu pour les arts plastiques; et un coin détente avec des canapés, des fauteuils pour les mères; un tapis d'éveil, des jouets, des portiques, des transats et des coussins pour les bébés. La salle de séjour est baignée de lumière grâce à une large baie vitrée, et est décorée de plusieurs tableaux que les mamans ont fait au cours de leur hospitalisation.
- la nursery: les mères y donnent le bain aux bébés.
- une salle de périnatalité: la psychologue l'utilise lors des groupes de parole: il y a des fauteuils, une table ronde et des chaises. La salle est également utilisée par la psychomotricienne pour y accueillir les mamans et les bébés en séance. Il y a donc un grand miroir accolé à un large tapis rigide en mousse, des traversins et des coussins en tissu, des jouets d'éveil, des cubes et des balles, des peluches ... qui permettent de stimuler le développement du bébé, notamment sa sensorialité, ses compétences instrumentales et motrices.

3. L'équipe

A. Pluridisciplinarité

L'équipe est composée de:

- un médecin psychiatre, un médecin pédopsychiatre de la filière périnatalité et un interne en psychiatrie
- un pédiatre : intervenant extérieur qui réalise des consultations à l'unité sur deux demi-journées par semaine
- une sage-femme : qui effectue un travail de réseau important entre la maternité et l'UMB et assure le suivi médical des mères hospitalisées

- un psychologue : qui intervient sur toute la filière de périnatalité
- une assistante sociale: à mi-temps
- une psychomotricienne: présente deux demi-journées sur l'UMB
- une assistante médico-administrative
- une équipe soignante composée de la cadre de santé, des infirmières, de 2 auxiliaires de puériculture ainsi que d'une puéricultrice

B. Le fonctionnement de l'unité et les soins proposés par l'équipe

Les premières semaines d'observation au sein de mon stage m'ont permis de constater l'importance fondamentale de la pluridisciplinarité et de l'organisation du système de soins déployé autour des dyades.

Des réunions de transmission sont effectuées par les équipes quotidiennement ainsi qu'une réunion de service hebdomadaire. Elle rassemble tous les professionnels qui interviennent sur l'unité et la filière de périnatalité. Elle permet d'échanger sur les dyades du service mais également d'aborder les situations à risque pouvant faire l'objet d'une hospitalisation.

La prise en charge de l'enfant qui, *a priori*, n'est pas malade, est davantage préventive que curative. L'institution assure la protection, la contenance et la continuité des soins physiques et psychiques que la mère, du fait de sa dynamique pathologique, ne peut pas fournir continuellement à son bébé mais qui sont non moins nécessaires au bon développement de ce dernier. En prenant le relai auprès de bébé lorsque la mère n'est pas disponible pour ce dernier, l'équipe soignante évite toute répercussion néfaste de la discontinuité des soins sur le bébé.

Les soins proposés aux patientes ne visent pas uniquement la mise au repos des mères ou la substitution de leur rôle. Ils reposent surtout sur la possibilité aux patientes de s'identifier aux soignants; et de fil en aiguille, pouvoir grâce à cette identification nouer des relations de qualité avec leur bébé. L'équipe étaye les compétences maternelles, accompagne les relations entre la mère et son bébé en se positionnant en tant que

médiateur dans les soins, les moments d'éveil et de jeux avec bébé. Elle stimule donc l'attachement de la maman envers son bébé tout en permettant à cette dernière d'avoir des moments de répit lorsque sa pathologie devient trop envahissante pour endosser son rôle maternel.

« Il ne s'agit pas de faire à la place de la mère mais plutôt d'aider la mère à faire sa place en faisant avec elle. Les soignants exercent une fonction de médiation en aidant la mère à repérer les besoins du bébé, à ajuster une juste distance, à partager des jeux interactifs et offrent ainsi un support identificatoire permettant à la mère de se laisser aller aux mouvements de tendresse avec son bébé. » (NEZELOF, RAINELLI et SUTTER-DALLAY , 2017, p. 371).

Hormis ceux apportés à la dyade, plusieurs soins ponctuent la prise en charge des mères, sans la présence de bébé:

- un groupe de relaxation une fois par semaine organisée par une infirmière diplômée d'un DU de relaxation;
- des séances de psychothérapie individuelles et un groupe de parole encadrés par la psychologue;
- les infirmières proposent diverses activités notamment manuelles, des jeux de société, mais également des soins esthétiques et des entretiens infirmiers.

C. La place de la psychomotricité

La psychomotricienne fait partie de l'équipe pluridisciplinaire et participe à ce titre aux réunions de transmission hebdomadaires.

Elle propose des temps tapis dans la salle de séjour et, sous prescription médicale, des séances en salle de psychomotricité, dont les objectifs sont :

- soutenir le développement psychomoteur du bébé;
- participer à l'évaluation des compétences maternelles ;
- et soutenir les interactions mère-bébé ou parents-bébé afin de favoriser les liens d'attachement et de faciliter l'accession à la parentalité.

Selon la disponibilité du bébé et de la mère (et/ou du père), la psychomotricienne propose des séances qui constituent un temps et un espace de partage et d'expression tant pour les parents que pour le bébé. Pour se faire, il s'agit de proposer des situations adaptées aux capacités du bébé ce qui facilitera la rencontre, les interactions et le soutien à la relation. La thérapie psychomotrice a pour objectif de « *relier et d'accorder la mère et l'enfant; ce qui n'est réalisable que s'ils se reconnaissent mutuellement comme sujets désirants et qu'ils investissent chacun un espace personnel (...) et un espace de partage où ils se retrouveront communicants.* » (M. GAUBERTI, 1993, p.106)

Elle se montre également disponible pour échanger avec les mamans sur les temps de soins tels que les repas, les changes et les couchers de bébé.

II. Rencontres avec les patientes

Lors de mon arrivée dans le service de l'UMB temps plein, j'ai passé les deux premiers mois d'une part à me familiariser avec le fonctionnement de l'équipe; d'autre part à observer les dyades hospitalisées en assistant aux séances de psychomotricité mais également en participant à des situations informelles telles que les temps d'éveil sur le tapis, etc. Ces circonstances m'ont donné l'occasion de pouvoir échanger avec les mères, mais également d'observer le développement du bébé et la qualité des interactions entre les deux partenaires de la dyade.

Laissez-moi vous présenter la rencontre avec trois mamans de l'unité qui, en suscitant mon intérêt, ont nourri ma pratique et m'ont permis d'élaborer le projet de psychomotricité dont il est question dans ce mémoire.

1. La rencontre avec Mme P et Lucien

A. Le contexte de la PEC

J'apprends la venue d'une nouvelle patiente dans le service ce jour. Mme P est hospitalisée à l'UMB le 17 octobre pour décompensation anxio-dépressive du post partum sur un terrain anxieux, qui dure depuis 4 jours. Lors de la synthèse, l'équipe décrit alors une femme présentant un sommeil haché, une thymie triste sans idée suicidaire mais souffrant de phobies d'impulsion envers son bébé et une peur de mourir. Cette patiente se plaint également des pleurs incessants de son fils Lucien, notamment la nuit.

Suite à son accouchement le 27 septembre dernier, Mme P a fait plusieurs passages aux urgences psychiatriques pour crises d'angoisse.

L'observation de Lucien alors âgé de moins d'un mois à son arrivée dans l'unité, révèle qu'il tourne peu la tête à droite et est peu mobile. Il est intéressé par les objets qu'on lui propose mais la poursuite oculaire est difficile. L'équipe ne constate pas de désorganisation massive chez bébé. Le compagnon de Madame avait pris le relai auprès de leur enfant lorsque celle-ci n'était pas apte à lui fournir des échanges de qualité lors de ses moments de « lâchage ». En instaurant une certaine continuité dans les soins,

Monsieur a pallié les relations fragiles que la maman entretenaient avec Lucien et a ainsi permis à bébé de préserver ses acquis et développer ses compétences.

B. Des présentations ...

Je rencontre Mme P un jeudi après-midi dans la salle commune. Une femme de petite taille, arborant un chignon plaqué et portant des lunettes. Sous ses vêtements amples, j'aperçois des épaules courbées et un dos voûté. Sa posture m'évoque de suite une attitude de repli, de fermeture.

Je lui adresse un *bonjour* avenant et me présente. Mme P est en train de dessiner installée sur une des tables. Elle m'a vue entrer dans la salle, je l'ai vu discrètement lever la tête lorsque je saluais les autres patientes installées sur les canapés du séjour. Elle me répond à peine, me regarde furtivement, n'exprime aucune sympathie ou cordialité et me fait l'effet d'être plutôt fermée à la rencontre. Je n'insiste pas, lui adresse un sourire et la laisse s'habituer à ma présence. Je ne reviendrai pas vers elle ce jour-ci. J'apprendrai plus tard à la lecture de son dossier que Mme P se décrit comme plutôt introvertie, éprouvant de l'anxiété à l'idée d'aller vers les autres, allant jusqu'à en pleurer dans sa chambre.

C. ... A la rencontre

La semaine suivante, je décide d'engager la conversation avec Mme P, toujours occupée à dessiner seule sur une table dans la salle commune. Elle me regarde, répond de manière concise à mes sollicitations, toujours sans exprimer de sympathie. Je m'assois sur une table adjacente, en diagonale pour ne pas envahir son espace. Elle ne lève pas la tête et reste concentrée sur son activité. Je me sens peu à l'aise. Pour autant, j'éprouve l'envie de « rencontrer » cette femme. Peut-être parce que je venais d'apprendre que cette jeune maman avait mon âge et était née le même jour que moi. Ou peut-être était-ce parce que je sentais beaucoup de fragilité chez cette femme. Avec le recul que ces quelques mois m'offrent, je me rends compte qu'il y avait certes un peu de ces ressentis, mais qu'il y avait également beaucoup de curiosité et d'engagement de ma part dans mon stage qui me poussaient à prendre très à coeur ce temps d'observation et la rencontre avec les patientes.

Malgré nos réserves respectives, je décide donc de briser la glace et d'engager la conversation. Je la félicite quant à ses compétences artistiques et lui demande comment elle parvient à un si joli rendu. Mme P semble surprise, m'adresse enfin un regard, quoi qu'un peu furtif, et me confie utiliser l'huile d'amande douce de son fils. La tension semble alors se dissiper et la discussion m'apparaît plus libérée. Mme P commence à m'évoquer son intérêt pour le dessin pendant sa grossesse, sa passion pour le chant lyrique depuis quelques années, son régime végétalien, ses convictions notamment sur le plan éducatif (favoriser une motricité libre, privilégier l'éducation positive, etc) partagées avec son compagnon ... La discussion doit être relancée à certains moments mais Mme P semble encline au partage. De longues minutes passent au cours desquelles la jeune femme m'évoque ses loisirs. Elle ne fera aucune fois mention de son fils lors de cet échange, ni de la raison pour laquelle elle est hospitalisée. La semaine d'après et celles qui ont suivi, Mme P s'est montrée de plus en plus avenante envers moi et disponible à la discussion.

Ces premiers échanges avec cette patiente m'ont interrogée sur son histoire personnelle, ce qui m'a incité à consulter son dossier patient.

D. Détour par les informations issues du dossier patient

Mme P est une jeune femme de 25 ans, professeure de français dans un centre spécialisé dans l'accueil et l'accompagnement des migrants.

- **La personnalité de Mme P** : A la lecture du dossier patient, j'apprends que Mme P se décrit auprès de l'équipe soignante comme une personne pour qui le contrôle et l'anticipation dans tous les domaines de sa vie sont importants. Mais la naissance de Lucien a déstabilisé ses repères, ce qui est très anxiogène pour elle. Elle présente un discours auto-centré et l'équipe a du mal à remettre son fils et leur relation au centre de ses discussions, bien qu'elle verbalise son sentiment d'échec dans son rôle de mère. Elle est également décrite comme une patiente très démonstrative de son mal-être.

- **Sa relation avec Lucien:** A l'évocation du cas de Mme P lors des réunions hebdomadaires, l'équipe constate à plusieurs reprises l'ambivalence² que la patiente présente dans sa relation avec son fils. En effet, elle alterne entre des « jours avec » et des « jours sans » : se surprenant à se sentir bien dans l'unité, aller vers les autres patientes, avoir des interactions plaisantes avec Lucien un jour; puis se sentir triste le lendemain, demander le relai de l'équipe auprès de son bébé et ressentir de la culpabilité (sentiment engendré par la sensation d'abandonner Lucien).
- **Sa relation avec son compagnon:** Le compagnon de Mme P est très présent, prévenant, rassurant et tendre envers elle. Malgré la distance assez conséquente entre leur domicile et l'UMB, il fait le déplacement chaque week-end et dort dans une structure proche de l'UMB qui accueille les familles d'enfants hospitalisés. Son départ le dimanche constitue toujours un moment de profonde angoisse et de tristesse pour Mme P qui est souvent retrouvée en position foetale dans son lit, pleurant et enserrant sa peluche qu'elle qualifie de « doudou » et refusant de s'occuper de Lucien.
- **Les traces d'une enfance douloureuse:** A plusieurs reprises, Mme P évoque auprès de plusieurs infirmières l'égoïsme de sa mère et les relations difficiles qu'elle entretenait et entretient encore avec elle.
Lors de son hospitalisation, Mme P se confiera souvent auprès des soignantes au sujet d'une enfance douloureuse, une famille décrite comme toxique avec une mère peu sécurisante, revendicatrice et culpabilisante; et un frère tyrannique, sadique et effrayant. Elle fera beaucoup de liens entre ce vécu traumatique et ses difficultés actuelles avec son fils et son statut de mère.
Selon le dossier patient, elle imputerait également ses phobies d'impulsion de gestes incestueux à un attouchement ou abus sexuel qu'elle aurait subi auparavant, sujet sur lequel elle n'a pas souhaité davantage s'étendre lorsqu'elle l'a confié à la psychologue.

² L'ambivalence psychique peut se définir comme la disposition d'un sujet à éprouver ou manifester simultanément deux sentiments, deux attitudes opposés à l'égard d'une situation

E. Problématique de Mme P

Compte tenu de la fragilité de Mme P et de son agitation psychique, il m'apparaît peu à peu que tout semble faire effraction chez cette femme. Le moindre changement la déstabilise, l'envahit, entraîne de grosses remises en question et réveille de profondes angoisses, notamment d'abandon. La naissance de Lucien semble l'avoir déstabilisée à tel point qu'elle ne parvient pas à trouver un nouvel équilibre dans cette vie à trois.

2. La rencontre avec Mme B et Noé

A. Le contexte de la PEC

La première fois que j'ai vu Mme B m'a impressionnée. Nous venions d'apprendre en réunion qu'une nouvelle patiente âgée de 25 ans allait être hospitalisée dans l'unité pour troubles délirants sévères associés à la puerpéralité apparus dès le lendemain de son accouchement, soit depuis 10 jours.

B. La première rencontre

Sur la fin de journée, ma maitre de stage et moi nous trouvions dans la salle de psychomotricité lorsque j'entends ce qui semble être un échange houleux de l'autre côté de la porte. Je me précipite seule dehors en entendant une femme demander de l'aide et aperçoit Mme B agressant physiquement une ASH (Agent de Service Hospitalier). Lorsqu'un membre du personnel témoin de la scène parvient enfin à calmer Mme B et l'amener dans sa chambre, la patiente est passée devant moi en se déshabillant, jetant sa veste à mes pieds et arborant un sourire figé qui m'a déconcertée. Elle a été la première patiente que je voyais décompenser³.

Suite à cet événement et une agitation difficile à contenir pour les soignants de l'Unité Mère-Bébé, Mme B a été transférée dans le pavillon fermé de psychiatrie adulte et son mari est reparti au domicile avec leur bébé, que je prénommerai Noé. Elle ne reviendra

³ la décompensation psychotique, ou bouffée délirante aiguë, se caractérise principalement par la production de divers délires (pensées détachées de la réalité).

dans le service que 12 jours après, pratiquement méconnaissable, tant physiquement que psychiquement.

C. La deuxième rencontre

Je rencontre Mme B à son retour dans l'unité. Hormis quelques propos délirants et une thymie encore un peu exaltée par moments, la patiente présente un tableau dépressif : une fatigue qui se lit sur son visage et dans sa posture, un ralentissement psychomoteur⁴ important et une présentation négligée ... à tel point que je peine à la reconnaître. Elle me paraît plus âgée que la première fois qu'on s'est croisées.

Mme B semble être l'ombre d'elle-même. Lorsqu'elle vient en salle de séjour, elle reste en pyjama ou en survêtements, les cheveux détachés. Ses expressions faciales sont pauvres, ses yeux peinent à s'ouvrir complètement, sa poignée de main est lâche et son débit de parole est ralenti, de même que sa démarche, ses pieds glissant sur le sol. Elle me fait l'effet d'avoir un corps lourd à porter. Mme B passe souvent ses journées à dormir et identifie bien son besoin de repos. Elle demande souvent le relai auprès de son bébé, ne pouvant assurer les soins dans la globalité et ne montrant que peu d'élan à les réaliser.

Noé, quant à lui, est décrit par l'équipe comme très tendu. Il régurgite beaucoup mais tête correctement. Il présente une hypertonie axiale importante, notamment au niveau de la nuque et est de ce fait difficile à porter. Ses raideurs nucales, couplées à une plagiocéphalie positionnelle⁵ du côté droit compliquent les déplacements de sa tête vers la gauche. Il doit régulièrement être emmaillotté et porté pour s'apaiser. Il se montre très vigilant et son faciès est très tendu. La pauvreté des échanges visuels traduit une apparente passivité chez bébé, voire un évitement de sa part. Il s'accroche à des points fixes, et lorsqu'un soignant parvient à capter son regard un court instant, il semble vide.

⁴ Diminution globale en intensité et rapidité sur les plans moteur et verbal

⁵ Ou « syndrome de la tête plate »: il s'agit d'une déformation du crâne du nourrisson qui lui confère une forme asymétrique. Cette anomalie bénigne résulte de la position couchée sur le dos du bébé.

Les interactions entre les deux partenaires de la dyade sont insuffisantes et inconsistantes du fait des difficultés de chacun. Pour autant, l'équipe n'est pas inquiète au sujet du développement de Noé car le papa a pris le relai et s'est occupé de son fils lorsque maman ne le pouvait pas.

D. Evolution dans l'unité et mise en lien avec l'anamnèse

- **Un bébé désiré mais peu investi:** Mme B est de nature réservée. Elle parle peu, que ce soit d'elle ou de Noé. Hospitalisée en unité fermée pendant douze jours, Mme B exprime toutefois la douleur et la culpabilité d'avoir été séparée de son fils au cours de ses trois premières semaines de vie, mais également la souffrance actuelle d'être éloignée de son entourage. Notamment de son mari, au sujet duquel elle craint une rupture suite à la naissance de bébé qui, selon les dires de Mme B, les a éloignés.

Elle manifeste un sentiment de tristesse teinté de jalousie envers Noé du fait que, depuis la naissance de ce dernier, son mari lui semble davantage investi dans son rôle de père que d'époux. Revirement de situation qu'elle comprend mais qu'elle accepte toutefois difficilement car Mme B culpabilise de ne pas prendre autant de plaisir à s'occuper de Noé et à trouver sa place de parent aussi spontanément que son mari. D'autant plus que ce premier bébé était vivement désiré par le couple.

Né suite à une seconde FIV, après quatre ans de tentatives échouées d'avoir un enfant de la part du couple, Madame avait pourtant bien vécu sa grossesse. Mais l'accouchement a fait resurgir de nombreuses angoisses et un profond sentiment d'abandon chez cette femme, qu'elle verbalisera pendant son hospitalisation auprès d'une infirmière du service.

- **Les relation familiales de Mme B:** Lors de son hospitalisation, Mme B confie - pour la première fois selon elle - avoir vécu une enfance douloureuse auprès d'un frère atteint de trisomie 21 qui accaparait l'attention de ses parents et qu'elle se sentait obligée de protéger. Elle fait également du handicap de son frère la cause de ses difficultés à nouer des relations sociales et intimes. Beaucoup de souffrances et d'inquiétudes familiales semblent alors rejaillir, particulièrement autour de ce frère dont elle se sent contrainte de

s'occuper lorsque ses parents ne pourront plus le faire; ce qui l'inquiète quant à ses capacités d'être à la hauteur de ses attentes et se répercutent sur son sentiment d'être une bonne mère et épouse.

- **Le conflit entre la femme et la mère:** Mme B dit se mettre beaucoup de pression pour être la mère, l'épouse, la fille et la soeur parfaites. Elle se montre souvent peu loquace et introvertie mais à l'évocation de sa famille, elle se met à pleurer, ce qu'elle ne s'autorise que très rarement selon elle. Elle reconnaît être souvent dans le contrôle de ses émotions et explique s'être construite sur ce mode car l'expression de celles-ci et les pleurs sont perçus négativement au sein du cercle familial.

E. Problématique de Mme B

L'accouchement, suivi de la décompensation psychotique du post-partum, semble avoir fait resurgir de profonds sentiments d'abandon et d'incompétence chez Mme B, notamment sur le plan relationnel. Ce qui semble compliquer les interactions avec son fils.

3. La rencontre avec Mme R et Tom

A. Le contexte de la PEC

Au début du mois de janvier, une patiente déjà connue du service fait son arrivée à l'UMB. C'est le compagnon de celle-ci qui, inquiet pour sa femme et leur bébé (Tom), a alerté le médecin psychiatre. Mme R décrit un important fléchissement de son humeur depuis environ deux mois. Elle dit ne plus parvenir à assurer des soins adaptés et continus auprès de son fils, et ne se sent pas épaulée par son compagnon qui travaille beaucoup. Il est peu présent au domicile et n'a donc pas pu prendre un relai suffisant auprès de Tom lorsque Mme R n'était pas capable de s'en occuper.

La dyade inquiète alors toute l'équipe:

- La maman semble « vide »: Hypomimique ⁶, triste et fatiguée, présentant un portage insécure et réalisant les soins de bébé de manière mécanique.
- Un bébé très désorganisé: il est en retrait dans la relation, ne sourit pas et présente des yeux exorbités et des particularités du regard. L'équipe peine à capter son attention visuelle et les rares fois où elle y parvient, Tom ne semble pas regarder dans les yeux et cherche les côtés pour pouvoir fixer son regard sur l'objet ou la personne. On constate également un amaigrissement inquiétant: la qualité de la tétée est fluctuante et le passage à l'alimentation solide n'a pas pu être introduit à quatre mois car bébé n'arrive pas à organiser ses praxies linguales. En outre, il montre des particularités sensorielles et des tensions corporelles importantes: il se met régulièrement en hyperextension et est sans cesse en mouvement, même lors des tétées.

La symptomatologie de Tom faisant craindre un possible trouble neurologique et/ou développemental, des examens médicaux sont programmés (IRM, EEG et examen ophtalmologique).

Malgré des perturbations massives de l'attachement et des échanges pauvres avec son fils, Mme R souhaite sortir le plus rapidement possible, pressée par son compagnon qui dit ne pas pouvoir s'occuper seul de leur fille aînée. La patiente semble toutefois consciente des troubles présentés et de la nécessité d'une poursuite en hospitalisation pour continuer l'adaptation thérapeutique et prévenir une rechute.

L'équipe le sait: Mme R est une maman fragile, marquée par un parcours chaotique depuis l'enfance qui se répercute sur la confiance en ses capacités maternelles. Elle peut néanmoins s'avérer adaptée avec un bon étayage.

B. Retour sur l'anamnèse de la patiente, une vie de traumatismes

- **Le traumatisme infantile:** Originaire de Madagascar, Mme R a été placée en famille d'accueil à l'âge de neuf ans, suite à des violences paternelles qu'elle, sa fratrie et sa mère auraient subies. Cette période de sa vie constitue un traumatisme pour elle et

⁶ Trouble de l'expression qui se caractérise par une diminution ou une perte de l'expression faciale, notamment émotionnelle

s'exprime au cours de son enfance et de son adolescence par le biais d'angoisses, de cauchemars ainsi que des troubles du comportement, notamment de l'agressivité.

- **Le traumatisme cérébral:** Suite à un accident de la route à l'âge de seize ans, Mme R est hospitalisée pour traumatisme crânien. Après 8 mois de coma et une longue rééducation, Mme R garde encore à l'heure actuelle des séquelles mnésiques et cognitives.
- **L'apparition de troubles psychiatriques:** En septembre 2012, elle est hospitalisée en urgence suite à une crise clastique⁷ qui ne durera que quelques jours: propos incohérents et éléments mégalomaniques⁸. L'équipe soignante évoque alors un possible trouble psychiatrique, séquelle ou non de son accident. Cette même année, Mme R émet le souhait de quitter sa famille d'accueil et l'accuse de violences à son encontre.
- **Une première maternité difficile:** En 2016, elle évoque le désir d'avoir un bébé à qui elle pourrait donner tout ce qui lui a fait défaut. Lors de sa grossesse, elle est hospitalisée pour dépression anténatale avec tentatives de suicide associée à un délire de persécution - peur qu'on lui vole son bébé. Puis elle est de nouveau hospitalisée un mois après son accouchement suite à l'apparition brutale d'un état de sidération, d'une

⁷ Trouble du comportement qui se manifeste par un accès de fureur et d'impulsions violentes.

⁸ Trouble psychiatrique qui se caractérise par un délire de grandeur et de puissance, une surestimation de sa propre valeur physique et/ ou intellectuelle

perplexité anxieuse⁹ envers sa fille, ainsi que d'une apathie¹⁰ la paralysant. Un diagnostic de bipolarité¹¹ est alors posé.

- **Un second bébé:** En août 2019, le couple accueille leur deuxième enfant. Les premiers mois, Mme R se montre adaptée à son fils et ne manifeste aucun signe inquiétant. Mais à la fin du mois de décembre, elle est admise à l'UMB pour syndrome dépressif avec idées noires associées à un délire de persécution, qui durerait depuis environ deux mois. Alors que Mme R avait été diagnostiquée bipolaire en 2016, les symptômes de la patiente laissent désormais à penser qu'elle présente des troubles schizo-affectifs type dépressifs.¹²

C. La rencontre

Le 9 janvier, je rencontre Mme R pour la première fois dans la salle de séjour. Une jeune femme de taille moyenne aux cheveux bruns attachés en un chignon. Elle est assise sur le bord du canapé, de sorte que son dos ne touche pas le dossier. Elle se tient les jambes croisées et les mains maintenues entre ses deux cuisses, mais les épaules basses et enroulées sur son buste. Sa posture ne m'évoque rien de confortable; l'ambivalence entre l'hypertonie des membres inférieurs et l'hypotonie manifeste de la partie supérieure du corps me fait l'effet d'avoir en face de moi une femme affaiblie et instable, comme au bord du précipice.

⁹ État de doute transitoire qui s'accompagne de troubles du sommeil avec cauchemars, d'une dépression matinale et d'une irritabilité. Il précède souvent une décompensation psychotique.

¹⁰ Etat psychologique d'indifférence sur les plans affectif et cognitif. Inertie comportementale et d'abolition de la volonté.

¹¹ Trouble de l'humeur chronique qui se caractérise par une alternance de deux phases: maniaque (excitation pathologique) et dépressive (grande tristesse, ralentissement psychomoteur, perte de volonté et de plaisir, etc)

¹² Ou schizophrénie dysthymique, ou psychose aiguë schizo-affective: Trouble mental associant des symptômes d'un trouble bipolaire et des symptômes d'une schizophrénie (désorganisation, délire, repli autistique)

Installée sur le canapé de la salle de séjour, elle ne parle à personne, ne fait rien sinon observer. Je la salue et me présente. Elle me répond avec un sourire timide qui laisse transparaître une grande tristesse chez cette femme.

Hormis pendant la séance de psychomotricité de la dyade au cours de laquelle elle se montre très effacée voire immobile, elle ne semble pas savoir comment s'occuper et passera l'après-midi à alterner entre de courts instants dans la salle de séjour et d'autres dans sa chambre. Ses déplacements incessants me donnent l'impression qu'elle est comme une « bombe à retardement »: Mme R n'est pas loin de lâcher prise et d'exploser.

D. Problématique de Mme R

Sa pathologie psychiatrique anténatale semble être au coeur des difficultés maternelles de Mme R. Avant sa première grossesse, son équilibre psychique semblait déjà être fragile, et la nouvelle identité de mère a amplifié cette instabilité.

Je suis consciente que la question du désir est complexe dans le cas des troubles psychotiques mais devenir mère pour cette femme semble émaner d'un désir de combler une sensation de vide pré-existante. Avoir un enfant apparaît comme une ultime tentative pour la patiente de compenser ses propres manques. Mais les traumatismes de son passé et sa problématique psychiatrique viennent interférer avec la pérennité de ses compétences maternelles et impactent également son sentiment d'être une bonne mère.

4. Le lien entre ces trois rencontres

Ces trois patientes m'ont chacune laissé une certaine impression à l'issue de leur rencontre: le malaise que j'ai ressenti avec Mme P, la peur puis l'empathie à l'égard de Mme B, l'impuissance face à l'instabilité de Mme R ...

Ces émotions mises en lien avec la lecture de leur dossier me donnent la sensation, pour chacune de ces trois femmes, d'une difficulté à se tenir corporellement et psychiquement, d'une grande vulnérabilité psychocorporelle qui pourraient s'originer dans de profondes carences vécues au cours de leur enfance.

Je suis consciente du contexte singulier dans lequel s'inscrit chaque problématique puerpérale, mais ces mamans manifestent toutes les trois un traumatisme infantile, qui ne les a certes pas empêchées de vivre normalement, mais qui semblent resurgir du passé et les envahir depuis qu'elles sont devenues mères. L'accession à la maternité semble avoir bouleversé l'équilibre plus ou moins précaire qu'elles avaient fondé jusqu'alors.

A la suite de ces trois rencontres, mon intérêt clinique se porte davantage sur la patiente que sur la dyade: si la priorité pour ces patientes était d'abord de recouvrir, par le biais de propositions en psychomotricité, des sensations archaïques d'enveloppe et de contenance ? Sensations qui leur ont, semble-t-il, fait défaut lorsqu'elles étaient enfant, et par conséquent interfèrent avec leurs compétences maternelles qui peinent à s'exprimer.

Ce qui m'amène à cette réflexion: **Comment solliciter la sensation de contenance pour amener ces patientes désorganisées à se rassembler et favoriser l'accordage avec leur bébé ?**

Afin de comprendre la problématique de ces trois patientes, je vais vous exposer les concepts théoriques qui m'ont permis de mieux comprendre les enjeux de la maternité dans la construction identitaire de mère.

III. Rencontre avec la théorie

Quand bien même le rôle de la mère n'est plus exclusivement une question de genre féminin ou de filiation naturelle, je souhaite toutefois aborder ici le long processus identificatoire que la femme traverse, marqué par des remaniements physiques, physiologiques et psychologiques, et qui font naître ce que D. STERN (1998) appelle « *le sentiment d'être mère* ».

1. Les enjeux de la maternité sur le plan psychocorporel

Dans les différentes acceptions que recouvre le terme de maternité, le CNTRL¹³ propose « *le fait d'être mère, les droits, devoirs, sentiments et attitudes liés à cette fonction.* »

Cette définition relate l'état (être mère), les responsabilités (les droits et les devoirs), et la fonction (sentiments et attitudes) que la femme endosse lorsqu'elle devient mère.

La maternité se définit donc comme le statut auquel on accède lorsqu'on devient mère.

Mais ce terme ne rend pas compte du long processus par lequel la femme passe pour se sentir mère. La maternité est à la fois une transformation et une construction. Sous le terme de « *maternalité* » (traduit de l'anglais *motherhood*), le psychiatre et psychanalyste français P.-C. RACAMIER (1990) entend décrire l'ensemble des remaniements « *psycho-affectifs qui se déroulent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité : grossesse, accouchement et post-partum.* » (p. 150). En d'autres termes, la maternalité constitue une phase regroupant les phénomènes de transformation psychocorporelle que la femme traverse lors de la maternité, donc pour devenir mère.

De même, la maternalité s'inscrit plus largement dans un processus de parentalité. Celui-ci n'est pas seulement un état auquel on accède en devenant parent, mais il se construit et constitue en ce sens un processus dynamique, une « *parentalisation* ». M. LAMOUR et M. BARRACO (cités par Neyrand, 2007) le décrivent comme « *l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parent,*

¹³ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales créé en 2005 par le CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique)

c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective et la vie psychique » (p. 72).

De même que pour la parentalité, l'accession à la maternité et au devenir mère résultent d'une dynamique interactive entre mère et bébé qui s'influencent réciproquement.

Comme le souligne D. Stern (1998), « *une mère doit naître psychologiquement, tout autant que son bébé naît physiquement* » (p. 2). Mais justement, comment devient-on mère ?

Ainsi, la maternité s'inscrit dans le corps et l'esprit, et laissent des traces de son passage. Je propose de tenter de comprendre les processus qui sous-tendent cette construction intérieure, cette naissance psychologique dont D. STERN fait référence.

A. Le désir d'être mère, le désir d'enfant et leur évolution dans la société

A. 1: Le rôle de l'enfance dans le processus de maternalité

A.1.1. L'héritage maternel

Les psychiatres M-N. VACHERON et M. MOKRANI (2016) expliquent que M. BYDLOWSKI décrit trois préalables à l'avènement du désir d'enfant chez la femme, notamment une identification positive à l'image maternelle. L'intériorisation du bon objet interne par le biais des soins que sa mère lui a prodigués lorsqu'elle était enfant lui a permis d'asseoir un narcissisme suffisamment bon pour pouvoir à son tour transmettre et reproduire ce que sa mère lui a donné. Le désir d'enfant revêt donc un caractère narcissique.

A.1.2. L'avènement du bébé fantasmatique dans le jeu de l'enfant

Le désir de devenir mère sous-tend celui d'avoir un enfant. Selon plusieurs auteurs, il s'originerait dans l'enfance, soit bien avant la volonté consciente de procréer.

Le célèbre psychanalyste S. FREUD (1908) déclare que, lorsque l'enfant tente de percer le mystère en posant la fameuse question « comment on fait les bébés? », il satisfait d'ores et déjà un désir d'ordre sexuel au sujet de la fécondation.

L. KREISLER et B. CRAMER (cités par le website de la faculté la faculté de médecine Pierre et Marie Curie, site de Jussieu ¹⁴), tous deux pédopsychiatres, parlent quant à eux d'interactions fantasmatiques pour définir les « proto-représentations » que la mère élabore au sujet de son futur enfant.

A la lumière de ces prédécesseurs, le pédopsychiatre J. SPARROW (2004) décrit quant à lui le concept de bébé fantasmatique, soit la croyance chez le futur parent en la possibilité de créer le bébé de ses fantasmes. Cette conception, présente bien avant la grossesse et avant même d'avoir imaginé sa descendance, germe dans l'imaginaire du jeune enfant. Lorsque celui-ci joue à la poupée, au « papa et à la maman », il conçoit déjà une représentation fantasmatique de son futur bébé, basé sur le souvenir des soins qu'il a lui-même reçu, ou qu'il aurait souhaité recevoir de la part de ses parents en étant bébé. *« Le bébé fantasmé permet de voir et de revivre, de réactiver les gestes de réciprocité dont l'adulte a bénéficié ou qu'il a souhaité lui-même en tant que bébé. La relation intérieure, jouée, imaginée, à son bébé rêvé, sera plus tard extériorisée. »* (SPARROW, 2004, p.28)

On voit donc apparaître ici les corrélations entre la qualité des soins maternels reçus au cours de la prime enfance et la construction identitaire de mère. Ainsi, lors du post-partum, la femme est confrontée à cette identification à l'image maternelle. C'est notamment le cas de Mme P, qui évoque à de nombreuses reprises les relations qu'elle entretient avec sa mère.

La construction psycho-affective que la maternalité opère chez la femme ne dépend cependant pas uniquement d'un processus intra-psychique individuel. Le rôle du compagnon et futur père est tout autant indispensable et déterminant dans la phase de développement de la femme avec laquelle il souhaite avoir un enfant.

A.2: La confirmation du statut de mère par le conjoint

La plupart du temps, le projet d'avoir un enfant se construit à deux. Lorsque les deux

¹⁴ Issu de ce website: <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMobs/POLY.Chp.1.html>

partenaires se sentent prêts à avoir un enfant, le père doit venir conforter sa compagne dans ses capacités à devenir mère. Les psychologues R. LOTZ et M. DOLLANDER (2004), estiment que l'un des rôles fondamentaux du père dans la triade père- mère- bébé consiste à contenir les angoisses de sa femme et la conforter dans l'idée qu'elle parviendra à être une bonne mère. « *Outre l'importance du lien à l'enfant, la maternalisation s'étaye sur le gain narcissique que lui offrent à la fois la gratitude (Aubert-Godard, 1999) exprimée par le jeune père à l'égard de sa compagne, et sa reconnaissance en tant que mère.* » (p.286).

Forte de ces remaniements psycho-affectifs, la femme va pouvoir continuer le cheminement qui la rapproche du statut de mère en entamant une grossesse, et vivre ce temps de la maternalité avec le lot de changements physiologiques et physiques qu'elle implique.

B. La grossesse, ou la nidation psychocorporelle

La grossesse est un processus à la fois physique et psychique dont l'accession au statut de mère au bout de neuf mois marque la fin de cette période.

B.1: Modifications physico-physiologiques, la nidation corporelle

De même que pour les transformations physiques, l'adaptation physiologique du corps de la femme pour accueillir bébé peut à elle seule faire l'objet d'un long développement mais notre propos n'est pas là. Aussi, nous allons aborder de manière non-exhaustive les changements physico-physiologiques qu'implique la grossesse.

Hormis les changements physiologiques qui permettent à l'embryon d'opérer une nidification dans l'utérus de sa mère puis son développement pendant neuf mois, on observe peu de changements corporels apparents lors du premier trimestre. Mais la grossesse peut se faire ressentir par des symptômes physiques caractéristiques (nausées, fatigue, douleurs, bouleversements émotionnels, etc) qui permettent à la femme d'actualiser ses ressentis et le sentiment d'être enceinte. La confirmation de la grossesse

par la femme auprès de son entourage lui permet de prendre davantage conscience de son futur statut de mère.

Lors du second trimestre, le fœtus grandit et prend de plus en plus de place dans le ventre de sa mère, qui s'arrondit petit à petit. Elle sent physiquement qu'elle porte son enfant. Ce dernier va pouvoir faire sentir sa présence grâce à ses mouvements et ses coups, perceptibles à la fois par sa mère qui les ressent à l'intérieur de son corps, mais également par les autres qui les voient ou les sentent en touchant le ventre de la femme. Ces manifestations corporelles permettent à la femme de réaliser progressivement son statut de future mère.

Le dernier trimestre est souvent vécu comme éprouvant pour la femme, qui se rapproche progressivement (et parfois non sans peines physique et psychique) de l'accouchement, de la séparation de son corps et de celui de son enfant.

B.2: Les remaniements psychologiques: la nidation psychique

« La grossesse représente une période de crise identitaire et de maturation psychologique pour la femme qui devient mère ». (B. GOLSE, 2017, p.13).

La grossesse impose à la femme une situation proche de la psychose: un Autre, dont elle ignore encore tout (ou presque), grandit en elle en se nourrissant de ce qu'elle absorbe. Un Autre qui n'est pas elle, mais qui, aussi aberrant que soit la situation, dépend d'elle et cohabite avec. La période gestationnelle est particulière en ce qu'elle astreint la femme à être à la fois elle-même et autrui, à ne plus seulement se porter mais porter un autre corporellement mais également psychiquement.

En 1956, D.W. WINNICOTT compare la grossesse à « *un état psychiatrique particulier* » (p.287), qu'il qualifie de « *préoccupation maternelle primaire* ». Bien qu'il précise que cette situation ne relève en rien d'un caractère pathologique, il décrit l'hypersensibilité particulière dont la mère fait preuve à l'égard de son futur enfant et qui la prépare à en avoir la charge.

Alors qu'il était question de fantasmes autour du bébé lors de la période de pré-conception, la grossesse permet, quant à elle, d'imaginer celui-ci en une représentation psychique plus élaborée. A partir du second trimestre, lorsque la mère commence à sentir le fœtus, elle prête déjà à son bébé un tempérament en fonction de ce qu'elle perçoit sensoriellement de lui. A la fois corporellement (notamment la manière de bouger du fœtus), mais également grâce à la visualisation, lors des échographies, du tout-petit qui grandit en elle. L'élaboration d'une représentation imaginaire du bébé par la mère participe à la construction des liens d'attachement et l'organisation des futures interactions mère-enfant.

M. BYDLOWSKI (1990) réfute la théorie d'un bébé imaginaire, qu'elle qualifie d'« *artefact, un produit de la convention sociale* ». (p. 74). Selon elle, la mère n'établit que peu de représentations spontanées de l'enfant à venir et les fantasmes qu'elle exprime portent davantage sur sa propre enfance car la grossesse réactualise des conflits infantiles. M. BYDLOWSKI, parle de « *fantasmes régressifs* », qui placent la femme gestante dans une sorte de vulnérabilité psychique. En cause selon l'auteur, « *l'hyper-investissement de l'objet psychique, cet enfant à venir* » (p. 76) et l'« *érotisation* » de celui-ci.

Les différentes théories convoquées dans ces parties attestent de la complexité et de la fragilité du processus de maternalité, tant dans sa dimension corporelle que psychique. Il revêt un caractère affectif et libidinal fort et constitue à ce titre une crise identitaire qui peut s'avérer délicate pour certaines femmes. Car, si la grossesse permet, à son terme, d'aboutir au statut de mère, le sentiment d'être mère quant à lui ne dépend pas uniquement de la naissance du bébé.

C. La naissance de la mère et du bébé

L'accouchement suscite souvent chez la future mère des inquiétudes, voire des angoisses. Elles sont fomentées par des représentations de souffrances corporelles intenses, mais également par le fait que l'intimité, tant dans sa dimension physique que psychique, s'apprête à être dévoilée.

Si l'accouchement signe la fin de la grossesse, la naissance de l'enfant élève la femme au rang de mère. Alors qu'elle a fantasmé, imaginé, senti son bébé, la rencontre avec celui-ci s'incarne désormais dans la réalité. L'accouchement force la mère à quitter l'état de complétude dans laquelle elle était plongée pendant la grossesse. Accoucher, c'est donc se séparer. Qu'il se déroule dans la douleur ou l'absence de sensations, l'enfantement constitue un événement intense pour la femme. Laquelle verra, dans les jours qui suivent, son équilibre hormonal, physique et psychique perturbé. Ainsi, la période entourant la naissance du bébé (de l'accouchement aux premiers jours de vie) fragilise tout autant qu'il renforce le narcissisme de la mère.

On ne naît donc pas mère, on le devient car se sentir mère n'est pas qu'une disposition de la nature. Le processus de maternalité permet d'accéder à la maternité, c'est-à-dire à sa nouvelle identité de mère, mais il ne garantit pas à la femme de se sentir mère. Ce sentiment est un processus qui ne prend pas fin lorsque la mère met au monde son enfant. L'intégration de la nouvelle identité de mère continue de se développer tout au long de la vie de la femme, dans les interactions avec son enfant et les responsabilités qu'elle endosse à son égard.

C'est à l'issue de la séparation physique que constitue l'accouchement, dans la rencontre avec cet Autre qui a grandi en elle, que la clinique des troubles puerpéraux se situe. L'imaginaire prend désormais forme dans la réalité, et la mère va devoir s'engager dans la relation avec son enfant. La fonction maternelle participe à l'avènement de l'identité de mère, ce que je propose de développer dans cette prochaine partie.

2. Les enjeux de la fonction maternelle dans la construction de l'identité de mère

De nombreux auteurs ont théorisé au sujet du rôle prépondérant de la mère dans le développement de son enfant. Toutefois, j'ai fait le choix de ne présenter que deux concepts qui me permettront par la suite d'étayer mes hypothèses: la « *mère*

suffisamment bonne » de D. W WINNICOTT (1958, voir à l'édition 2014) et la « *fonction alpha* » de W. BION (1962).

A. Le concept de « *mère suffisamment bonne* » de D.W. WINNICOTT

En 1958, D.W. WINNICOTT développe la théorie précédemment évoquée de « *la préoccupation maternelle primaire* », état de vulnérabilité que la femme développe lorsqu'elle est enceinte et qui se poursuit durant les semaines successives à l'accouchement. L'attention de la Mère est tout occupée à son bébé qui vient de naître. En s'identifiant à lui, elle développe une capacité à comprendre les appels de celui-ci et répond à ses premiers besoins en actualisant ses états internes. « *Seule une mère sensibilisée de la sorte peut se mettre à la place de son enfant et répondre à ses besoins. Ce sont d'abord des besoins corporels qui se transforment progressivement en besoins du moi, au fur et à mesure qu'une psychologie naît de l'élaboration imaginative de l'expérience physique.* » (p. 289).

Cette période charnière dans le développement maternel est tout autant fondamentale dans celui du nourrisson.

Puis, au regard de ses précédents travaux, D.W WINNICOTT décrit en 1965 le concept de « *mère suffisamment bonne* » (*good enough mother*). L'hypersensibilité caractéristique de l'état de « *préoccupation maternelle primaire* » permet à la mère d'être « *ordinairement dévouée* » (*ordinary devoted mother*) (2014, p. 288) à son bébé au cours des premières semaines de vie: elle s'adapte parfaitement aux besoins de son enfant. Cette capacité maternelle ne se justifie donc pas par un apprentissage mais provient d'un état psychique particulier acquis au cours de la grossesse. D.W. WINNICOTT relève à ce titre trois qualités de la fonction maternelle nécessaires à l'élaboration d'un développement harmonieux chez son bébé:

- Le *holding*: l'auteur l'associe à « *une ration de soins basique* » (2014, p.16). Le holding (ou maintien) correspond à la manière dont est porté l'enfant tant physiquement que physiquement, à la manière dont la mère se préoccupe de son bébé: tout en le berçant, lui parlant, le maternant, elle porte son attention vers lui et se rend ainsi présente et

disponible psychiquement pour lui. Selon WINNICOTT, le holding est « *très lié à la capacité de sa mère à s'identifier à son bébé* » (2014, p16).

- Le *handling*: ou « *maniement* », il correspond au maternage, à la qualité de présence de la mère auprès de son enfant. Le handling favorise chez le bébé l'intériorisation de sa propre enveloppe corporelle. Il comprend que son corps est le sien et intègre les limites de celui-ci. « *Il [le handling] contribue au sentiment d'être « réel », au sens d' « opposé à irréel ».* » (2014, p17).

Ces deux fonctions, l'une favorisant l'intégration du Moi et l'autre celle de l'enveloppe corporelle, facilitent l'installation de la psyché dans le soma¹⁵. Elles permettent donc le développement psychosomatique de l'enfant afin d'atténuer la confusion primaire dans lequel il est impliqué avec sa mère pour aboutir, in fine à un espace psychique propre. Ce que D.W. WINNICOTT nomme le « *self* » (ou *capacité d'être seul*) (1958, p.325).

- L'*object presenting* : que l'on peut traduire comme présentation de l'objet ou réalisation, correspond quant à lui à la manière dont la mère présente progressivement les objets provenant de l'extérieur à son enfant afin de lui faire découvrir le monde qui l'entoure. Grâce à cette fonction maternelle, l'enfant construit ses premières relations objectales. « (...) *La présentation de l'objet (rendre réelle la pulsion créatrice de l'enfant) permet à l'enfant d'être capable de se relier à des objets* ». (2014, p17).

Une *Mère suffisamment bonne* doit donc assumer ces trois fonctions pour créer un environnement propice au bon développement de son bébé. Un environnement facilitant qui, couplé à un bon processus de maturation, permet à l'enfant de dépasser la dépendance absolue à sa mère dans les cinq premiers mois de sa vie pour tendre vers une indépendance relative.

Ainsi, D.W. WINNICOTT met en évidence les enjeux de la relation entre la mère et son enfant dans le devenir psychique de l'enfant. En ce sens, la qualité du portage traduit la qualité du processus de maternité de la femme. La fragilité du portage révèle ainsi la fragilité maternelle.

¹⁵ dans le sens de corps

B. W. Bion et la « fonction alpha » de la mère

Le psychiatre et psychanalyste W. BION (cité par O. AVRON, 2012), quant à lui, évoque la fonction de transformation, ou « *fonction alpha* », que la mère joue auprès de son enfant pour lui permettre de développer sa pensée. Elle correspond également à ce que W. BION nomme « *la capacité de rêverie de la mère* » (p. 55), qui apaise et contient les angoisses de son enfant en s'identifiant de manière projective à celui-ci.

Au cours de ses premières semaines de vie, le nourrisson est assailli par une multitude de données sensorielles auxquelles il n'est pas habitué. Son psychisme encore immature ne peut attribuer du sens à ces nouvelles sensations et émotions, qu'il perçoit alors de manière éclatée, diffuse. Le bébé, en proie à ces perceptions angoissantes, les projette donc sur sa mère. Elle joue son rôle de contenant psychique en accueillant et en transformant les « *éléments bêta* », ou « *l'impensant* » (soit les données sensorielles et émotionnelles brutes, les contenus non représentés de son bébé) en « *éléments alpha* » (soit les contenus psychiques, les éléments assimilables pour la pensée du bébé). Les échanges avec la mère ont alors une place de premier rang car c'est elle, par le biais de la « *fonction alpha* », qui permettra au nourrisson d'élaborer ses émotions en proto-pensées.

Pour exemple, au cours des premières semaines de vie, le tout petit perçoit la faim comme une sensation diffuse et douloureuse. Comme il n'est pas capable de s'en représenter la cause, il se désorganise et pleure. Ses sanglots ont également une valeur d'appel. Le bébé interpelle ainsi sa mère qui, de son côté attribue une modalité expressive aux pleurs de son enfant en les interprétant comme une sensation de faim. C'est par la répétition de ces comportements d'appel suivis d'une réponse adaptée qui va permettre à l'enfant d'introjecter les pensées de sa mère, les symboliser et se les approprier. L' « *appareil à penser de la mère* » constitue alors une sorte de placenta qui donne du sens à ces éléments bruts.

Cette partie sur la fonction maternelle me permet de faire le lien avec ma clinique: Les trois patientes semblent ne pas parvenir à remplir cette fonction alpha auprès de leur enfant. Que penser des difficultés de Mme P à parler de Lucien, de Mme R qui se sent dépassée par son rôle de maman, et de Mme B qui ne parvient pas à s'occuper de Noé ?

Il leur est difficile de pouvoir accueillir les émotions de leur bébé car, en proie à leurs propres angoisses, elles ne parviennent pas à se contenir elles-mêmes.

C. La confirmation du sentiment d'être mère

En ce sens, nous pouvons dire que la fonction maternelle joue un rôle fondamental dans la confirmation du sentiment d'être mère. Elle constitue une fonction doublement contenante. Telle une double enveloppe, elle contient tout autant qu'elle permet d'être contenue.

L'enfant, par l'attachement qu'il manifeste au sujet de sa mère, confirme à celle-ci le rôle fondamental qu'elle joue auprès de lui. Par conséquent, il contient ses doutes et ses angoisses quant à ses capacités maternelles. Le bébé permet alors d'instaurer la femme en temps que mère et étaye en ce sens son sentiment d'être mère. De la même manière que D.W. WINNICOTT (1989) expliquait qu'un bébé seul (soit sans figure d'attachement) ne peut exister, une mère ne peut pas exister sans son enfant. Ainsi, nous pouvons dire que la mère contient son bébé tout autant que le bébé contient le sentiment d'être mère de celle-ci.

La confirmation du sentiment d'être mère semble donc dépendre de la qualité de la relation que la femme entretient avec son enfant. Mais dans le cas de Mme R, l'absence de réponses de Tom face à ses sollicitations peut également expliquer la fragilisation du processus de maternité de cette patiente.

Si la grossesse permet à son terme d'aboutir au statut maternel, nous avons vu que le sentiment d'être mère constitue, quant à lui, un processus complexe qui s'origine dans l'enfance et continue de s'alimenter bien après la venue au monde de bébé. La maternité constitue donc une période bouleversante dans la vie d'une femme, tant physiquement que psychiquement. Elle est tout autant une rencontre avec son enfant qu'avec soi-même. Par conséquent, de nombreux événements peuvent fragiliser ce développement et mener à des pathologies du lien.

3. Les processus pathologiques

Les bouleversements que traverse la mère au cours des périodes anté et post-natales sont variables et peuvent convoquer d'anciens conflits psychiques; lesquels entravent alors le sentiment d'être mère et les compétences maternelles. La mère peut aimer son enfant sans pour autant lui offrir un environnement sain.

La prévention et le soin des pathologies puerpérales sont donc fondamentaux en ce que celles-ci affectent la qualité des relations materno-infantiles et peuvent être délétères pour le développement sain du bébé.

A. Psychiatrie puerpérale

A.1. Les pathologies psychiatriques antérieures à la naissance de bébé

Il peut s'agir de « *pathologies psychiatriques connues avant la grossesse (psychose chronique, dépression, trouble de la personnalité, état déficitaire, etc) dont l'évolution fait craindre sans certitude des distorsions dans l'établissement du lien mère-bébé* » (NEZELOF, RAINELLI, SUTTER-DALLAY, 2017, p.368).

La liste étant longue, je ne m'attacherai pas à décrire chaque pathologie que l'on peut rencontrer en psychiatrie périnatale, mais m'attarderai uniquement sur la dépression anténatale.

Elle se manifeste au cours de la grossesse. Sa symptomatologie se caractérise par une perception et des affects négatifs concernant la grossesse. Elle n'est généralement qu'une exacerbation des symptômes habituels de la femme enceinte: « *une dysphorie¹⁶ permanente avec des plaintes somatiques, un sentiment de découragement, des crises de larmes itératives.* » (B. DURAND, 1994, p13). Les angoisses autour de la santé du bébé, normales au cours d'une grossesse, deviennent obsédantes. On retrouve également certains signes du tableau clinique de dépression ordinaire: fatigue, perte de l'estime de soi, troubles du sommeil, etc.

¹⁶ Une perturbation de l'humeur qui se traduit par un sentiment d'anxiété, de malaise, et une irritabilité

La dépression anténatale met à mal l'établissement des liens d'attachement entre la mère et son enfant et peut justifier des conduites à risque chez la femme enceinte qui peuvent s'avérer délétères pour le fœtus.

A.2. Les troubles psychiatriques apparaissant en post-partum

Ils constituent les indications typiques des hospitalisations en UMB. Il peut s'agir d'une décompensation d'un trouble pré-existant (tel qu'un trouble bipolaire) comme d'une psychose puerpérale, ou d'une dépression postnatale, etc. Par souci de concision, je ne vous présenterai que la dépression et la psychose qui surviennent au cours du post-partum.

La dépression du post-partum

Il s'agit d'une dépression spécifique qui atteint certaines femmes. Elle est une pathologie fréquente et invalidante avec un retentissement important tant sur la mère que son enfant, pouvant altérer les capacités d'accordage entre les deux.

Selon le DSM-IV¹⁷ (1994, p. 386), la dépression du post-partum survient en général au cours des quatre semaines après l'accouchement. Hormis les déficits attentionnels et mnésiques, l'asthénie¹⁸, les fluctuations thymiques, l'aboulie¹⁹, l'insomnie et la dépréciation de soi qui caractérisent le trouble dépressif ordinaire, la symptomatologie de dépression du post-partum comprend également une perte de l'estime de ses capacités maternelles, de la culpabilité ainsi qu'une forte irritabilité. « *La mère ressent une grande fatigue et irritabilité qui affecte centralement sa relation à l'enfant et aux soins. Elle a le sentiment d'une incapacité physique à répondre aux besoins de l'enfant et une absence de plaisir à pratiquer les soins.* » (C. BOUKOBZA, 2007, p. 13).

¹⁷ Quatrième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

¹⁸ Etat de fatigue générale physique et psychique durable, relativement indépendant du repos, accompagné d'un affaiblissement de la volonté, de la concentration et du dynamisme psychomoteur.

¹⁹ Diminution, voire abolition de la volonté, s'exprimant par une incapacité de décider ou d'agir.

Bien que la question étiologique reste encore méconnue, de nombreux facteurs personnels, biologiques ou environnementaux peuvent expliquer l'émergence d'une dépression du post-partum, mais il ne s'agit pas d'en faire une liste exhaustive. Toutefois, voici deux types de facteurs différents:

- personnel : On retrouve chez beaucoup de femmes des parcours de vie marqués par des carences affectives et traumatismes infantiles.
- biologique: Des recherches scientifiques suggèrent une corrélation entre une concentration basse d'ocytocine et la symptomatologie dépressive en post-partum ainsi qu'un possible effet de cette hormone sur la qualité des interactions mère-enfant. (G. SCOTTA, 2020).

Le tableau clinique de la dépression post-natale est plus grave que celui d'un baby blues (ou blues du post-partum), qui quant à lui, se caractérise par une hypersensibilité de la mère dont l'humeur est particulièrement changeante: elle alterne entre des moments au cours desquels elle se sent particulièrement fatiguée et anxieuse, et d'autres au cours desquels elle présente une élévation de l'humeur.

La psychose puerpérale

P-C. RACAMIER (1990) compare l'accouchement à une rupture, un traumatisme. A défaut de constituer un virage important dans le processus de maternalité, il peut engendrer une rupture de celui-ci chez certaines femmes. La violence de l'événement peut être source de souffrances psychiques pour la femme, réactivant parfois des conflits infantiles douloureux. Et l'échec du processus de maternalité peut, selon cet auteur, faire émerger un état délirant chez la femme, soit un état psychotique. « *Les psychoses du post-partum sont des accidents ou des ratés du processus de crise propre à la maternalité: des maternités avortées dans leur processus même.* » (1990, p. 151)

La psychose du post-partum correspond à une psychose délirante aiguë de survenue précoce après l'accouchement: désorganisation profonde de la conscience et fluctuations thymiques amples et rapides.

Les symptômes de la psychose puerpérale apparaissent brutalement dans les trois premières semaines succédant l'accouchement. Les signes avant-coureurs se caractérisent par des pleurs, des plaintes somatiques, une rumination anxieuse, une agitation nocturne puis une insomnie. S'ajoutent un désintérêt croissant pour l'enfant et un rejet progressif du contact physique avec celui-ci. Une confusion mentale²⁰ s'installe progressivement puis en phase d'état, la symptomatologie délirante explose, marquée par des hallucinations. On observe également une grande instabilité de l'humeur avec des passages rapides de l'agitation à la stupeur²¹.

La résolution de la psychose puerpérale peut durer de quelques semaines à quelques mois et se poursuit souvent en une dépression postnatale.

Les troubles que la mère présente interfèrent avec ses compétences maternelles et la rendent incapable d'avoir une relation affective avec son bébé. Le risque d'infanticide et/ou suicidaire est très important. Si ces troubles sont trop intenses, ils peuvent justifier une hospitalisation dans un service de psychiatrie « ordinaire », avant de pouvoir hospitaliser la dyade en UMB.

Ainsi, les carences affectives et les traumatismes infantiles peuvent fragiliser la construction identitaire de la mère. Celles-ci, couplées aux symptômes des pathologies notamment la fatigue, entraînent un repli sur soi chez les patientes. Par conséquent, elles sont dans l'incapacité de prendre en considération les besoins de leur bébé.

B. La parentalité dans le concept de hiérarchie des besoins

Les défaillances de la fonction maternelle dont font preuve les femmes hospitalisées en UMB peuvent s'expliquer par l'impérieux besoin de repli sur soi: revenir à soi avant d'aller vers l'Autre. C'est ce qui semble être le cas pour les trois patientes qui font l'objet de ce

²⁰ Syndrome clinique caractérisé par une altération de la conscience qui se traduit par une désorientation temporo-spatiale et des difficultés de perception et d'idéation.

²¹ Sidération de la personnalité avec réduction extrême ou même suspension de toute activité motrice et expressive (mimique, gestes, langage, en particulier), sans altération du cours de la pensée.

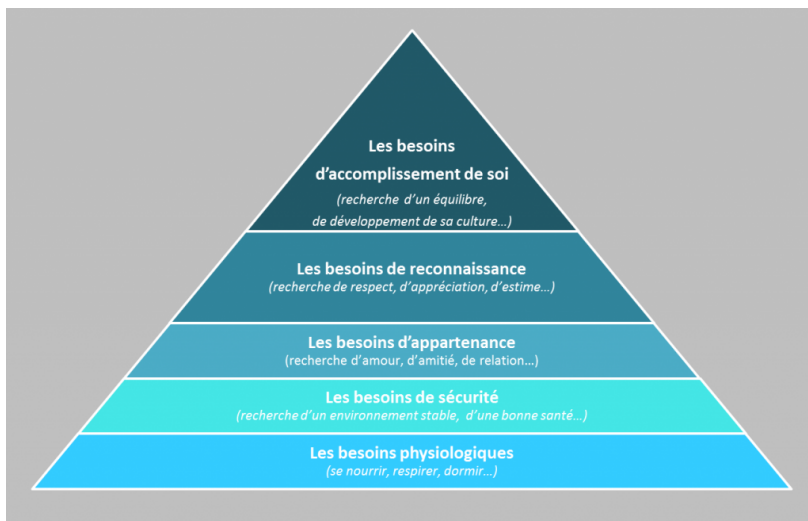
mémoire. Cette hypothèse est importante car elle constitue l'un des objectifs thérapeutiques du projet que j'ai élaboré au sein de l'UMB, dont je vous parlerai plus tard.

En proie à ses propres angoisses, la femme ne peut investir pleinement son rôle de mère car les processus narcissiques pathologiques interfèrent avec ceux de la parentalité. *« Ces femmes réagissent par un repli sur elles-mêmes, dans un moment où la présence de l'enfant, avec ses besoins manifestes, ses demandes muettes, leur intime de faire. »* (C. BOUKOBZA, 2007, p.17)

Pour qu'une mère puisse accueillir son nouveau-né, elle doit nécessairement décentrer son narcissisme propre sur son enfant afin de pouvoir l'investir comme objet d'amour. Sans ce déplacement des investissements que la mère fait initialement sur elle-même, s'occuper d'un Autre que soi relève alors de l'impossible. La maternité intensifie parfois cette dynamique narcissique à tel point que la mère semble se protéger face à un bébé perçu comme un être envahisseur; comme si son intégrité psychocorporelle était menacée par la présence de cet Autre. Le maternage devient alors source d'angoisse pour la mère et peut conduire celle-ci à se monter maltraitante envers son enfant. *« Les pathologies mentales peuvent mener à des actes de carence, voire de maltraitance, de par le retentissement de la pathologie sur la capacité des parents à évaluer les besoins de l'enfant et à y répondre ».* (A-L. SUTTER-DALLAY, 2009, p.83).

Le constat de repli narcissique pathologique chez les mères hospitalisées en UMB peut être mis en rapport avec la pyramide de Maslow, concept qui établit une hiérarchisation des besoins humains. Ceux qui sont à la base de la pyramide, les besoins physiologiques (tels que la faim, la soif) ont priorité sur ceux qui se situent au sommet de celle-ci, soit les besoins d'accomplissement de soi (développement de sa culture). Ainsi, une personne affamée ne sera pas centrée sur ses autres besoins et stagnera donc au bas de la pyramide afin d'assouvir ses besoins primaires de survie.

La pyramide de Maslow ²²



Le chercheur en psychologie D. KENRICK de l'Université d'État d'Arizona et ses collègues (cités par le website Psychomédia, 2010) reprennent le concept du psychologue A. MASLOW et placent le besoin d'être parent dans les besoins d'auto-accomplissement. Ces chercheurs précisent toutefois que le désir d'avoir un enfant ne correspond pas à un idéal auquel il faut aspirer pour être heureux et explique ainsi que les personnes qui ne souhaitent pas avoir d'enfant peuvent être tout autant épanouies que ceux qui le deviennent.

Cette nouvelle conception de la pyramide de Maslow me permet d'émettre l'hypothèse que les mères hospitalisées, encore occupée à assouvir leurs besoins de sécurité interne, ne peuvent satisfaire leurs besoins d'appartenance, d'estime et par dessus-tout d'accomplissement de soi. Bien qu'elles soient devenues mères, leur carence de sécurité interne les empêchent de s'accomplir dans ce nouveau rôle et cette nouvelle identité. Ainsi, ces femmes sont certes devenues mères mais, étant elles-mêmes non sécurisées, ne peuvent pas être sécurisantes envers leur enfant. « *Si le narcissisme de la mère est trop fragile - ou parfois trop puissant, pas assez fluide, pourrait-t-on dire - pour s'investir*

²² Image tirée du site <https://laboragora.com/index.php/2016/03/18/critique-du-modele-de-maslow/>

sur cet autre que constitue pour elle le bébé, elle se sentira en danger. » (C. BOUKOBZA, 2007, p. 16).

C. La théorie psychanalytique des fantômes autour du berceau

De tous les motifs qui peuvent entraver les compétences maternelles, j'ai choisi de considérer plus précisément la résurgence d'anciens conflits infantiles au cours du processus identitaire de la mère.

Avant de poursuivre ma réflexion, je tiens à préciser que je ne prétends pas justifier toutes les pathologies du lien par les traumatismes que les mères ont vécu au cours de leur enfance; ni n'affirme que leur vécu abandonnique constitue la seule raison de leurs difficultés d'ajustement à leur bébé. Mais cette théorie psychanalytique me permet de faire le lien avec les trois patientes que je vous présente dans ce mémoire.

Comme je l'ai évoqué précédemment, l'expérience de la construction identitaire de mère passe par la convocation, dans le présent, d'événements passés. Bien qu'il s'agisse d'un processus normal que tous les parents traversent pour amorcer le futur, certains conflits infantiles qui refont surface peuvent interférer insidieusement dans la relation mère-bébé et altérer significativement les compétences maternelles. Ces envahissements du passé, S. FRAIDBERG (psychanalyste et assistante sociale) et ses collègues (1983, p.57) les qualifient de « *fantômes dans la chambre d'enfant* », de « *visiteurs qui surgissent du passé oublié des parents* ». (1993, p. 57).

La plupart du temps, ces brèves résurgences passent inaperçues et ni la mère, ni l'enfant et les liens qui les unissent ne sont menacés. Mais dans d'autres familles, la naissance du bébé ravivent d'anciennes souffrances. Les angoisses infantiles font durablement intrusion dans la relation materno-infantile et le bébé sera tributaire de ces échos du passé. Il deviendra « *le partenaire silencieux de la tragédie familiale. Dans ces familles, le bébé porte le lourd passé de ses parents dès sa naissance. C'est comme si le parent était condamné à répéter avec son bébé la tragédie de sa propre enfance, dans ses détails les plus affreux et les plus contraignants.* » (1993, p.59).

Les patientes hospitalisées en UMB évoquent souvent des antécédents traumatiques dans l'enfance. C'est ce que semble révéler l'enquête épidémiologique « Violences envers les femmes », menée en 2000 ²³. Et les résultats de celle-ci semblent être confirmés par les admissions en UMB entre 2001 et 2007 en France: « *40% des femmes ont connu ou vécu au moins un événement traumatique: des placements dans l'enfance (24%), abus sexuels (14%) ou des maltraitances autres que sexuelles (16%).* » (Le groupe de recherche UMB-SMF, 2009, p. 25).

Malgré des histoires de vie et des diagnostics psychiatriques différents, les trois patientes que je présente dans ce mémoire témoignent d'une problématique d'abandon au cours de leur enfance qui résonne dans les relations qu'elles entretiennent avec leur enfant. Mme P décrit une mère peu sécurisante qui n'a pas su la protéger, ni apaiser ses angoisses générées par son frère qui l'effrayait. Mme B regrette de n'avoir pas su trouver sa place et avoir manqué d'attention au sein d'un foyer familial essentiellement organisé autour du handicap de son frère. Mme R, quant à elle, reste traumatisée par les violences que son père lui infligeait jusqu'à ce qu'elle soit placée en famille d'accueil. Chacune de ces mères manifeste un vécu infantile abandonnique et douloureux; traumatisme qui semble resurgir avec l'accession à la maternité et bouleverser l'équilibre plus ou moins précaire qu'elles avaient fondé jusqu'alors.

De la même manière que ces trois patientes ne se sont pas senties contenues, et enveloppées par leurs parents lorsqu'elles étaient enfants, elles rejouent cette expérience auprès de leur bébé. Leur processus de maternalité a été perturbé, ce qui explique leur difficulté à être mère. Mais l'hospitalisation permet aux patientes de pouvoir faire le lien entre leurs difficultés à investir leur enfant et leur propre expérience infantile.

²³ Cette étude est menée par le groupe de recherche UMB-SMF, et est citée dans l'ouvrage Orages à l'aube de la vie, p. 24

Comme nous l'avons vu précédemment, la construction de l'identité de mère est un processus complexe: l'état de vulnérabilité que traverse la femme au cours de sa grossesse et à la naissance de son enfant constitue une période de remaniements physiques et psychiques considérables. L'échec du processus de maternalité peut alors occasionner chez la femme des difficultés à se sentir mère et à mobiliser ses capacités pour assurer son rôle maternel. Comment la psychomotricité peut aider ces mamans à puiser dans leurs propres ressources internes ? Quelle approche corporelle (ou médiation) permettrait de nourrir ces femmes tout en étant adapté à la spécificité de leur trouble psychiatrique ?

Partie II : Le désir d'un projet à sa conception

I. Le projet hamac et contenance

Les deux premiers mois d'observation au sein de mon stage et la rencontre avec les mères (par le biais des échanges avec elles mais également à la lecture des dossiers) m'ont amenée à prendre conscience du vécu psychique et corporel désorganisé de celles-ci.

1. Evaluation psychomotrice: ce que nous dit le langage du corps

Voici ce que j'ai pu observer sous une perspective psychomotrice lorsque j'ai rencontré les patientes:

A. Tonus, posture et dialogue tonico-émotionnel

Les difficultés de régulation tonique observées chez les patientes peuvent être mises en lien avec les perturbations émotionnelles qu'elles traversent, d'où l'utilisation de l'expression « dialogue tonico-émotionnel ». Les patientes sont souvent repliées sur elles-mêmes, adoptant une posture arc-boutée: les épaules basses, arrondies, enroulées sur le buste, et le menton avalé. Leur corps semble se rassembler autour de leur axe et se densifier.

On observe une typologie expiratoire, un thorax fermé, ce qui pourrait correspondre à une posture défensive qui permet de se préserver, de revenir à soi. Cette posture pourrait révéler des sentiments de réserve, d'émotions retenues mais intenses.

B. Les comportements moteurs

J'ai pu noter des déambulations voire une agitation psychomotrice²⁴ ; ou, à l'inverse, une fatigue (voire une asthénie) et un ralentissement psychomoteur. Dans ces deux polarités, la mère se trouve dans l'incapacité de s'adapter à son bébé et de le contenir. D'autre part, en début d'hospitalisation, les patientes adoptent fréquemment un comportement évitant envers leur enfant et sont demandeuses du relai que peut fournir l'équipe auprès de leur bébé.

²⁴ Agitation associée à une activité motrice accrue

C. Le versant affectif

On observe souvent une perte de motivation et de plaisir associée au tableau psychiatrique que les patientes présentent, notamment dans le cas des dépressions. Ces émotions sont pourtant importantes pour être mais également pour tisser des relations, notamment avec son bébé. L'absence de plaisir est, par conséquent, tout autant néfaste pour la mère que pour le bébé.

D. Propos et discours

Le discours de Mme P reste auto-centré; Mme B présente un discours très pauvre, qu'il s'agisse de parler d'elle ou de son enfant; et Mme R semble s'oublier, ne peut se décentrer de son fils dans son discours et s'avère incapable de parler d'elle sans qu'on la sollicite.

En règle générale, les patientes présentent souvent un discours dévalorisant envers elle-même et peuvent parfois être interprétatives quant aux réactions de leur bébé. Dans ces moments, elles peuvent réclamer l'accompagnement et la revalorisation des soignants.

Lorsqu'elles s'adressent à leur enfant, leur discours est pauvre: les patientes expriment souvent la sensation d'un malaise ou de ne pas savoir quoi dire lorsqu'il s'agit de s'adresser à leur bébé. Leur voix, quant à elle, est souvent inexpressive et hésitante ce qui lui confère un caractère peu rassurant et peu contenant.

Ainsi, l'évaluation psychocorporelle, notamment leur posture en fermeture et l'absence de plaisir, met bien en évidence le besoin impérieux pour ces mères de se recentrer sur elle-même et de se renarcissiser.

E. Emergence de la problématique de l'enveloppe

Par le biais de ces observations, je suppose alors que la désorganisation psychocorporelle observée chez les patientes hospitalisées serait probablement à mettre en lien avec une enveloppe corporelle fragilisée et un défaut de contenance qu'il serait bénéfique d'aborder en séance de psychomotricité.

Ce qui m'a amenée à m'intéresser à la notion de contenance, si souvent utilisée comme objectif thérapeutique au sein de la pratique psychomotrice. Bien que cette notion soit couramment utilisée dans la culture soignante, il n'existe pas de consensus sur sa définition. Les représentations sont, de fait, très diverses et dépendent des références théoriques qu'on y associe.

2. Retour théorique: De l'éprouvé d'être contenu à l'élaboration d'un contenant

La contenance peut être définie comme la capacité individuelle de contenir ses propres contenus de pensée. Si l'on se réfère aux travaux de D.W WINNICOTT qui déclare que l'enveloppe résulte de l'intériorisation de l'objet contenant, nous pouvons dire que la contenance est un processus actif, une véritable construction qui s'origine dans les éprouvés corporels très tôt dans le développement de l'enfant.

Si l'on s'attarde sur la notion de contenance dans la construction du sujet, il est un concept incontournable, celui des enveloppes corporelles. Et comment ne pas faire référence au psychanalyste D. ANZIEU qui introduit la peau comme le support d'étayage des fonctions psychiques.

Selon le pédopsychiatre et psychanalyste B. GOLSE (2008), le terme d'enveloppe a été utilisé pour la première fois en psychologie par S. FREUD qui parlait déjà d'étayage corporel du Moi psychique. En reprenant les propos du célèbre psychanalyste, B. GOLSE déclare que « *Le moi-réalité dérive du moi- corps (...).* » (2008, p. 129).

A. « L'enveloppe utérine » de Anzieu ou le contenant primaire

Le Moi-peau constitue un processus interactif en étroite collaboration avec l'objet maternel. C'est au cours de la grossesse que le fœtus ressent un premier sentiment d'enveloppe. Bien au chaud dans ce premier habitacle moelleux, clos et sécurisant que fournit le ventre de sa mère, le fœtus vit neuf mois dans un environnement propice à l'assouvissement perpétuel de ses besoins, lui permettant ainsi de ne ressentir ni manque, ni frustration. Une auto-suffisance pour le fœtus qui, en menant une existence en

apesanteur, enroulé sur lui-même et le dos adoptant la forme de la paroi utérine, fait l'expérience d'un premier contenant anatomo-psychique. « *L'utérus maternel fournit l'ébauche d'un contenant psychique; il est vécu comme le sac qui maintient ensemble les fragments de conscience du début de la vie* ». (D. ANZIEU, 2001, p.35) .

La matrice utérine, semblable à un cocon, offre au fœtus un espace-temps au cours duquel contenant et contenu sont peu différenciés. Un univers doublement symbiotique avec sa mère, tant physiologique que psychologique, qui lui permet d'être totalement contenu et enveloppé:

- Physiologique: L'organisme du fœtus dépend entièrement de celui de sa mère par lequel il est relié. Le cordon ombilical, qui joint le fœtus à son placenta, établit les échanges de première nécessité entre la mère et son enfant: l'apport de l'oxygène et des nutriments nécessaires au maintien des fonctions vitales du bébé.
- Psychologique car le fœtus est sensible aux affects de sa mère. Chaque réaction émotionnelle de celle-ci s'inscrit dans le corps du bébé en provoquant un comportement. Les échanges foeto-maternels attestent des compétences sensorielles du fœtus qui lui permettent, bien avant son arrivée au monde, d'être en relation avec celui-ci. Ses réactions comportementales, en lien à des stimuli sensoriels provenant de l'intérieur de la matrice utérine, notamment les affects de sa mère (son stress par exemple), laissent supposer qu'il peut communiquer, réagir à des stimulations et avoir des ressentis. Le futur bébé est également doté de la capacité d'interagir avec l'environnement extérieur: la voix d'un père s'adressant à son futur enfant, une main qui touche le ventre de la mère ... Bien que ses perceptions soient corrélées à la vie affective de sa mère, ces échanges laisseront une trace dans le corps et la psyché de bébé.

On peut aisément saisir l'importance du dialogue tonico-émotionnel qui se joue dans les premières relations qu'entretient bébé avant même sa naissance. Notion introduite par le neuropsychiatre et psychanalyste J. AJURIAGUERRA (1977) en approfondissant le concept de dialogue tonique du H. WALLON (psychologue et médecin), ce type de

communication infra-verbale constitue un véritable langage archaïque qui influencera significativement le développement psychomoteur du bébé dans sa vie future.

B. L'état primaire de non-intégration et la nécessaire enveloppe maternante

De nombreux auteurs considèrent que la naissance constitue un traumatisme dans la vie du nouveau-né. La rupture des premiers liens, symbolisée par la séparation des corps en coupant le cordon ombilical, entraîne le bébé dans un tourbillon de nouvelles sensations que son psychisme encore immature est incapable de se représenter. Il passe ainsi d'un milieu aquatique, fermé, filtrant, sécurisé et contenant, à un espace aérien étendu sans limites physiques, ouvert à toutes les agressions sensorielles que représentent la faim, le froid, les stimuli auditifs et visuels extérieurs non filtrés par la matrice utérine, le passage à l'alimentation active et séquentielle, la pesanteur, les angoisses archaïques de morcellement et d'éclatement dues à l'absence de résistance de la paroi utérine, etc ... sans oublier le système respiratoire qui devient fonctionnel.

Si les enveloppes sont présentes chez le bébé, elles sont pour autant encore immatures à la naissance. Sa peau est encore trop fine pour fournir une sensation efficace de limites corporelles, et les sensations qu'elle perçoit sont diffuses. La répartition tonique particulière du nourrisson (hypotonie axiale au niveau du tronc et hypertonie périphérique des membres) affecte également la perception du corps, et les différentes sensations que le bébé ressent le désorganisent car il ne les a pas encore localisées ni représentées. D.W WINNICOTT parle d'« *état primaire de non-intégration* » (1958, p. 63).

La naissance entraîne donc la perte de l'enveloppe utérine et une confrontation avec de nouvelles expériences sensorielles et gravitaires. Ce passage de la vie intra à la vie extra-utérine constitue pour le nourrisson une période de remaniements physiques, physiologiques et psychologiques. N'ayant pas intégré le sentiment de ses propres limites corporelles, ces nouvelles sensations sont pour lui une source de profondes angoisses corporelles que la mère va devoir pallier en le berçant, en le tenant tout contre soi, en lui parlant... afin que l'enfant recouvre un sentiment d'unité en retrouvant les sensations

sécure et contenant de l'enveloppe primaire. « *Le nouveau-né est d'emblée dans ce besoin vital d'être enveloppé, contenu, maintenu, pour que soit supportable cette angoissante perte de limite, de résistance aux mouvements, de pression contre la peau. De la satisfaction de ce besoin et donc de l'accalmie de l'angoisse, la mère est la seule garante.* » (M. GAUBERTI, 1993, p.6).

D'où l'importance cruciale que la mère ne soit pas séparée trop longtemps et précocement de son enfant lors de l'accouchement. Une séparation prolongée pouvant faire craindre des troubles de l'attachement, le premier peau-à-peau au cours des tout premiers instants de vie constitue le meilleur vecteur d'une première rencontre, réelle et sereine, entre la mère et son enfant. Les deux partenaires de la dyade se découvrent pour la première fois visuellement mais bébé, quant à lui, retrouve des sensations familières telles que la voix et l'odeur maternelles mais également sa position d'enroulement dans le portage, occasionnant ainsi un sentiment de sécurité interne au milieu du chaos qui l'entoure.

Désormais délogé de la vie confortable qu'il menait dans le ventre de sa mère, le bébé entretient l'illusion d'une fusion physique et psychique foeto-maternelle persistante grâce à l'attention que sa mère lui accorde, ce que D.W WINNICOTT qualifie de « *préoccupation maternelle primaire* » (1958, p.285). La mère supplée les besoins physiques et psychiques de son enfant en s'identifiant à lui dans une sorte d'hyperempathie. Etat de vigilance maternel extrême auquel l'enfant est sensible. Les réactions de chacun forment alors un dialogue primaire (de type tonico-émotionnel) entre les deux partenaires et ces premiers échanges, avant tout corporels, stimulent ainsi la sensibilité tactile dans les premières semaines de vie. Le bébé n'ayant pas intégré son corps comme soi s'appuie alors sur celui de sa mère dans une sorte d'indifférenciation, dans un corps-à-corps sans intermédiaire qui lui donne la sensation d'une enveloppe commune.

Un bain sensoriel contenant qui, à travers les soins corporels et les communications pré-verbales précoces, permet donc au bébé d'entretenir le fantasme d'une peau partagée avec sa mère et qui constitue pour lui une première enveloppe extérieure, qu'il intériorisera progressivement pour différencier un dedans et un dehors. Brazelton (1982)

parle d'enveloppe de soin (ou enveloppe maternante) pour caractériser la manière dont la mère enveloppe l'enfant d'elle-même afin de satisfaire de façon optimale ses besoins.

Progressivement, par ses contacts corporels entre sa peau et celle de sa mère, le tout petit commence à percevoir sa peau comme une surface. Ce qui engendre une première délimitation dedans / dehors, et une première intégration de l'enveloppe corporelle. D'où l'idée de la construction d'un Moi-Peau chez le bébé. « *Le nourrisson ne « sait » pas qu'il a un corps, c'est parce qu'il trouve le support du corps maternel qu'il peut vivre, c'est dans ce premier espace d'émotions, de sensations, et par la répétitions de celles-ci en présence de la mère, qu'il éprouve peu à peu les contours de son enveloppe corporelle.* » (M. GAUBERTI, 1993, p.1)

Cette première ébauche du Moi-peau du bébé, construite sur le fantasme d'une symbiose de l'enveloppe entre les deux partenaires de la dyade, dépend donc des premières relations entre la mère et le bébé qui doivent répondre à trois conditions essentielles: la qualité des soins apportés au bébé; la satisfaction donnée à la pulsion d'attachement du bébé qui constitue une base de sécurité pour celui-ci ; et les expériences sensori-motrices positives tant au niveau de l'éprouvé que du partage d'affects.

Le Moi immature du bébé ne lui permettant pas de se représenter ses sensations, c'est donc la mère qui va lui offrir un environnement sécurisant, notamment par le biais du dialogue tonico-émotionnel qui se joue entre elle et son enfant. Afin que s'élabore ce que D.W. WINNICOTT nomme le « *sentiment continu d'exister* », sensation d'une continuité d'être qui lui permettra par la suite d'élaborer son Moi, différencié des autres.

C. Introjection de l'enveloppe contenant maternelle au service de la construction du self

La dépendance absolue laissant place à celle relative, la mère continue de prévenir et combler les besoins physiques et psychiques de son enfant mais va progressivement introduire de l'espace entre elle et lui en différant ses réponses. Elle devient ce que D. W. WINNICOTT nomme « *la mère suffisamment bonne* » (tirée de l'édition de 2014). L'enfant

commence à comprendre qu'il ne s'auto-satisfait pas et qu'il dépend de sa mère. Il doit alors avoir intériorisé l'enveloppe contenant que sa mère lui a apporté au cours de la période de dépendance complète pour supporter le manque et la frustration que sa mère lui impose désormais. L'introjection de l'objet externe contenant permet d'unifier les éléments physiques et psychiques que le bébé vit originellement comme explosés et, par conséquent, irreprésentables. Par l'absence de sa mère, le bébé prend conscience de sa présence. Progressivement, il prendra conscience de son enveloppe corporelle, support du sentiment d'être un tout unifié et différencié des autres. Une première ébauche de son image du corps commence à se structurer. De cette attente, et grâce à la rythmicité dans les échanges naît progressivement la notion de temps.

Le bébé pallie le manque, la frustration et les angoisses des moments d'attente en se créant une « *aire d'illusion* » (D.W. WINNICOTT, 2002, p.21). Il reproduit les expériences contenantantes que sa mère lui apporte et qu'il a intériorisées ; notamment la succion alimentaire (qui a une fonction d'apaisement chez le bébé) qu'il rejoue en suçant son pouce, ses doigts ou une tétine. Ces activités auto-érotiques permettent à l'enfant de penser à sa mère en son absence, de trouver de la contenance en lui-même et par conséquent de développer sa construction psychique.

Progressivement, l'enfant se détachera de plus en plus de sa mère et fera de plus en plus d'expériences positives sans avoir recours à l'objet maternel pour se rassurer, lui permettant ainsi de se contenir lui-même. Il passera notamment par l'utilisation de l'« *objet transitionnel* » (D.W. WINNICOTT, 2002, p.1) (représenté par le fameux doudou) puis par le jeu. Le père va également avoir un rôle important dans l'individuation de son enfant. Il vient faire tiers dans la relation fusionnelle primaire entre la mère et l'enfant, donne accès à l'ambivalence, permettant ainsi l'ouverture de l'enfant au monde extérieur.

La qualité de ces expérimentations, étayées et soutenues par l'environnement maternel, conditionne ainsi le processus de différenciation Moi / Non-Moi et de ce fait toute l'ouverture de l'enfant à l'environnement. « *La capacité d'être seul repose sur l'existence dans la réalité psychique de l'individu d'un bon objet. Le bon sein (...) ou les bonnes*

relations intériorisées sont suffisamment bien établis et détendus pour que l'individu ait confiance dans le présent et dans l'avenir ». (D.W WINNICOTT, 1958, p. 328.). Le sentiment d'enveloppe et de contenance se construisent donc dans l'expérience répétée de la peau et d'être porté, soutenu, et compris, en présence puis en l'absence de sa mère. Ainsi, l'expérience du corps tisse la psyché, car c'est dans l'expérience corporelle que se fonde la pensée, garantissant ainsi notre existence. Les frontières identitaires entre le Soi et le Non-Soi s'affinent pour permettre de se sentir sujet. Le processus d'instauration du Moi répond donc à un besoin fondamental d'enveloppe narcissique qui assure à l'enfant une sécurité interne.

D. Anzieu parle ensuite d' « enveloppes psychiques » pour ne plus réduire le concept d'enveloppe au substrat organique qu'est la peau. Il résume alors son développement : *« L'autonomie croissante de l'appareil psychique repose sur le fantasme d'une peau commune à la mère et à l'enfant, sur la subdivision de cette peau psychique en une surface d'excitation et une surface de signification, sur la construction d'un appareil à penser les pensées (les contenir, les représenter les symboliser, les conceptualiser). »* (1990, p.60)

D.W WINNICOTT parle, quant à lui, de « *self* » pour qualifier le processus actif d'individuation du bébé, sa capacité à être seul. Il faut que le sujet sente que son corps correspond à lui-même pour qu'il soit capable de distinguer ce qui est de lui de ce qui est de l'Autre. Le bébé construit le « je ». Bien qu'il reste dépendant à son environnement, la construction du self lui permet d'accéder à une indépendance partielle car, comme le dit D.W. WINNICOTT, un bébé seul, sans figure d'attachement, n'existe pas. *« La maturité et la capacité d'être seul indiquent que l'individu a eu la chance, grâce à des soins maternels suffisamment bons, d'édifier sa confiance en un environnement favorable. »* (1958, p. 328)

D. ANZIEU reprend alors la théorie de WINNICOTT et écrit à ce sujet :

« La mère ou son tenant lieu « enveloppe » l'enfant de ses soins (Brazelton) en s'efforçant à satisfaire les besoins physiques et psychiques de celui-ci. Si elle y a pour l'essentiel réussi, l'enfant intériorise cette mère suffisamment bonne (winnicott): c'est le self, qui

enveloppe le Moi, qui assure son identité, sa continuité, qui le protège, qui prend soin de lui comme la mère l'a fait pour le corps et pour l'esprit du tout petit » (1990, p. 91)

Le concept d'enveloppes psychiques est fondamental dans la compréhension de la psychopathologie. Le caractère anatomo-psychique de la peau a été étudié par de nombreux auteurs et occupe une place de premier rang dans la prise en charge des problématiques psychiatriques ainsi que dans la pratique psycho- corporelle. La théorie des enveloppes me permet de vous présenter dorénavant le projet que j'ai élaboré en lien avec le défaut de contenance des patientes.

II. Les poupées russes: l'enveloppe institutionnelle au service de l'élaboration d'un contenant

1. La médiation hamac: une métaphore de l'enveloppe maternelle

Je m'interrogeais: Comment l'abord corporel des séances de psychomotricité individuelles peuvent accompagner les mères dans leur construction identitaire ? J'ai alors pensé à plusieurs médiations, notamment l'enveloppement sec, la conscience corporelle et la relaxation. Je m'intéressais depuis quelques temps à la médiation en hamac. En effectuant des recherches lors de l'élaboration de mon projet, il m'a alors paru qu'il pouvait être un outil thérapeutique très intéressant pour solliciter tout à la fois sur les sentiments d'enveloppe et de contenance, notamment la sensation d'apesanteur et le soutien du dos par la tension du tissu. J'ai donc élaboré un projet de séances de psychomotricité individuelles que j'ai soumis à l'équipe.

A. Le choix du hamac

L'aspect attractif du hamac était l'une des raisons principales qui amenaient les patientes à s'intéresser à la thérapie psychomotrice, ce qui a été un véritable atout pour la mise en place du projet. Cet outil thérapeutique mobilise à lui seul de nombreuses notions que je souhaitais aborder :

- éprouver la sensation d'un portage sécurisé et contenant: J'avais alors en tête que la médiation hamac permettrait aux mères de pouvoir éprouver ce qu'est un portage contenant et sécurisant, ainsi que d'autres sensations se référant à la petite enfance telles que le bercement. Je souhaitais que la mère puisse se sentir portée car c'est le portage, tant physique que psychique - soit respectivement le *holding* et le *handling* selon D.W. WINNICOTT- , s'il est effectué de manière adaptée, qui confère au bébé un sentiment de base de contenance, de sécurité et qui lui garantit l'intégrité de son enveloppe corporelle et, par conséquent, son identité.
- adopter une posture en enroulement: qui favorise le rassemblement , le repli sur soi, l'introspection mais également le lâcher-prise ;

- stimuler la proprioception et la détente: grâce aux légers balancements du hamac et aux stimulations sensorielles, favorisant ainsi une prise de conscience de l'intégrité des enveloppes corporelles ;
- encourager une restructuration du Moi- Peau puis l'accès au Moi-pensant: étant admis que le psychique se développe en constante référence à l'expérience corporelle, les séances de psychomotricité aideraient ces mères à pouvoir accéder à une certaine élaboration autour de leur problématique et ainsi favoriser l'adaptation à leur bébé ;
- procurer la sensation d'un enveloppement agréable: Les infirmières qui interviennent sur mon lieu de stage enveloppent fréquemment les bébés pour les apaiser et les contenir lorsqu'ils se désorganisent. Pour ces mères qui présentent elles aussi une désorganisation psycho-corporelle, le hamac pourrait les envelopper et procurer les mêmes effets.

B. La création d'une enveloppe sonore

Lors de l'hospitalisation, j'ai fréquemment entendu des patientes regretter que leur enfant sourie et oriente son regard vers le soignant qui s'adresse à lui, alors que celui-ci ne le fait pas systématiquement lorsque sa mère lui parle. Elles semblent jalouser cette marque d'attention envers le soignant sans prendre conscience que leur manière de s'adresser à leur enfant ne favorise pas un échange de qualité. Leur expression faciale et leur regard sont souvent figés, leur sourire crispé voire absent et leur discours est pauvre. A l'inverse, lorsqu'ils s'adressent aux bébés, les soignants adoptent une voix douce et mélodieuse, rappelant le mamanais.

Ce constat me permet de comprendre l'importance de créer une enveloppe sonore en ce qu'elle permet de favoriser l'écoute de soi et la détente:

- De la nécessité d'ajuster sa voix : C'est en observant les dyades au sein du service que j'ai pris conscience de l'importance de poser sa voix et de l'accorder à une respiration profonde, d'adopter un ton calme et doux, d'ajuster la prosodie pour favoriser l'écoute, la détente mais également l'émergence de sentiments de sécurité et de contenance chez son interlocuteur.

- De la nécessité de parler et de se taire: Les inductions verbales permettent de créer un bain sonore, une enveloppe qui participe au cadre contenant mais je laisse également des moments de silence qui sont importants selon moi car un flot continu de paroles peut envahir la patiente. Le silence permet de laisser le psychisme du patient travailler pour que les impressions viennent.
- De la nécessité d'utiliser des inductions verbales: Bien que j'adapte mes propositions à l'état de la patiente et ses besoins personnels, j'évoque systématiquement les notions d'enveloppe, de détente, de sécurité et de contenance dans mon discours lors des séances. J'encourage la patiente à porter son attention sur les sensations agréables que procurent les balles qui parcourent son dos et qui se diffusent dans tout le corps, participant ainsi à l'état de détente qui s'installe progressivement. Je sollicite également la patiente à sentir les légers balancements de la nacelle et la solidité du hamac qui la porte ainsi qu'à percevoir la profondeur de sa respiration.

C. Le choix des stimulations sensorielles

A l'aide de balles de différentes textures, puis après plusieurs séances également avec mes mains, j'effectue des inductions tactiles au niveau du dos. Hormis les sensations agréables que ces stimulations procurent, elles visent également une (re)prise de confiance en soi, en sentant son squelette, la sécurité d'un corps solide, qui tient.

Le toucher fait aussi émerger les dimensions sensorielles et archaïques. Il marque la personne corporellement et psychiquement en laissant une trace de ce passage.

Les stimulations sensorielles visent autant la détente qu'une mise à l'écoute du corps et de ses sensations. Elles permettent, en ce sens, de faire émerger de nouveau la dynamique corps-psychisme en renforçant des sensations agréables dans un corps souvent perçu négativement et vécu douloureusement. L'abord corporel constituerait alors une porte d'entrée qui aiderait les patientes à s'approprier leur corps, se réconcilier avec lui.

D. Le choix de la conscience corporelle

Je propose à la patiente des inductions verbales centrées sur la conscience corporelle: porter son attention sur sa posture, sur sa colonne de respiration, sur les différentes parties du corps, leur position et les sensations qu'elles lui procurent. La concentration sur son corps favorise une meilleure écoute et perception de soi. Cela permet un recentrage, une écoute à l'instant T des sensations éprouvées.

E. Le choix des temps de parole

Chaque séance comprend deux temps de verbalisation: un premier entretien en début de séance permet à la patiente d'évoquer son vécu du jour. Celui de fin permet de faire des associations libres à partir de ce que la patiente a vécu, et de mettre potentiellement en lien les sensations vécues avec son histoire personnelle.

2. Une réflexion sur le cadre: un jeu de poupées russes

A. L'insertion de l'enveloppe maternante du projet de psychomotricité ...

Alors que la psychomotricienne propose déjà des séances pour la dyade, mon projet est pensé pour la mère sans la présence de son enfant afin d'être au plus près de la problématique propre à la patiente. Il s'adresse d'abord à la femme que la patiente est, avant d'invoquer la mère qu'elle est devenue; statut qui a manifestement bouleversé son équilibre émotionnel. L'objectif est alors d'offrir un espace et un temps entièrement dédié à la femme et non la dyade afin de se recentrer sur soi-même, au cours duquel les patientes se sentent l'objet de l'attention du thérapeute pour elle-même et non pour leur relation avec leur enfant.

L'aval de l'équipe permet à ma maitre de stage et moi-même de proposer cette thérapie aux patientes qui s'y montrent favorables. Elles doivent alors s'engager dans une prise en charge régulière, à raison d'une à deux fois par semaine.

Chaque séance dure de 30 minutes à 1 heure selon la disponibilité de la patiente et a lieu dans la salle de psychomotricité. Le repérage des différents espaces (la salle de psychomotricité, la chambre du bébé et celle de la mère, la salle commune) et l'intériorisation des différents temps (ponctués notamment par les rituels de début et de fin de séance) contribue à la distinction de limites psychiques, primordial dans le travail des enveloppes. « *La différenciation des espaces va venir soutenir une ébauche de différenciation des espaces psychiques.* ». (C. POTEL BARANES, 2019, p. 368)

Je propose également aux mères d'inclure bébé dans la thérapie, lorsqu'elles se sentent prêtes à lui faire une place et à la suite d'un travail de plusieurs séances en individuel. La présence de bébé permettrait aux mères de partager un moment de portage avec celui-ci et d'inclure bébé dans leur espace psychique. Cette possibilité leur est suggérée mais en rien imposée.

Ce projet de psychomotricité s'articule avec les autres soins proposés par l'équipe au sein du service. En complémentarité de ceux-ci, un travail psychocorporel s'inscrit donc dans une perspective holistique de soins et, par conséquent, s'intègre dans l'enveloppe contenante de l'UMB.

Le cadre thérapeutique et les expériences corporelles comme celles vécues avec le hamac et les stimulations sensorielles favorisent l'émergence d'une enveloppe maternante pour les patientes. Ces séances de psychomotricité individuelles, elles-mêmes contenues dans l'enveloppe protectrice de l'institution, apportent ainsi aux patientes le sentiment d'être contenues, enveloppées et sécurisées. D'où la métaphore des poupées russes.

B. ... Dans l'enveloppe institutionnelle de l'UMB

Le fonctionnement de l'UMB ainsi que sa configuration architecturale participent à l'élaboration d'un cadre contenant pour les patientes et forment de ce fait l'enveloppe institutionnelle.

B.1. Le temps et l'espace

L'UMB est un service semi-fermé: les mères ont le droit aux visites ainsi qu'à des permissions pour revenir provisoirement à leur domicile. Cette ouverture sur l'extérieur contribue entre autre à ce que la famille, notamment le père du bébé, ne soit pas exclue mais qu'à l'inverse, elle puisse apporter son soutien et reste impliquée dans l'hospitalisation de la dyade. « *L'unité est comme une maison qui présente des ouvertures sur l'extérieur, mais qui est un contenant; on peut être ensemble à l'intérieur.* » (F. POINSO, 2009, p 32)

En ce sens, l'hospitalisation peut être assimilée à ce que D.W WINNICOTT nomme l'« *aire transitionnelle* ». Initialement, cette notion est définie comme le premier espace pour l'enfant sans sa mère, à la frontière entre l'espace réel et l'espace imaginaire et entre le Moi et Non-Moi. Cette aire est créée par l'enfant pour acquérir progressivement la notion de Soi. Comme l'enfant qui bâtit un espace transitionnel pour construire son identité, l'UMB constitue un temps et un espace de transition, au cours duquel la patiente peut développer son sentiment d'être mère.

B.2. L'équipe

L'équipe est spécialisée dans le développement du bébé et dans les pathologies maternelles. Ce qui lui permet d'accueillir chaque situation de crise entre le bébé et sa mère dans une relation et un environnement sécurisants. Les soignants constituent souvent un support d'identification pour les patientes, ce qui permet d'inscrire leurs actions dans un cadre enveloppant et sécurisé. A l'instar de la fonction maternelle, le travail d'équipe et le fonctionnement de l'UMB accueillent les éprouvés et contiennent ce qui déborde, ce qui est désorganisé dans la relation entre la mère et son enfant afin de permettre de construire une relation d'attachement sécurisée entre les deux.

Ainsi, l'enveloppe institutionnelle permet d'« *Accueillir la mère dans un lieu où elle se sente protégée, afin qu'elle puisse accomplir le travail de « devenir mère », ce qui suppose un maternage lui permettant de régresser, et un étayage de ses capacités maternelles permettant une continuité des soins maternels auprès du bébé.* » (A-L SUTTER DALLAY, 2008 p. 23)

Le projet de portage et contenance s'étant élaboré en octobre, ce n'est qu'en novembre que les séances de psychomotricité en individuel ont pu débuter. Mes séances ont rapidement pris forme en fonction de ce que j'éprouvais en séance et du retour que me faisait chaque patiente. Ce qui explique que lorsque ce projet a été confronté à la réalité, il s'est considérablement remodelé au fil des rencontres et des échanges.

Partie III : Réflexion théorico-clinique sur le cadre thérapeutique

I. Le projet imaginé à l'épreuve de la réalité

Dans cette partie, je vous présenterai les séances de chaque patiente, mises en lumière par le développement de leur bébé au sein de l'unité.

1. Premières séances et premiers réajustements

A. Mme P

Lors du premier entretien, Mme P se montre enthousiaste et intéressée par le dispositif du hamac. Elle me demande même des informations sur la psychomotricité, et fait le rapprochement avec les valeurs et l'éducation qu'elle souhaite transmettre à son fils.

Elle ne s'est pas montrée craintive, ni réticente quant à l'idée de laisser son poids dans le hamac. D'emblée Mme P adopte une posture regroupée puis m'interrompt rapidement pour me demander si elle peut aller chercher son « *doudou* ». Surprise, j'accepte sans être certaine de la pertinence de sa proposition pour le déroulé de la séance mais l'avoir avec elle semble lui être important pour profiter du moment.

Lorsque Mme P se réinstalle dans le hamac, j'aperçois alors le doudou en question. J'apprends qu'il lui a été offert par son mari. Je ne me souviens plus précisément de son apparence, mais, quoique manifestement vieilli par le temps, il ressemble à ces peluches que traînent les enfants. Puis la séance a repris.

Le retour que me fait Mme P de cette première expérience s'est avéré très intéressant. Elle me dit alors que les stimulations sensorielles lui ont fait beaucoup de bien, qu'elle pense s'être détendue. Elle déplore toutefois son besoin de tout intellectualiser qui semble s'être répercuté sur les propositions et ne pas lui avoir permis de profiter pleinement de ce moment de détente; elle constate également que la concentration sur sa respiration l'a perturbée car cela a amplifié la sensation de boule dans la gorge qu'elle ressent depuis son admission dans l'unité. L'entretien final s'est alors révélé beaucoup plus long que le premier, débordant sur le temps imparti, et la séance est largement sortie du cadre que

ma maitre de stage et moi avions fixé. Cadre que je n'ai pas réussi à maintenir à cause de difficultés à m'affirmer et recentrer Mme P dans l'ici et maintenant.

B. Mme B

Au début de la mise en place des séances en hamac pour Mme B, elle présentait de nouveau des fluctuations thymiques, alternant entre exaltation et tristesse de l'humeur au cours de la journée, ce qui altérait significativement les interactions avec son fils et qui faisait craindre à l'équipe une rechute.

Après concertation en réunion, nous décidons de proposer les séances de psychomotricité individuelles à Mme B la semaine suivante, proposition que la patiente accepte de suite. J'appréhendais la prise en charge de cette patiente: je craignais de faire resurgir des éléments délirants que je n'aurais pas pu contenir, notamment en proposant des inductions verbales et stimulations corporelles qui auraient pu déclencher des hallucinations. J'avais beaucoup réfléchi quant à la manière de dérouler la séance et le contenu des propositions. J'envisageais de renforcer sa conscience corporelle par d'autres biais, notamment debout en marchant dans la salle ou en utilisant la danse comme médiation, puis de l'amener progressivement à des séances en hamac. Mais la semaine suivante, Mme B avait retrouvé une dynamique dépressive et ne présentait plus d'hallucination, ni de troubles du comportement depuis quelques jours grâce à un nouveau traitement médicamenteux.

Lors du premier entretien, Mme B s'est montrée peu loquace et légèrement intimidée mais m'a exprimé son enthousiasme quant à la possibilité de pouvoir prendre du temps pour elle et se détendre dans le hamac. Compte tenu de la dissipation des symptômes délirants, j'ai décidé de maintenir le cadre thérapeutique que j'avais élaboré autour du hamac.

Mme B s'est de suite installée en position de regroupement, sans émettre la moindre crainte ni hésitation quant à la solidité du dispositif. En prenant soin d'adapter mes inductions verbales, nous poursuivons la séance.

Une fois celle-ci terminée, Mme B semble difficilement émerger et m'avoue s'être

endormie mais semble se sentir obligée d'ajouter de suite qu'elle a beaucoup apprécié ce moment. Je la crois, mais je ne perçois que peu d'émotions dans son discours. Le temps de verbalisation a été très court, Mme B se contentant de me dire qu'elle s'est sentie « apaisée ». Je n'insiste pas, il me semble que ce retour demande déjà beaucoup d'efforts pour cette patiente très ralentie et de nature peu prolixe.

C. Mme R

Les séances avec Mme R commencent à son arrivée dans l'unité. Je précise qu'à cet instant de la prise en charge, la patiente m'avait été présentée comme une femme déficitaire et fragile; je n'avais pas connaissance de son diagnostic de trouble bipolaire.

Lors du premier entretien, Mme R montre des signes de stress et d'embarras: elle croise ses jambes, évite mon regard, sourit de manière gênée, se frotte nerveusement les mains. Etre en ma présence pour parler d'elle semble manifestement la gêner.

A son installation dans le hamac, elle me dit ne pas savoir comment se positionner, montre quelques appréhensions quant à la solidité des suspensions et le risque d'y laisser son poids, mais finit par s'y asseoir en gardant les pieds au sol, dans une position crispée. Je reste un long moment en face d'elle pour lui présenter les stimulations que je m'apprête à lui proposer tout en lui laissant le temps de s'accoutumer aux nouvelles sensations apportées par le hamac. Lors de la séance, je tente d'amener encore plus de douceur et de contenance dans ma voix et mes gestes que dans les prises en charge précédentes afin de calmer le vécu d'insécurité que je ressentais chez cette patiente et atténuer sa méfiance envers moi.

Je me souviens peu du retour que Mme R m'a fait de ce temps hamac, si ce n'est que « les stimulations ont été agréables », me dit-elle le faciès figé. Elle ne s'étendra pas plus sur le sujet.

2. Le portage psychique dans l'élaboration d'une enveloppe contenant

Si le portage est très présent en psychomotricité, il est souvent question de sa dimension psychique, ce qui correspond au cadre thérapeutique que l'on met en place lors des séances.

Celui-ci peut se définir comme une action thérapeutique qui se déroule dans un contexte spatio-temporel et dans une pensée donnée. C'est un lieu qui délimite la frontière entre le dedans et le dehors, et qui constitue un réceptacle contenant les expériences vécues. Il structure l'espace de soin et permet ainsi d'être protecteur et contenant envers le patient. D. ANZIEU (1990) compare le cadre thérapeutique à un contenant maternel, une enveloppe protectrice qui permet aux pensées du patient de pouvoir se déployer en toute sécurité.

A posteriori, ces trois premières séances m'ont permis de prendre conscience du besoin de réassurance chez ces patientes, de la nécessité de les porter psychiquement.

A. Illustrations cliniques

Les débordements de Mme P lors du retour sur la séance de psychomotricité m'ont permis de me rendre compte de la nécessité d'ajuster ma posture de garant du cadre thérapeutique. Je ne me souviens pas de la manière dont Mme P est passée de la description des sensations ressenties dans le hamac à des discussions sur son régime végétalien et son désir d'allaitement, son repas de Noël, son compagnon, sa passion pour le chant lyrique... mais ses digressions pointent sans doute la difficulté pour Mme P de parler de ses sensations. Peut-être parce qu'aborder ce sujet est anxiogène et qu'il est difficile de mettre des mots sur des sensations pour Mme P. Je n'avais peut-être pas saisi l'anxiété que ces séances pouvaient générer chez cette patiente, qui d'ailleurs peut être mise en lien avec son envie d'apporter l'objet tiers que représente son doudou. Manifestement, celui-ci lui a permis de se rassurer et de poursuivre la séance.

Quant à Mme B, elle paraissait intimidée lors de la première séance; tandis que Mme R manifestait corporellement un certain malaise. Ces deux patientes ont d'ailleurs fait un retour très laconique de leur séance.

B. Le réajustement du cadre

Les séances que j'ai élaborées visent à offrir un temps et un espace au cours desquels la patiente peut se laisser aller à la détente afin de se mettre momentanément à l'abri des contraintes et pressions extérieures, des tensions traumatiques.

Mais ce lâcher prise n'est possible que si la patiente se sent portée par mon attention et ma qualité de présence, En devenant en quelque sorte l'*appareil à penser* que décrit Bion, mon psychisme vient porter celui de la patiente .

D'où la nécessité d'instaurer une relation de confiance avec ces mères, qualifiée d'alliance thérapeutique. Celle-ci joue un rôle fondamental dans la création de l'enveloppe psychique des séances. « *Alliance thérapeutique signifie empathie, disponibilité, accessibilité du thérapeute.* » (A. CHAUVIN, 2009, p. 104)

Ainsi, en affirmant mieux le cadre thérapeutique dont je suis garante, je participe à la formation d'une enveloppe contenant et sécurisante, ce qui permet à la patiente de pouvoir s'exprimer plus librement au sujet de la séance et des sensations perçues.

Si le caractère contenant du cadre participe à la création d'une enveloppe maternante, l'ajustement que j'ai effectué semble avoir permis aux patientes de se laisser aller à la détente et de faire l'expérience de nouvelles sensations au cours des séances.

II. Le travail du corps face à la régression

1. Vignettes cliniques

A. La deuxième séance de Mme P

Lors de la deuxième séance, Mme P revient avec son « doudou ». La séance se déroule de la même manière: un temps de verbalisation au début, le temps hamac puis un temps de verbalisation des ressentis.

Mme P constate cette fois-ci qu'elle présente des tensions au niveau de la mâchoire et de la nuque dont elle n'avait jamais pris réellement conscience, bien qu'elle ait la sensation de les avoir toujours ressenties. Elle fera un lien entre ses douleurs cervicales et la sensation d'être mal soutenue. Ce qui l'amènera à s'interroger sur la manière dont sa mère l'a portée lorsqu'elle était bébé. Mme P évoquera même l'empathie qu'elle a ressentie pour son bébé lorsqu'elle a vu sa mère le porter à bout de bras quelques jours auparavant.

Quoi qu'il en soit, Mme P témoigne de nouveau d'une sensation de bien-être suite à cette séance. En la raccompagnant dans la salle de séjour, Mme P m'avouera avoir évoqué les bienfaits des séances de psychomotricité à une autre patiente du service et m'invitera timidement à proposer des séances à celle-ci. Cette initiative de la part de cette patiente me rend optimiste quant à l'alliance thérapeutique qui semble s'être installée entre elle et moi.

L'équipe constate également une amélioration des interactions entre Mme P et son fils. Lucien se montre de plus en plus disponible: il devient progressivement acteur dans la relation qu'il entretient avec sa mère et l'interpelle de plus en plus. Celle-ci s'est beaucoup appuyée sur l'évolution des compétences relationnelles de Lucien pour se sentir confiante dans son rôle de mère. Elle montre des capacités d'adaptation à son égard. Elle dit ne plus se sentir envahie par l'angoisse quand son fils pleure et se dit satisfaite des moments agréables qu'elle partage avec lui.

B. Mme B

B.1. La deuxième séance

La deuxième séance sera sensiblement la même: Mme B impatiente de profiter du moment hamac, montrant des signes de détente manifestes, et des temps de verbalisation pauvres. Pour autant, j'avais le sentiment que Mme B avait quelque chose à dire au sujet de ces séances.

Afin de soutenir sa pensée, j'ai donc proposé à Mme B d'effectuer un *portrait chinois* adapté. Pour rappel, il s'agit d'un jeu souvent proposé aux enfants qui consiste à se présenter de manière ludique et imaginative. Je me demandais si Mme B allait pouvoir se saisir de cette proposition mais décide toutefois de tenter et lui demande donc d'associer spontanément à cette séance une couleur, puis une matière. Blanc et couverture douce ont été ses réponses. Elles sont sorties spontanément, sans trop d'hésitations.

Parallèlement, l'équipe constate une amélioration des capacités relationnelles de Noé. Il commence à faire des sourires-réponses, et il présente une meilleure accroche du regard malgré ses difficultés à tourner la tête du fait de sa plagiocéphalie. Bébé a toutefois régulièrement besoin d'être enveloppé pour ne pas se désorganiser.

B.2. La troisième séance

Ce jour, je constate que Mme B a quitté ses sur-vêtements au profit d'un chemisier fleuri et d'un jean. Elle vient en séance, l'air toujours fatiguée mais avec un sourire empreint de douceur, les cheveux coiffés et les yeux légèrement maquillées. Son apparence me donne l'impression qu'elle est plus légère, plus apaisée.

Le temps de verbalisation qui a suivi le hamac a été d'une richesse incontestable pour moi. Mme B me remercie pour ce moment de détente, et ose timidement me donner un conseil: utiliser un bout de bambou. Elle est esthéticienne et a participé à de nombreuses formations sur le massage. Mme B fait du lien avec sa propre pratique, ce qui m'encourage à penser que, par ses suggestions, elle s'ouvre de plus en plus à la relation. Je la remercie et essaie cette proposition sur elle avec ce que j'ai sous la main - un petit bâton. Mme B me dit alors avec beaucoup d'émotions « oh Mégane, ça fait du bien si vous

saviez ». Depuis ce jour, je n'ai jamais cessé d'utiliser le bâton dans les autres prises en charge.

L'impatience de Mme B à profiter de ce moment de hamac illustre bien la réapparition de la notion de plaisir chez cette patiente.

C. Mme R

C.1. La deuxième séance

Mme R est préoccupée par le comportement de Tom alors âgé de 5 mois, qui inquiète également l'équipe: il mange peu, sourit à peine, ne regarde que peu dans les yeux, présente des girations oculaires préoccupantes et des tensions corporelles importantes. Il semble également chercher des stimulations sensorielles fortes en se tapant contre du dur, semble effrayé au moindre retentissement sonore. Des examens pédiatriques et neurologiques sont alors programmés.

C'est donc une patiente inquiète que je récupère dans la salle de séjour pour aller en séance de psychomotricité individuelle. A l'inverse des autres patientes que j'ai eu en séance, l'entretien est uniquement centré sur la santé de son fils et des nouvelles de son compagnon qu'elle attend avec impatience. Mme R est incapable de parler d'elle sans évoquer Tom.

Je lui propose de commencer le temps hamac pour apaiser ses angoisses mais au bout de quelques minutes, la séance sera interrompue par un appel de son conjoint. Après un échange rapide avec celui-ci, elle s'installe de nouveau dans le hamac et décide cette fois-ci de lâcher ses appuis au sol en rentrant les pieds dans la nacelle et de fermer les yeux.

A la fin de la séance, Mme R me dit qu'elle a n'a rien à dire de plus que la dernière fois. Pourtant elle continue, qualifiant le hamac de « cocon », m'informe qu'elle a pu « lâcher les idées négatives », dit s'être sentie « bien portée », et finit par « Vous passez les balles au bon endroit ! » en esquissant un sourire.

C.2. Le passage à l'hospitalisation de jour

A la fin du mois de janvier, l'évolution positive de Mme R et de son fils permettent d'envisager une sortie d'hospitalisation temps plein. L'équipe propose alors à la patiente de venir désormais en hôpital de jour du lundi au vendredi afin de continuer à étayer les compétences de chacun, ce à quoi elle consent. On m'informe également que l'EEG de Tom révèle une faible activité du lobe occipital; d'autres tests sont donc à prévoir.

L'équipe note une amélioration des capacités relationnelles et du comportement de Tom malgré quelques fluctuations. Des troubles de l'oralité persistent mais la tétée s'est améliorée. Il commence à également à échanger des regards avec sa mère et à coordonner les informations (notamment visuelles) qui lui parviennent de l'extérieur mais uniquement lorsqu'il est contenu physiquement et psychiquement. Des vocalisations apparaissent, mais ne semblent pas avoir une valeur communicative. Elles sont ininterrompues, comme si Tom cherchait à créer un enveloppement sonore.

Lors de notre entretien, Mme R est souriante et me dit qu'elle se sent mieux dans son corps. Je constate que son amélioration thymique concorde avec un meilleur maintien corporel: sa posture est moins affaissée dans le fauteuil.

La semaine suivante, j'apprends lors des transmissions que la thymie de Mme R a rechuté. Elle se sent dépassée par la charge importante que représentent ces deux enfants et mentionne même des idées suicidaires. Tom est encore une fois très désorganisé: l'équipe note des clignements oculaires inquiétants, des prises de biberon compliquées et des difficultés à organiser ses gestes au cours des temps tapis.

Je m'attends alors à ce que Mme R n'ait pas envie de profiter du hamac mais à peine arrivée dans la salle de séjour, celle-ci me sollicite pour aller en séance. Elle m'informe toutefois que nous ne disposons que de peu de temps car elle doit faire manger son fils avant de partir et ne veut pas faire attendre son compagnon. Puis Mme R évoque spontanément le sentiment d'être débordée à la maison, et ne sent pas assez soutenue par son compagnon. Au vu de l'humeur triste de Mme R et de son envie de venir en séance, je décide d'introduire de nouvelles stimulations sensorielles à l'aide de mes

maines. Lors du temps de verbalisation finale, elle me dira qu'elle apprécie beaucoup la chaleur que ces dernières lui ont procurée.

2. Le lien entre les trois patientes: régresser pour avancer

A. La sensation de contenance

Le projet que j'ai élaboré permet de porter les patientes afin de rejouer les qualités de *holding* et *handling* propres à la fonction maternelle. L'enveloppe physique du hamac, l'enveloppe tactile des stimulations sensorielles, l'enveloppe sonore créée par mes inductions verbales... tout le cadre thérapeutique proposé en séances permet de recréer une enveloppe maternante, un espace sécurisant mis au service d'une recherche de contenance chez les patientes.

Au début de l'hospitalisation, l'équipe notait chez Mme P un discours auto-centré qui ne laissait que peu de place à son bébé. Lors de cette deuxième séance en individuel, cette même patiente dit s'être détendue et avoir ressenti du plaisir. Ce lâcher prise semble lui avoir permis de se recentrer sur elle-même pour par la suite se décentrer. En effet, Mme P dit avoir ressenti de l'empathie à l'égard de Lucien, notamment lorsqu'elle repense à la manière peu contenantante avec laquelle sa mère le portait.

Lors du portrait chinois, Mme B évoque une douce couverture et la couleur blanche. Je ne lui ai pas demandé d'approfondir - la proposition aurait perdu tout son sens. Mais il me semble qu'on établit un lien entre le choix de la couleur et des images de calme, de légèreté, de pureté et de douceur. Ce qui rappelle d'ailleurs le qualificatif que cette patiente a choisi pour sa couverture. L'émotion de Mme B transparaissait clairement lors de l'évocation de ces termes et il me semble qu'ils témoignent de la résurgence d'émotions contenantantes.

Quant à Mme R, la médiation hamac semble avoir joué un rôle favorable dans son redressement postural. Alors qu'elle ne parvenait pas à trouver une posture de repli sur soi lors de la première séance, elle est progressivement parvenue à adopter un enroulement

confortable. Mais dans le même temps, elle semblait s'avachir de plus en plus dans le fauteuil. Puis je constatais au fil des séances un redressement postural chez Mme R qui pourrait témoigner de l'intégration de son axe corporel. Ainsi, l'enroulement physiologique sollicité par le hamac, couplé à la stimulation de sa colonne vertébrale avec le bâton et les balles semblent avoir permis à cette patiente de lui faire sentir le solide de son corps, et agir ainsi sur le sentiment de contenance.

Pour chacune de ces patientes, la détente induite par l'enveloppe maternante des séances semblent leur avoir permis de faire l'expérience d'un corps contenu. Dans le même temps, ces trois prises en charge m'ont amenée à m'interroger quant à la dimension régressive des séances de psychomotricité en hamac.

B. Le constat de régression

L'abord corporel des séances de psychomotricité permettent d'accompagner les mouvements régressifs des patientes. De même, la configuration du hamac nécessite que la patiente s'enroule sur elle-même dans une position de rassemblement autour de son centre. Cette position physique permet d'opérer un mouvement psychique de retour à soi, dans une préoccupation narcissique.

Bien que toutes les patientes ne l'aient pas manifesté aussi ostensiblement que Mme P qui vient en séance avec son « doudou », Mme B évoque une couverture douce et la couleur blanche lors du portrait chinois. Ce qui n'est pas sans rappeler les linges doux et immaculés dans lesquels on enveloppe les bébés.

Mme R, quant à elle, parle de « cocon » pour qualifier le hamac. Rappelons le diagnostic de trouble schizo-affectif qui a été posé pour cette dernière patiente. Dans ce type de pathologie psychiatrique, la symptomatologie révèle des angoisses corporelles massives du fait que les sensations sont perçues comme étant dispersées, éclatées, ce qui entrave la sensation d'être unifié et contenu. Mais l'évocation du cocon par Mme R viendrait témoigner du retour à soi qu'elle a pu effectuer lors des séances.

A la rédaction de leur histoire aujourd'hui, je prends conscience de la richesse et de l'authenticité que ces femmes m'ont livrées à travers ces témoignages. Les représentations métaphoriques de ces trois patientes: le doudou de Mme P, l'image de la douce couverture blanche de Mme B et celle du cocon de Mme R semblent confirmer la dimension régressive des séances de psychomotricité individuelles. Le hamac permet de faire l'expérience d'un corps contenu et enveloppé par le biais de la détente et de la régression.

3. En quête de sens

A. Le concept psychanalytique de la régression

Le concept de régression est un sujet bien trop vaste pour qu'il fasse l'objet d'une présentation exhaustive dans mon mémoire. Je me contenterai donc de présenter les aspects qui me paraissent pertinents dans mon développement. Pour se faire, mes sources proviennent de l'article « La régression thérapeutique dans les UMB » de L. QUANTIN dans l'ouvrage *Les écueils de la relation précoce mère-bébé* (C. BOUKOBZA, 2007), ainsi que des articles « Repli et régression » et « Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique » de D.W WINNICOTT (1958).

Le terme de régression est apparu pour la première fois dans la psychanalyse sous la plume de Freud (1905) qui le considère alors comme moteur essentiel de la cure analytique.

L'un des disciples de Freud, S. FERENCZI, préconise, quant à lui, d'avoir recours à la régression comme d'un outil thérapeutique. Il prône un retour à la méthode cathartique des débuts freudiens, qu'il appelle *néocatharsis* (Psychanalyse 4). Il délaisse l'hypnose mais recommande de pratiquer la relaxation au sein d'un cadre sécurisant pour encourager la reviviscence des traumatismes passés afin de les résoudre.

M. BALINT (1959), psychiatre, psychanalyste et élève de S. FERENCZI, définit la régression comme une reviviscence des premières relations d'objet, notamment celles primitives entre la mère et le nourrisson; et ajoute que la régression est un phénomène intrapsychique (la forme qu'elle revêt dépend de la pathologie du patient) et interpersonnel (elle s'opère dans les interactions entre deux personnes). Selon lui, la régression doit être créée et maintenue par l'analyste dans son cadre thérapeutique afin d'apporter une réponse nouvelle aux événements traumatiques passés qui se rejouent dans le psychisme du patient. Pour ce faire, le thérapeute doit privilégier la communication non-verbale, notamment émotionnelle et corporelle, plutôt que le langage oral car elle constitue le mode de relation entre une mère et son bébé: les stimulations tactile et musculaire, la sensation de chaleur, les mouvements rythmiques, etc. Proposer au patient de recouvrir ces sensations lui permet de dissiper ses angoisses et ses doutes.

Contemporain de M. BALINT, D.W WINNICOTT (1963) réintroduit la notion de régression dans le paysage psychanalytique et la décrit comme un moyen thérapeutique au service de la guérison. En recréant un environnement suffisamment bon et une situation de dépendance primitive, le patient peut se laisser aller à la régression afin de restaurer un développement psychoaffectif sain qui a été entravé par la carence de soins maternels. Il me semble que la pratique psychomotrice s'inscrit davantage dans la conception winnicottienne de la régression.

B. Les mécanismes régressifs des mères hospitalisées à l'UMB

Le terme de régression est régulièrement employé dans les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé. Il caractérise le comportement de certaines mères qui adoptent des attitudes normalement associées à une période antérieure du développement. Il est actuellement admis que la régression constitue un moyen thérapeutique favorable dans les unités mère-bébé.

Les rencontres avec les mères m'ont permis de percevoir l'intérêt de les mater, mais ce n'est qu'avec les séances que j'ai pris conscience de la dimension régressive des séances de psychomotricité individuelles.

Aborder la régression constitue le point central de ce mémoire car il me permet d'expliquer ma problématique. Il me permet de faire le lien entre les parties déroulées précédemment et ma réflexion théorico-clinique au sujet des médiations que j'ai proposées aux mères. Comme évoqué dans la première partie, la construction de l'identité de mère n'est pas un processus linéaire mais dynamique. Des mouvements régressifs majoritairement inconscients circulent au cours du processus de maternalité, et parfois, celui-ci fait resurgir des traumatismes infantiles, notamment chez les patientes hospitalisées en UMB. La régression serait, pour ainsi dire, inhérente à l'expérience de la maternité.

Dans un deuxième temps, j'évoquais la possibilité que ces expériences négatives précoces aient impacté le développement des sentiments de contenance et de sécurité interne chez ces patientes. Ce qui m'a permis d'élaborer un projet de psychomotricité ayant pour objectif de recréer un environnement *suffisamment bon* dans le sens winnicottien, une enveloppe maternante. Un cadre propice à la régression qui amènent les patientes à revisiter en toute sécurité les premières sensations de contenance.

Dans cette dernière partie, je m'attacherai à expliquer l'intérêt de soutenir la régression dans les séances de psychomotricité pour en faire une action thérapeutique: accompagner les patientes dans leur construction identitaire de mère.

Partie IV: Se recentrer pour s'accorder

I. Retour sur la dyade

1. La dernière séance de Mme P

La troisième séance sera la dernière car Mme P vient d'apprendre qu'elle est autorisée à sortir définitivement. Elle délaissera alors son doudou et me demandera si elle peut amener son fils en séance, afin qu'ils puissent profiter de ce moment tous les deux.

Lors de ce premier temps d'échange, le discours que tenait la patiente était, pour la première fois, centré sur Lucien et leur relation.

Bien que bébé ait pleuré lors de son installation dans le hamac avec maman, il s'est aussitôt apaisé lorsque celle-ci l'a mis au sein et s'est endormi. J'assiste alors à un moment de partage de qualité au cours duquel je perçois beaucoup de douceur et de tendresse dans l'échange des regards et dans les gestes, ainsi qu'un portage révélant toute sa fonction de contenance.

Lors du temps de verbalisation final, Mme P me dira qu'elle a ressenti une petite déception lorsque Lucien s'est mis à pleurer, mais elle sera capable d'entendre que la désorganisation de celui-ci n'a été que de courte durée et que la dyade a ensuite pu profiter de ce moment. Mme P est sortie définitivement de l'unité temps plein le lendemain.

Mme P a été ma première rencontre. Ma première patiente. Elle a soulevé autant de questionnements dans ma pratique que d'envie de poursuivre ce projet. Elle m'a permis de toucher du doigt l'étendue de l'incertitude de ce que je proposais mais également toute la satisfaction d'avoir la sensation d'apporter quelque chose à la prise en charge.

2. Mme B

Les séances de psychomotricité de Mme B ont été interrompues par la période de fête de fin d'année. Au retour des vacances, je m'imagine reprendre le rythme des séances avec Mme B mais j'apprends qu'elle a quitté le service. Elle qui me semblait encore fatiguée. Son équilibre émotionnel me paraissait encore fragile lors de mon départ en vacances.

A la lecture du dossier, j'apprends que l'équipe a constaté une amélioration des relations d'attachement entre la patiente et Noé. A la suite de deux mois d'hospitalisation, cette évolution favorable - et le soutien que le papa peut fournir - ont permis au médecin psychiatre d'envisager la sortie définitive de la dyade en instaurant toutefois un suivi ambulatoire dans la région où le couple est domicilié, et en complémentarité d'une poursuite des entretiens avec le médecin psychiatre de manière ponctuelle.

Je ressens alors une légère déception de ne pas avoir pu finir correctement cette prise en charge. Elle était la deuxième patiente que je suivais, et la première avec qui je n'avais pas préparé la séparation. Ce qui m'a permis de m'interroger d'une part sur la manière dont on l'amène et d'autre part sur l'importance de la formaliser. Etait-elle réellement importante pour la patiente ou est-ce qu'elle l'était davantage pour moi ? Quelques semaines plus tard, en discutant lors d'une réunion informelle avec d'autres thérapeutes, j'ai compris que ce travail de séparation se faisait rarement comme on l'envisageait, ce qui a fait écho à la prise en charge de Mme B. Les patients se détachent souvent naturellement du soignant, sans que ce dernier ait besoin de l'amener lors d'une séance.

Mme B a enrichi ma pratique de bien des façons. Après l'avoir vu décompenser, puis très ralentie au sein du service, elle a été une véritable rencontre pour moi, riche en partages. Une patiente très introvertie qui est parvenue à livrer beaucoup d'émotions, avec peu de mots certes, mais un discours empreint de justesse et d'authenticité.

3. Mme R

Au mois de février Mme R ne vient désormais plus que deux jours par semaine à L'UMB, ce qui lui permet de remettre Tom en crèche pour qu'elle puisse reprendre son emploi. L'équipe constate des meilleures capacités relationnelles (regards, portage et attention de qualité) entre Mme R et son fils, bien que la disponibilité de ce dernier dépendent encore beaucoup de l'état thymique de sa mère.

Lors d'une séance hebdomadaire, Madame dit se sentir de plus en plus confiante avec Tom. Mais le lendemain, elle est préoccupée et me demande de nouveau une séance. Elle revient sur ses complexes physiques et insiste en me disant « je ne m'aime pas comme je suis ». A la suite de la séance, elle dit avoir apprécié mes mains chaudes au contact de son dos mais avoir également ressenti le froid l'envahir lorsque je les retire. J'émetts alors l'hypothèse que cette discriminatoire sensorielle lui permet de sentir non seulement la fonction maternante à travers la chaleur qui se diffuse dans son corps, mais également la séparation par le froid que laisse l'absence de mes mains.

Au bout de deux mois de prise en charge, Mme R me surprend à dire qu'elle n'est pas limitée dans le temps comme auparavant et qu'elle préfère profiter de ce moment. Elle paraît sereine et je constate avec plaisir que cette quiétude retentit sur sa manière de vivre et se représenter la séance. Alors qu'il était auparavant question de « cocon », elle qualifie désormais le hamac de « bulle ». Je lui fais remarquer ce changement, et elle de me répondre: « oui car c'est léger. ». De retour dans la salle commune, je constate des échanges de qualité entre maman et Tom: des bisous, des sourires, un plaisir partagé.

Les semaines suivantes, la thymie de Mme R semble s'être stabilisée, ce dont elle-même a conscience depuis trois semaines. Elle souhaite désormais avoir deux séances par semaine et me dit enfin ressentir les bienfaits du temps de conscience corporelle sur son sentiment de bien-être. Pour ma part, j'observe un changement de position dans le hamac: elle place dorénavant ses mains sur son ventre. J'établis peut-être un lien un peu trop hâtif mais j'ai envie de croire que les séances ont permis à Mme R de se recentrer sur elle-même. Et les mains placées sur son ventre viendraient figurer cette hypothèse.

L'équipe, quant à elle, constate que Mme R se montre de plus en plus adaptée et paraît prendre plus de plaisir dans la relation avec son fils. Tout sourire, elle me confie que les séances de hamac lui font beaucoup de bien, et qu'elle se sent de plus en plus confiante avec Tom. Puis elle me dit avoir réfléchi à la proposition de partager le séance de hamac avec lui et se sent prête à lui faire une place.

Après un temps tapis, nous décidons de tenter l'expérience. Bébé n'était toutefois pas très enclin à se détendre et semblait plutôt curieux. Il explore ce nouvel environnement, touche le tissu, vocalise, gesticule. Ce qui ne semble pas satisfaire Madame, qui tente alors de le changer de position, de le bercer, de lui chanter une berceuse pour le calmer... sans effet. Tom continue d'explorer et découvrir ces nouvelles sensations qui s'offrent à lui. Je perçois la déception de Mme R à ne pas pouvoir profiter d'un moment de détente à deux. Je lui propose alors de prendre son fils dans les bras, me placer en face d'elle afin de continuer la séance.

La semaine suivante, je propose à la patiente que Tom l'accompagne de nouveau en séance hamac. La patiente accepte mais bébé faisant la sieste, nous commençons par une séance individuelle. Lorsque Tom a rejoint les bras de sa mère dans le hamac, il s'est montré très calme. Toutefois, il me semble que je n'aurais pas dû encourager Mme R à amener son fils en séance alors qu'elle n'en avait pas formulé la demande. A l'inverse des autres patientes, Mme R ne pouvait pas penser à elle. L'objectif des séances individuelles pour cette patiente était qu'elle se décentre de Tom pour se renarcissiser afin de reprendre confiance en ses compétences maternelles et par conséquent améliorer les relations avec son fils.

Ce fut ma dernière séance avec Mme R. Elle n'a pas quitté le service mais le confinement a entraîné un arrêt temporaire de la prise en charge. Cette suspension me permet alors de prendre du recul concernant cette prise en charge pour constater que les capacités maternelles semblent s'être bien développées chez cette maman qui avait si peu confiance en elle lors de son entrée dans le service.

Durant cette période de confinement, ma maitre de stage poursuit la prise en charge de bébé via des appels en visioconférence. Elle a pu constater que Mme R se montre adaptée à bébé dans les jeux qu'elle propose et sa qualité de présence: elle s'adresse à lui lorsqu'elle s'absente un court instant, lui adresse de tendres sourires et caresses, et semble prendre plaisir à jouer sur le tapis avec lui. Ce que Mme R confirme car elle dit se sentir bien.

Mme R a été la seule patiente que j'ai suivi sur un plus long terme. Sa prise en charge, qui a duré deux mois et demi, m'a fait entrevoir le chemin semé d'embûches qu'elle a parcouru dans sa quête identitaire. N'étant moi-même pas mère, elle m'a permis de saisir toute la complexité et la fragilité de ce processus, et l'intérêt d'apporter un étayage solide pour soutenir la mère en devenir lorsqu'elle est traversée par des sentiments d'impuissance.

II. De la recentration sur soi à la relation

1. La renarcissisation ...

Les patientes évoquent toutes à leur manière les sensations de détente et de bien-être que les séances en hamac leur procurent:

Mme P dit s'être détendue ce qui l'a aidé à percevoir ses tensions corporelles. Elle associe même les sensations perçues à son histoire personnelle.

Les efforts esthétiques de Mme B et le plaisir qu'elle me partage lorsque j'ai effectué des stimulations à l'aide du bâton illustrent bien le processus de renarcissisation qui s'est opéré chez cette patiente. Alors qu'elle ne prenait aucun plaisir et n'avait aucune motivation au début de son hospitalisation, l'émotion que manifeste Mme B lors du portrait chinois et l'épisode du bâton a permis à la patiente de reconnecter ses émotions aux sensations perçues. Par conséquent, ces expériences ont permis au corps d'être de nouveau vecteur de plaisir. La dépression met face à des sensations et représentations mortifères, qui me semblent difficiles à endosser pour celui qui en est témoin. Remettre des émotions positives dans le discours de cette patiente nous a, je pense, toutes deux soulagées et donné du plaisir.

Les sollicitations de Mme R pour venir en séance, son sourire lors des temps de verbalisations et sa sensation de se sentir mieux dans son corps sont autant d'indices qui témoignent du plaisir procuré et de sa motivation à poursuivre la médiation hamac. Alors qu'elle parlait de *cocon*, elle évoque désormais le hamac comme une *bulle* et l'associe à un sentiment de légèreté.

Lorsque Mme R a été hospitalisée, elle évoquait la sensation de se sentir débordée par les responsabilités de son rôle de mère. A ce propos, lors de notre première rencontre, sa posture laissait transparaître ce sentiment d'écrasement: elle semblait avoir un corps lourd à porter et prêt à lâcher à tout moment; un corps exténué mais qui tenait encore, bien que péniblement. La métaphore de la bulle de Mme R témoigne, selon mon interprétation, d'une évolution positive: se sentir légère après avoir senti la lourdeur des responsabilités qui semblait peser sur les épaules de cette patiente.

Bien que chacune de ces prises en charge soit unique, les verbalisations de ces trois patientes semblent témoigner de la mise en oeuvre d'un réconfort, voire d'une renarcissisation lors des séances. En faisant l'expérience d'un corps détendu, contenu, les séances ont permis aux patientes de renouer avec un corps vecteur de sensations de plaisir. Passer par la détente pour que l'énergie libidinale circule de nouveau.

Comme je l'ai évoqué précédemment, le besoin fondamental d'enveloppe narcissique assure au bébé une sécurité interne. En séance, la concentration sur les états du corps propre, le toucher, les stimulations sensorielles ainsi que la voix permettent de relancer le processus de narcissisation chez la patiente. Ceci entraîne l'émergence du sentiment de sécurité interne et, par la suite, permet d'asseoir son sentiment d'être une bonne mère.

2. ... Au service d'une meilleure adaptation mère-bébé

« *Cocooner la mère, c'est le plus court chemin pour qu'elle parvienne à se sentir mère avec son bébé.* » (O. CAZAS, 2009, p. 147).

La régression reste, selon de nombreux auteurs, le plus court moyen pour parvenir à ce que la mère s'adapte à son enfant. En proposant aux mères ces portages physique et psychique en séance de psychomotricité, je voulais leur donner l'occasion de vivre et d'intégrer les sensations d'un bon holding. Passer par l'expérience d'être portée pour favoriser l'accordage de leur relation dans un climat de sécurité.

Ces trois prises en charges m'ont permis de comprendre l'importance de passer par des activités dites régressives et renarcissisantes afin de les accompagner dans leur identité de mère. En offrant un environnement *bon* au sens de D.W WINNICOTT, l'objectif est de permettre à ces patientes de recouvrir des sensations archaïques d'enveloppe et de contenance pour pouvoir les déployer durablement et solidement auprès de leur bébé, donc de réactualiser le sentiment d'être une bonne mère et la fonction maternelle chez ces patientes.

La médiation hamac a permis à Mme P de pouvoir se recentrer sur ses sensations et satisfaire ainsi ses besoins narcissiques de sécurité interne. Cette attention particulière à soi semble lui avoir favorisé la sortie de ce état de préoccupation pathologique qui l'empêchait de s'ouvrir à la relation avec son fils. La substitution de son doudou par son bébé en séance reste pour moi un moment fort de cette prise en charge, qui vient illustrer le déplacement de ses préoccupations narcissiques au profit de son fils. Est-ce parce qu'après avoir enfin donné à l'enfant qui sommeillait en elle un peu d'assurance et de soins que Mme P a pu déployer ses capacités maternelles ?

En ce qui concerne Mme B, je n'ai pas pu observer d'amélioration dans les relations avec son fils. Mais je m'autorise à penser que le plaisir corporel que la séance de psychomotricité lui a apporté a pu contribuer à nouer des relations de meilleures qualités avec Noé.

Malgré cette période de confinement, Mme R semble s'être saisie des propositions et avoir intériorisé l'enveloppe contenante des séances de psychomotricité. Le travail de renarcissisation lui a probablement permis de stimuler sa sécurité interne afin de se sentir mère et déployer de bonnes capacités maternelles à l'égard de Tom. Au début de l'hospitalisation, elle prenait très peu son fils dans ses bras ou, lorsque c'était le cas, son portage était lâche révélant ainsi toute la fragilité de cette mère. Je me souviens notamment qu'à plusieurs reprises, Mme R m'avait mis Tom dans les bras d'une manière très brusque, sans prendre de précaution. Sa manière de porter son fils, physiquement comme physiquement, est dorénavant plus enveloppante. Elle s'adapte aux tensions de Tom et s'adresse à lui d'une manière très maternante.

Les troubles de son fils, qui faisaient craindre à l'équipe une pathologie neuro-développemental, ont disparu, à l'exception des particularités du regard. Malgré la persistance de difficultés à entrer en lien (il cherche toujours à placer ses yeux sur les côtés), Tom peut désormais échanger des regards de qualité. Il regarde dans les yeux et maintient son attention visuelle. Il a actuellement neuf mois et commence le quatre pattes. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les symptômes inquiétants de ce petit garçon

étaient probablement corrélés à la fragilité de sa mère. Celle-ci ne pouvant lui offrir un environnement *suffisamment bon*, au sens winnicottien, Tom aurait plongé dans un état dépressif se traduisant par un retrait social ,dans le but de se protéger de cette mère inexpressive, de la violence du monde extérieur.

Il reste toutefois difficile de pouvoir avancer des preuves concrètes de l'influence favorable directe des séances de psychomotricité individuelles sur les liens entre la mère et son enfant. D'une part parce que la régression relève surtout de processus inconscients, par conséquent les avantages que la mère peut en tirer ne sont pas systématiquement conscientisés par celle-ci. D'autre part parce que l'étayage et le soutien fournis par l'équipe joue un rôle fondamental dans l'instauration (ou la restauration) d'un attachement de type sécure entre la mère et l'enfant. Ce constat m'a permis de prendre conscience de la nécessité du travail d'équipe et de l'importance du réseau de soin dans la prise en charge de la dyade mère-bébé.

Conclusion

Ma maitre de stage m'a dit un jour « *La maternité n'est pas un long fleuve tranquille.* » Je la remercie car la justesse de cette métaphore me permet d'illustrer ma réflexion au sujet de l'apport de la psychomotricité dans l'accompagnement de ces mères.

Si le fleuve représente la maternité, la mère serait une barque qui vogue dessus, parfois non sans peine. En ce qui concerne les trois patientes dont il est question dans ce mémoire, nous pourrions dire que le fond de leur embarcation est fragile ce qui lui confère un caractère instable.

Considérons ici que ce fleuve est agité. Par certains endroits, de forts courants occasionnent de telles turbulences qu'elles menacent de faire chavirer la barque.

Celle-ci tente de pagayer mais commence à prendre l'eau et menace à tout moment de couler ou de se renverser, emportée par les violents remous du fleuve.

C'est à ce moment critique, qu'intervient l'hospitalisation. L'équipe soignante sécurise et consolide les berges, aide la mère à pagayer pour traverser ce passage périlleux. Avec les matériaux dont elle dispose, la psychomotricité apporte également son aide en tentant de colmater les fissures de la barque, afin d'éviter l'inondation et sécuriser l'embarcation.

Cette métaphore filée (et les allégories qui en découlent) me permettent de répondre à la problématique que j'ai émise au début de ce mémoire: Comment les expériences corporelles proposées en psychomotricité, notamment le hamac, peuvent panser la fragilité de la sensation de contenance chez ces femmes ?

La construction identitaire de la mère constitue un processus long et complexe, qui s'inscrit dans le corps et marque l'esprit. La psychomotricité, dans ce qu'elle a d'intérêt pour l'harmonie corporelle et psychique, paraît donc pertinente pour soutenir les mères dans cette période de vulnérabilité.

Notamment chez les patientes hospitalisées en UMB, pour lesquelles la maternité semblent avoir fait resurgir des traumatismes infantiles. J'évoquais précédemment la possibilité que ces expériences négatives précoces aient impacté le développement des

sentiments de contenance et de sécurité interne chez ces femmes. Dans le même temps, je proposais de les porter, de rejouer les qualités de *holding* et *handling* propres à la fonction maternelle afin de satisfaire leurs besoins de sécurité interne et par conséquent, les accompagner dans leur nouvelle identité.

La médiation hamac, par la qualité de portage qu'elle induit, constitue une approche intéressante dans l'accompagnement de la construction identitaire de ces mères. Parce qu'un sujet bien portant est un sujet bien porté, on peut penser que cet outil thérapeutique participe à l'étayage du lien mère-bébé.

Dans ce mémoire, il est question de trois femmes dont l'accession à la maternité répondait à un choix de leur part, à un désir de devenir parent et d'avoir un enfant. Mais qu'en est-il du devenir mère pour les femmes qui ont fait un déni de grossesse ²⁵ ? Comme la psyché n'a pas conscience de cette gestation, les changements corporels sont biologiquement réduits (absence de règles, de prise de poids, de nausées, etc) ou incorrectement perçus. Le ventre de la femme ne s'arrondit pas ou très peu, comme si le corps avait décidé de cacher la grossesse à la future maman.

La découverte tardive de cette gestation, parfois même à son terme, constitue un événement traumatique d'autant plus bouleversant pour ces femmes qu'elles ne s'étaient pas préparées à devenir mère et que rien (ou presque) ne le présageait physiquement. Comment devient-on mère d'un enfant dont on ignorait l'existence et que l'on n'a pas porté psychiquement avant sa venue au monde (ou pendant une partie de la grossesse si la femme apprend qu'elle est enceinte avant l'accouchement) ?

Alors que le bébé a fait irruption de manière tonitruante dans leur vie, certaines femmes font le choix de renoncer à celui-ci. Mais comment soutenir la construction identitaire et la

²⁵ Comportement inconscient de négation de la grossesse: être enceinte sans avoir en conscience. Une grossesse niée évolue à l'insu de la femme qui peut ne pas sentir qu'elle est enceinte, ou alors ne pas faire de lien entre les symptômes perçus et une grossesse.

fonction maternelle des femmes qui ont décidé de le garder mais qui éprouvent des difficultés à se sentir mère ? La psychomotricité, par sa conception de l'unité psyché-soma, peut soutenir l'accès à la parentalité afin d'étayer les relations de ces mères avec leur bébé.

Bibliographie

ANZIEU, D. (1990). Quelques énoncés fondamentaux sur la peau psychique. In *L'épiderme nomade et la peau psychique* (p. 57 à 63). Paris: Apsygée

ANZIEU, D. (1990). Autonomie de la personne et enveloppes psychiques. In *L'épiderme nomade et la peau psychique* (p. 85 à 98). Paris: Apsygée

ANZIEU, D. (2001). Les enveloppes psychiques. In *Santé Mentale*, n°60, p. 35

AVRON, O. (2012). 8. Bion : aux sources de l'expérience. In *La pensée scénique* (p. 152 à 186). Toulouse: ERES

BOUKOBZA, C. (2007). « Je suis malade du sang ». De la dépression du post-partum. In *Les écueils de la relation précoce mère-bébé* (p. 11 à 27). Toulouse: ERES

BYDLOWSKI, M. (1990). Le bébé d'avant la naissance: particularités de la vie psychique de la femme enceinte. In A. CAREL, J. HOCHMANN, H. VERMOREL, *Le nourrisson et sa famille* (p. 71 à 81). Lyon: Césura

CAZAS, O. (2009). Hospitalisation conjointe, un temps pour la régression. In, F. POINSO, N M-C. GLANGEAUD-FREUDENTHAL, *Orages à l'aube de la vie* (p. 139 à 149). Toulouse: ERES

CHAUVIN, A. (2009). Soins en unité mère-bébé à la lumière de la théorie de l'attachement. In, F. POINSO, N M-C. GLANGEAUD-FREUDENTHAL, *Orages à l'aube de la vie* (p. 95 à 108). Toulouse: ERES

DURAND, B. (1994). *Dépression et ... maternité*. Neuilly sur Seine: PIL et ARDIX

FRAIDBERG, S., ADELSON, E. et SHAPIRO, V. (1983). Fantômes dans la chambre d'enfants: Une approche psychanalytique des problèmes qui entravent la relation mère-nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant*, n°1 (vol 26).

GAUBERTI, M. (1993). Introduction. In *Mère-enfant: à corps et à vie. Analyse et thérapies psychomotrices des interactions précoces* (p. 1 à 4). Paris: Masson

GAUBERTI, M. (1993). De la confusion corporelle à l'individuation. In *Mère-enfant: à corps et à vie. Analyse et thérapies psychomotrices des interactions précoces* (p. 5 à 24). Paris: Masson

GAUBERTI, M. (1993). Thérapies psychomotrices de la relation corporelle mère-bébé. In *Mère-enfant: à corps et à vie. Analyse et thérapies psychomotrices des interactions précoces* (p. 97 à 115). Paris: Masson

GOLSE, B. , SIMAS, R. (2008). Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps, La place de l'attention de l'adulte envers la liberté motrice du bébé, en référence aux travaux de l'Institut Pikler-Lóczy de Budapest. *Contraste*, n° 28-29 (vol 1-2), p. 129 à 138.

GOLSE, B. (2017). Les remaniements psychologiques de la grossesse. In B. BAYLE, *Psychiatrie et psychopathologie périnatales* (p. 13 à 20). Paris : Dunod « Aide-Mémoire »

Le groupe de recherche UMB-SMF (2009). Qui sont les femmes et les bébés hospitalisés à plein temps dans les UMB en France ?. In, F. POINSON, N M-C. GLANGEAUD-FREUDENTHAL, *Orages à l'aube de la vie* (p. 19 à 27). Toulouse: ERES

LOTZ, R., DOLLANDER, M. (2004). Dynamique triadique de la parentalisation. *Médecine & Hygiène* | « Devenir », 16, p. 281 à 293.

NEYRAND, G. (2007). La parentalité comme dispositif. Mise en perspective des rapports familiaux et de la filiation, *Recherches familiales*, n°4, p. 71 à 88

NEZELOF, S. ; RAINELLI, C. ; SUTTER-DALLAY A-L. (2017). 41. LES UNITES D'HOSPITALISATION CONJOINTE MERE-BEBE. In B. BAYLE, *Psychiatrie et psychopathologie périnatales* (p. 367 à 373). Paris : Dunod « Aide-Mémoire »

POINSO, F. (2009). Qu'est-ce que le soin institutionnel dans une unité mère-bébé ?. In, F. POINSO, N M-C. GLANGEAUD-FREUDENTHAL, *Orages à l'aube de la vie* (p. 29 à 39). Toulouse: ERES

POTEL BARANES, C. (2019). 19. La question du cadre thérapeutique. In *Etre psychomotricien* (p. 357 à 381). Toulouse: ERES

RACAMIER, P-C. (1990). A partir de la maternalité psychotique et au-delà. In A. CAREL, J. HOCHMANN, H. VERMOREL, *Le nourrissons et sa famille*. (p. 150 à 157). Lyon: Césura

SPARROW, S. (2004). Processus de parentalité: parenté le bébé imaginaire. In *Fonctions maternelle et paternelle* (p. 25 à 35). Toulouse: ERES

STERN, D. (1998). La naissance d'une mère. Paris : Odile Jacob

SUTTER-DALLAY, A-L. (2008), LES UNITÉS MÈRE-ENFANT EN PSYCHIATRIE PÉRINATALE. Le « *Journal des psychologues* », n°261, pages 22 à 25.

SUTTER-DALLAY, A-L. (2009). Retentissement des pathologies psychiatriques parentales sur le développement de l'enfant: une revue de la littérature. In, F. POINSO, N M-C. GLANGEAUD-FREUDENTHAL, *Orages à l'aube de la vie* (p. 81 à 94). Toulouse: ERES

VACHERON, M.-N. , MOKRANI, M. (2016). NEGATION DE GROSSESSE ET DESIR D'ENFANT. In B. BAYLE, *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique* (p. 107 à 122). Toulouse: ERES

WINNICOTT, D.W (1958). Préoccupation maternelle primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 285 à 291). Lausanne: Payot.

WINNICOTT, D.W (1958). Repli et régression. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 223 à 230). Lausanne: Payot.

WINNICOTT, D.W (1958). Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 250 à 267). Lausanne: Payot.

WINNICOTT, D.W (1958). La capacité d'être seul. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 325 à 333). Lausanne: Payot.

WINNICOTT, D.W (1958). Le développement affectif primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 57 à 71). Lausanne: Payot.

WINNICOTT, D.W. (2014). *La famille suffisamment bonne*. Lausanne: Payot & Rivages

WINNICOTT, D.W. (2002). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.

WINNICOTT, D.W. (1989). *L'enfant et le monde extérieur*. Lausanne: Payot

Sitographie

Auteur inconnu, (2010). *Une révision de la pyramide de Maslow met le besoin d'être parent au sommet*. Psychomedia. [Consulté le 10/04/2020] .

Issu de : <http://www.psychomedia.qc.ca/fonctionnement-psychologique/2010-08-26/une-revision-de-la-pyramide-de-maslow-met-le-besoin-d-etre-parent-au-sommet>

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, campus de Jussieu (date inconnue).
Chapitre 1 - Les interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. Chups. jussieu.
[Consulté le 26/03/2020].

Issu de: <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMobs/POLY.Chp.1.html>

SCOTTA, G. (2020). *Ocytocine et dépression du post-partum : état des connaissances et revue non exhaustive de la littérature*. Dumas. [Consulté le 22/03/2020].

Issu de <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02492100>

Résumé

La maternité constitue un processus long et complexe, à la croisée du corps et de la psyché, au cours duquel la femme va devoir conquérir sa propre identité de mère. Certains événements de vie, notamment des traumatismes infantiles, peuvent contrarier la qualité de cette construction identitaire. La femme rencontre alors des difficultés à se sentir mère de son enfant. L'intérêt de la psychomotricité pour l'unité corporelle et psychique laisse penser qu'elle peut participer au soutien du processus de maternité. La mise en place d'une médiation hamac au sein d'un UMB constitue une approche intéressante dans ce type de problématique.

Mots-clés: Psychomotricité - Maternité - Hamac - Enveloppe - Contenance - Régression thérapeutique - Accordage mère-bébé

Abstract

Maternity is a long and difficult process in between psyche and body. During this transformation, the woman will have to find her own identity to become a mother. Certain experiences, like traumas during early life, can have consequences on the quality in building her identity. Therefore, the woman encounters difficulties feeling like a mother figure. Psychomotor therapy can help support the maternity process with its approach of the psyche and the body as a whole. The hammock mediation experience taking place in a UMB department is a method than can address type of issue.

Key words: Psychomotricity - Maternity - Hammock - Envelope - Capacity - Therapeutic regression - Mother-baby tuning