



La relation précoce, un temps qui compte : réflexion sur la temporalité dans le soin psychomoteur en unité thérapeutique parents-bébé

Caroline Mougenot

► To cite this version:

Caroline Mougenot. La relation précoce, un temps qui compte : réflexion sur la temporalité dans le soin psychomoteur en unité thérapeutique parents-bébé. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03297072

HAL Id: dumas-03297072

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03297072>

Submitted on 23 Jul 2021

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

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

Institut de Formation en Psychomotricité
de la Pitié Salpêtrière
Faculté de Médecine Sorbonne Université
91, Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris



La relation précoce, un temps qui compte

Réflexion sur la temporalité dans le soin psychomoteur en unité thérapeutique parents-bébé

Mémoire présenté par Caroline MOUGENOT

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

Remerciements

Je souhaite remercier tous les psychomotriciens qui m'ont transmis leur savoir avec passion durant ces années d'études,

Je remercie toute l'équipe de l'UTPE pour m'avoir accueillie chaleureusement, et pour m'avoir fait confiance,

Je remercie également ma maitre de mémoire qui m'a accompagné dans ce travail avec patience, bienveillance et professionnalisme,

Je remercie chaleureusement mes amis de promotion qui ont rendu cette reconversion pleine de joie et de surprise,

Ainsi que mes amis de Paris, de Lyon, d'Europe et d'ailleurs qui ont coloré ma vie d'artiste et qui éclairent maintenant celle à venir,

Je souhaite remercier Maca pour ses précieuses relectures et pour notre amitié qui traverse les années,

Aussi, je remercie ma famille, mes frères et mes parents qui m'ont apporté un soutien inconditionnel durant cette transition,

Et enfin, je souhaite remercier Samy, sans qui mes semaines n'auraient pas eu la même chaleur ni la même ivresse de vivre.

Je dédie ce mémoire à mon oncle Olivier, ma grand-mère Anne-marie, ma cousine Marie, et mon grand-père Jean, pour qui le temps n'a maintenant plus de secret.



Francesco Salviati, *Kairos*, fresque, 1543

Florence, Palazzo Vecchio,
salle des Audiences, paroi ouest.

Remerciements	II
Introduction	1
<i>Chapitre I. Le temps du développement de la dyade</i>	3
I.1 Une parentalité en progression	3
I.1.1 Un processus dynamique	3
I.1.2 Neuf mois de cheminement	4
I.1.3 Les remaniements psychiques de la maternité	6
I.2 Un tout petit en croissance	7
I.2.1 Origines et émergence des compétences	7
I.2.2 Le développement psychomoteur	9
I.2.3 Les processus de régulation	14
I.3 Un temps à deux, un temps à trois	18
I.3.1 Les interactions sensori-toniques précoces	18
I.3.2 Les liens d'attachement	21
<i>Chapitre II. Le temps relationnel de la dyade</i>	23
II.1 Une relation intersubjective	23
II.1.1 Les communications du bébé	24
II.1.2 Les communications du parent	25
II.1.3 Des ajustements mutuels	26
II.2 Des interactions qui se déséquilibrent	27
<i>II.2.A Rencontre avec Adam et sa maman</i>	27
II.2.1 Les sous-stimulations	31
II.2.2 Les sur-stimulations	32
II.2.3 Les défauts de réciprocité	32
II.3 Une rencontre bousculée	33
<i>II.3.B. Rencontre avec Victor et sa maman</i>	33
II.3.1 Les fragilités du parent	36
II.3.2 Les fragilités du nourrisson	38

II.3.3 La vulnérabilité de la relation	39
Chapitre III. Le temps du soin psychomoteur	42
III.1 Un cadre thérapeutique	42
<i>III.1.C Rencontre avec Gabin et sa famille</i>	42
III.1.1 Le cadre institutionnel	46
III.1.2 La co-consultation	48
III.2 Une lecture du corps	51
III.2.1 Les signes comportementaux d'une souffrance précoce	51
III.2.2 Les altérations de la fonction tonique	52
III.2.3 Les altérations de l'organisation psychocorporelle	55
III.3 Un accompagnement multiple	56
III.3.1 Les soins psychomoteurs précoces	56
III.3.2 Une construction de projet psychomoteur	60
<i>III.3.2.A Deuxième rencontre avec Adam et sa maman</i>	60
<i>III.3.2.B Deuxième rencontre avec Victor et sa maman</i>	63
<i>III.3.2.C Deuxième rencontre avec Gabin et sa famille</i>	66
Conclusion	71
Bibliographie	VI
Annexe 1	IX
Annexe 2	X
Annexe 3	XI
Résumé	XII

Existe-t-il un temps du *kairos* dans le soin relationnel précoce ? Le temps du *kairos* est le temps opportun, celui du ressenti, de la perception d'un avant comme trop tôt et d'un après comme trop tard. Il est considéré comme celui d'une autre dimension, où c'est l'émotion qui lui donne de la profondeur, mais où le discernement est primordial. Alors, existe-t-il un temps du *kairos* dans le soin relationnel précoce ? Cette première question autour d'une temporalité particulière dans le soin précoce, s'est élaborée autour de réflexions qui me sont venues par différents biais.

Tout d'abord la problématique du temps me touche sur un plan personnel, puisque je suis actuellement en transition professionnelle. Après une carrière de danseuse interprète, j'ai choisi de m'orienter vers de nouveaux horizons, notamment celui de la psychomotricité. Je suis donc moi-même en plein questionnement sur les « étapes » de la vie et leur chronologie. Existe-t-il un temps pour chaque chose ? Lorsque nous prenons des chemins de traverses sommes-nous en décalage avec la société, ou avec le cycle de l'existence ?

Avant de commencer mon stage, et durant ses premières semaines, la question de la temporalité s'est aussi imposée à moi dans un aspect théorique et clinique. L'unité dans laquelle je réalise mon stage de fin d'étude, propose un accompagnement psychomoteur pour les parents et leur bébé. Le soin est donc d'une part de nature précoce, et de l'autre de nature plus « mature », plus élaborée. Je me suis alors demandé comment le soin pouvait être pensé dans une intervention auprès d'un bébé en construction, mais également auprès d'un parent, déjà adulte. Est-ce que le soin psychomoteur précoce se réalise dans un autre temps que le soin de l'adulte ? Comment s'organise cet accompagnement, s'inscrit-il dans deux dimensions, deux temps ?

Puis, dans un aspect purement clinique, dès le début de mon stage c'est la grande variabilité des suivis qui m'a étonnée. Il existe une importante diversité entre les dyades accueillies, tant par la nature de leurs difficultés que par la durée de leur accompagnement. Certaines familles semblent dans des « contretemps » plutôt transitoires, tandis que d'autres paraissent plus impactées par ces difficultés. Pourtant, dans ces deux types d'accompagnements il existe une fragilité dans le lien au soin. Même si des familles

s'inscrivent dans un chemin plus régulier à l'unité, certaines dyades cessent de venir durant plusieurs semaines, puis ils reviennent notamment avec le soutien des professionnels. Aussi, d'autres suivis prennent fin à l'initiative du parent, prenant de court l'équipe et laissant parfois des inquiétudes planer. Ici, c'est la question d'une temporalité du soin spécifique à cette clinique précoce qui m'est venue.

Au travers de ces observations, il m'a finalement semblé percevoir une temporalité toute particulière, qui influence à la fois la relation de la dyade, mais aussi celle de l'accompagnement du psychomotricien. Le cœur de ce travail s'organise donc autour d'une question plus centrale ; quelles temporalités existent et influencent le soin psychomoteur en unité thérapeutique parents-bébé ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous essayerons dans un premier temps d'appréhender les processus chronologiques, du développement des différents individus qui composent une dyade. Puis, dans un second temps, nous essayerons de comprendre le fonctionnement et le temps relationnel de la dyade, et dans quelles mesures ils peuvent se perturber. Enfin, nous essayerons de mettre en lien ces différents éléments dans un contexte clinique, où il sera question de la temporalité du soin psychomoteur précoce.

L'illustration de mes questionnements se fera au travers de rencontres avec trois dyades. Elles m'ont permis par nos échanges, l'observation et l'élaboration de certaines hypothèses, et elles ouvriront de ce fait mes parties plus cliniques. Puis dans un dernier temps, la mise en liens des différents éléments évoqués au long de ce travail, nous permettront de proposer un projet psychomoteur à ces trois dyades.

Chapitre I. Le temps du développement de la dyade

I.1 Une parentalité en progression

La parentalité peut être définie par chacun sous son propre prisme. Chaque parent à une façon subjective de l'être et de le définir, autant que chaque être humain possède sa façon de penser le monde. Il s'agit d'un processus que l'on ne peut séparer de notre fonctionnement personnel, ni même du fonctionnement de la société. On devient parent avec ce qu'on est, et ce qui nous entoure.

I.1.1 Un processus dynamique

D'après le pédopsychiatre et psychologue D.Houzel (1999), la parentalité n'est pas une identité innée qui se révélerait dès l'arrivée de l'enfant. Devenir parent est un processus de nature psychique qui se construit et qui s'organise de façon pluridimensionnelle ; *« ce que veut souligner le concept de parentalité c'est qu'il ne suffit ni d'être géniteur ni d'être désigné comme parent pour en remplir toutes les conditions, encore faut-il devenir parent »*¹. Ainsi, ses travaux d'études distinguent trois axes, autour desquels la parentalisation se construirait de façon transversale ; l'exercice de la parentalité, qui correspond à son identité, l'expérience de la parentalité, qui renvoie à sa fonction, et enfin la pratique de la parentalité qui regroupe les tâches quotidiennes.

L'identité de la parentalité définit ce qui cadre les droits et les devoirs d'un parent sur le plan symbolique. Il s'agit de la responsabilité juridique qu'induit le statut d'être le responsable parental d'un enfant. Définir cet ensemble permet d'organiser le fonctionnement social, et protège les enfants sur le plan légal.

Les qualités de la parentalité se réfèrent aux différentes actions qu'ont les parents à réaliser quotidiennement pour leur enfant. Il s'agit des soins psychiques et physiques de l'enfant, comme lors du change ou du nourrissage. Cette fonction peut aussi être réalisée par d'autres personnes que les parents lorsque l'enfant est sous la responsabilité d'un tiers.

¹ (Houzel, 1999, p. 12)

Les fonctions de la parentalité relèvent de la sphère affective, et des processus psychiques qui se construisent lors de la parentalisation. Il s'agit plus précisément des affects et des fantasmes vécues par le parent de façon consciente et inconsciente lors des expériences parentales. Ces ressentis vont permettre l'élaboration de représentations relationnelles qu'à le parent envers son enfant.

Pour comprendre plus en profondeur cette vaste notion qu'est la parentalité, il est important de mettre en lien ces processus avec son contexte sociétal. Les parents d'hier ne sont pas les parents d'aujourd'hui car les habitudes, les lois, ou encore les mœurs évoluent. Des éléments parallèles à la fonction de la parentalité sont alors à prendre en compte, comme « *le contexte économique et culturel, social, familial, les réseaux de sociabilité, le contexte institutionnel* »² selon le psychologue clinicien D.Mellier (2007).

S'ensuit l'introduction de la notion de « *coparentalité* » (Favez et Frascarolo, 2011) qui intègre la notion d'alliance et de coopération entre le père et la mère, pour être parent au près de l'enfant. « *Ce n'est plus seulement l'addition de la place du père et de celle de la mère et de l'enfant dont il est question, mais la prise en compte des relations entre ces trois partenaires, au sein d'une triade* »³. Chaque protagoniste est finalement susceptible de modifier l'autre au travers de sa propre action. Dans cette proposition, il est important de relever la nécessité d'un processus interne, propre à chacun dans un dynamisme d'accordage de la famille.

I.1.2 Neuf mois de cheminement

Le temps de la grossesse est perçue comme une période de processus de maturation, mais d'issue aléatoire, comparable à une crise de la personnalité comme rencontrée lors de l'adolescence (P.C Racamier, 1979). De façon intriquée, le corps et le psychisme de la femme vont communiquer et se développer dans l'objectif d'enfanter.

² (Mellier, et al., 2007, p. 11)

³ (Mellier, et al., 2015, p. 12)

Les modifications corporelles de la grossesse

Dès les premiers jours suivant la fécondation les ajustements corporels commencent, des tissus se créent, d'autres s'épaississent et débute doucement une modification du fonctionnement physiologique chez la femme enceinte. Le corps va s'ajuster sur le plan hormonale, immunologique, métabolique et circulatoire. Cette réorganisation va perdurer durant les neuf mois de gestation, amenant rondeurs et courbes, modifiant ainsi le corps physique, mais aussi psychique de la femme enceinte. La prise de poids va influencer sur la posture et le fonctionnement de l'appareil locomoteur, la respiration va se raccourcir et la fatigue s'installera au fur et à mesure que le ventre s'arrondit. Les sens vont également percevoir différemment, certains signaux internes et externes seront exacerbés, tandis que d'autres seront inhibés. Ils amènent ainsi la femme enceinte dans une nouvelle perception de sa sensibilité somato-viscérale (organisation des sensations intéroceptives, extéroceptives et proprioceptives). Les modifications physiologiques du corps pendant la grossesse, doivent pouvoir être accueillies et supportées durant tout son court par la femme enceinte. « *Elle observe les changements de son corps, elle en connaît la raison, elle est en attente, en attente d'un enfant qu'elle percevra un jour, mais qui au début existe avant tout dans son imagination.* »⁴ explique la psychologue S.Maiello (2019). Alors, les remaniements physiques de la grossesse entraînent aussi des modifications psychiques de la future mère.

Les modification psychiques de la grossesse

Au travers de ces premières modifications, existe aussi des transformations psychiques, manifestement spécifiques à ce temps de grossesse. Particulièrement durant la deuxième moitié de gestation, il a été mis en évidence un abaissement des mécanismes de défenses, dans le fonctionnement mental et le discours de la femme enceinte. Le chercheur et psychologue H.Chabrol (2005), définit ces mécanismes comme « *des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté* »⁵. Les travaux de la psychiatre et psychologue M.Bydlowski (1997) évoquent une sensibilité psychique caractéristique de la femme enceinte, qu'elle nomme « *transparence psychique* ». Elle définit ce phénomène par une période où la pensée serait animée par un recentrement

⁴ (Maiello, 2019, p. 143)

⁵ (Chabrol, 2005, p. 31)

d'intérêts de la femme enceinte, et un sur-investissement de son histoire personnelle. Ce mouvement de repliement autoriserait la réactivation d'expériences infantiles inconscientes à l'état de conscience de la femme enceinte. L'accès à une mémoire régressive des vécus de son enfance, viendrait nourrir les vécus imagés par la mère, de son enfant en devenir. La projection des propres affects de la femme enceinte sur ceux du bébé, donne déjà naissance à l'enfant, mais dans une dimension imaginée, rêvée. « Or, à mi-chemin de ce devenir s'annonce un nouveau chapitre de leur histoire, un changement existentiel irréversible pour les deux partenaires de la dyade qui culminera, au moment de la naissance, dans l'événement séparatif le plus drastique dans la vie de tout être vivant. »⁶

I.1.3 Les remaniements psychiques de la maternité

L'investissement d'un bébé du dedans imaginé et pensé comme futur bébé du dehors, se réalise par des mouvements psychiques transitionnels, lors des dernières semaines de grossesse. Durant cette période, les projections maternelles vont s'accroître, et prendre la nature d'une identification plus profonde au bébé. La mère d'abord va intensifier son attention sur elle-même, tout en se préparant à investir plus tard une relation intersubjective avec son enfant, une relation où les deux individus sont bien distincts.

Selon le pédiatre et psychologue D.W.Winnicott (1956) cette période gestationnelle correspond pour lui à un temps de « *préoccupation maternelle primaire* ». Quelques semaines avant l'accouchement et jusqu'à quelques semaines après, la mère vit un état de dépendance psychique absolue avec son bébé. D.W.Winnicott écrit ; « *je ne pense pas qu'il soit possible de comprendre l'attitude de la mère au tout début de la vie du nourrisson si l'on n'admet pas qu'il faut qu'elle soit capable d'atteindre ce stade d'hypersensibilité - presque une maladie- et de s'en remettre ensuite.* »⁷ Ce phénomène, qui pourrait donc être considéré comme pathologique en dehors de ce contexte, permettrait à la mère de s'adapter aux besoins de son bébé ; « *cette fonction maternelle essentielle permet à la mère de connaître les tout premiers désirs, les tout premiers besoins de son nourrisson et la rend heureuse dans la mesure où il est heureux* ». ⁸

⁶ (Maiello, 2019, p. 144)

⁷ (Winnicott, 1958, p. 287)

⁸ (Winnicott, 2006, p. 112)

Les capacités psychiques évoquées ici sont donc particulières à la période de transition que représente la naissance d'un enfant. Ainsi, parallèlement au temps du développement physiologique du fœtus, puis du nouveau-né, le devenir parent peut se comprendre aussi avec le devenir enfant.

I.2 Un tout petit en croissance

« Quelques heures à peine après sa conception, l'embryon baigne déjà dans un univers temporel. Les cellules se divisent, se multiplient, sont sélectionnées, détruites au fil du temps qui passe, plus rapidement à certaines périodes, plus régulièrement à d'autres »⁹.

I.2.1 Origines et émergence des compétences

Le nouveau-né arrive au monde avec un équipement neurophysiologique qui lui permet, dès sa vie foetale, de développer différentes compétences pour être en communication avec son milieu ambiant, alors même qu'il n'a que quelques semaines de vie. Ce support biologique nécessite l'intégrité des organes, mais pas forcément leur maturation complète. Sur la base des écrits du psychiatre L.Alvarez et du pédopsychiatre B.Golse (2008), les compétences du bébé seront décrites ici par ses capacités sensorielles, motrices, toniques, sociales, et cognitives.

Le système sensoriel

Le système sensoriel est celui qui permet à l'enfant d'interagir avec ses sens. Son développement se fait selon une chronologie commune à tous les vertébrés, d'abord par le tact, le système vestibulaire, le goût, l'odorat, l'audition puis la vision. Il est démontré que le contact peut être senti par le fœtus dès la septième semaine de grossesse, et la voix et les mouvements dès la huitième semaine de grossesse. Par ces capacités sensorielles précoces, les différents sens du bébé vont s'étayer grâce à des sollicitations externes. Leurs perceptions vont s'inscrire et se coder en circuit neuronal. Avec la répétition de ces stimuli, se formeront plus tard des canaux multisensoriel., qui permettront une intégration plus

⁹ (Gratier, 2001, p. 9)

globale des perceptions du bébé. Par cet aller-retour permanent entre l'environnement et le corps, le développement de son système sensoriel repose donc sur des compétences corporelles du bébé.

La motricité et sa fonction tonique

Au tout début, le fœtus bénéficie dans le ventre de sa mère d'un état libéré de toute gravité. Son poids et ses mouvements sont portés par le liquide amniotique. Malgré son immaturité neuromotrice, certains mouvements lui sont permis par l'absence de la perception gravitaire. Le psychologue A. Bullinger (2004), parle d'un « *flux gravitaire* » où, « *dès la vie utérine, il est perçu spécifiquement par le système vestibulaire. Hors de la cavité utérine, la masse corporelle, par les pressions et les tensions subies, signale également ce flux* ». ¹⁰ En effet, à la naissance le bébé découvre, comme tout être vivant, l'influence de la pesanteur et son effet sur le mouvement. Cette perception de la gravité, impose au corps le déploiement d'une force contraire à sa pression, c'est ce qui lui permet le mouvement. Cette tension est appelée le tonus ; « *tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent.* » ¹¹. Le tonus est donc un état musculaire qui permet le mouvement et qui, en se modifiant, permet l'ajustement corporel à l'environnement. Du fait de l'immaturité de son système nerveux central, le nouveau-né va vivre durant ses premières semaines de vie un déséquilibre tonique. Son axe possède un tonus faible (état d'hypotonie), et ses membres un tonus haut, (état d'hypertonie). L'attitude d'hypotonie axiale se présente par une posture d'enroulement au niveau du bassin et de la colonne vertébrale du bébé. L'état d'hypertonie périphérique, s'observe par une organisation en flexion de ses membres.

Les compétences sociales

Le nouveau-né est capable de communication avec son environnement, il possède déjà des compétences sociales qui s'observent dès ses premiers jours de vies. Le bébé commence par communiquer visuellement, en observant les visages, et plus particulièrement celui de sa mère. Il peut aussi imiter les expressions faciales, le rythme des mouvements, et la

¹⁰ (Bullinger, 2004, p. 78)

¹¹ (Vulpian, 19874, cité dans Albaret et al., 2015, p. 161)

prosodie de son parent. « *Il s'agit de véritables échopraxies concernant la protusion de la langue, l'ouverture et la fermeture des yeux, des mains, ce qui présuppose de capacités très précoces* ». ¹²

Les capacités cognitives

Le développement du système cognitif du bébé peut se comprendre, selon les théories neuroscientifiques, comme une évolution par vagues successives, durant lesquelles se créerait un nombre considérable de connexions neurales (Edelman, 1987). Durant ces périodes, dites « *sensibles* », les synapses vont se multiplier plus rapidement, développant ainsi les fonctions cognitives. Les circuits créés vont ensuite subir une modélisation épigénétique, c'est-à-dire, une sélection des synapses en fonction de leur taux d'activation. Appelée le « *Darwinisme neuronal* » (Changeux, 1983), cette sélection se fait en fonction des circuits les plus utilisés par le bébé, pour interagir sur le plan sensoriel avec son environnement. Les synapses non-exploitées du cortex seront détruites, tandis que celles utilisées seront maintenues. « *Les théories du darwinisme neuronal proposent un modèle novateur dans la filiation des théories maturationnistes. Le cerveau est conçu comme le centre de la perception et de l'action, et la maturation du système nerveux est cruciale dans le développement.* » ¹³ Au-delà d'une période riche en développement neuronal, ces concepts soulignent aussi l'idée que le développement du bébé possède des caractéristiques biologiques singulières, et particulièrement influencées par l'interaction avec son environnement.

1.2.2 Le développement psychomoteur

Le développement psychomoteur est envisagé aujourd'hui comme un processus dynamique, avec une importante subjectivité dans la temporalité de ses acquisitions. Il se construit sur la base des impressions sensorielles, et à partir des apprentissages du mouvement. « *Tout particulièrement au début de la vie, le développement est prédéterminé génétiquement et les changements développementaux suivent un ordre immuable* ». ¹⁴ A

¹² (Alvarez et Golse, 2008, p. 24)

¹³ (Albaret et al., 2015, p. 32)

¹⁴ (*Ibid.*, p. 25)

l'aide des différents travaux du pédiatre et psychologue A.Gesell (1934), et du médecin et psychologue H.Wallon (1956), trois lois maturationnistes et environnementales, sont aujourd'hui définies comme fondatrices de l'organisation du développement psychomoteur de l'enfant ; la loi de différenciation, la loi de variabilité, et la loi de succession.

La loi de différenciation regroupe l'évolution de la motricité globale vers une motricité élaborée, ainsi que d'une motricité involontaire vers une motricité volontaire. Son développement est permis par un psychisme diffus de l'enfant, qui comporte un aspect psychologique, langagier, et intellectuel.

La loi de variabilité explique que l'évolution du développement psychomoteur s'organise dans un perfectionnement progressif. Elle est marquée par des acquisitions qui ne sont pas uniformes mais qui apparaissent par stades identiques pour tous les enfants.

La loi de succession correspond à l'évolution d'un contrôle musculaire, dans un mouvement céphalo-caudale. La maturation des muscles de l'axe, et proches du crâne, se fait en premier puis se dirige vers le bas. Mais elle se fait aussi dans un mouvement proximo-distal, où la maturation musculaire des membres, proches de l'axe corporel, se fait en premier puis se dirige vers la périphérie du corps.

Une échelle développementale

L'approche développementale a permis l'établissement d'une échelle de développement psychomoteur de la première enfance (Brunet-Lézine Révisé, 1997). Les domaines observés sont ceux de la posture, des coordinations, du langage et des relations sociales du bébé (annexe 2 p. X et, 3 p. XI). Elle sera notamment utilisée dans ce travail comme référence, lors des observations cliniques psychomotrices émises.

De 0 à 3 mois

Comme succinctement abordé, les premières compétences motrices du nouveau-né se concentrent sur des mouvements toniques diffus et involontaires, qui s'organisent dans une alternance de flexion et d'extension. La motricité spontanée du bébé relève principalement

de réflexes dits archaïques comme la succion, ou le grasping. Dès deux mois apparaît le sourire social et les premières vocalises, qui permet le début d'échanges reconnus par l'entourage. Vers trois mois arrivent les premières expériences motrices volontaires du bébé, il enroule le bassin, se regroupe, commence à s'intéresser à son corps, et les vocalises plus longues deviennent des gazouillis.

De 3 mois à 6 mois

Le meilleur contrôle des muscles permet au bébé, vers quatre mois, de tenir la tête et de commencer à tenter de rouler de la position décubitus dorsal à décubitus ventral. Ces nouvelles compétences motrices vont lui permettre de suivre ce qu'il voit en engageant son corps dans l'espace. Il élargit ainsi son champ visuel, et peut graduellement se redresser sur ses avant-bras. Vers cinq mois la préhension volontaire apparaît, permettant d'attraper les objets et de les explorer à la bouche. Cela participe à la découverte de son corps, et permet une compréhension d'un corps plus global, et d'un fonctionnement plus complexe. L'acquisition d'un équilibre entre la flexion et l'extension des membres du bébé, permet le mouvement d'avant-arrière de son buste. Le bébé commence à se retourner entièrement du décubitus dorsal au décubitus ventral, et à pouvoir se tenir assis seul en tripode. L'avancée des acquisitions motrices libère ainsi les mains du bébé et autorise de nouveaux jeux et de nouvelles coordinations manuelles. Le bébé possède maintenant une dissociation de la ceinture pelvienne et scapulaire, ce qui lui permet un contrôle latéral. Le bébé de six mois peut aussi comprendre la permanence de l'objet, signifiant une maturation importante de son système cognitif, il peut maintenant jouer en miroir avec l'adulte et relancer l'interaction quand il le souhaite.

De 7 mois à 12 mois

Vers sept mois, le bébé commence à se déplacer par des retournements répétés entre le décubitus dorsal et ventral. Il a aussi le réflexe de tendre les mains pour éviter la chute. Il répond lorsque son prénom est énoncé oralement, et comprend la signification du « non ». Le bébé va modifier de mieux en mieux sa position pour atteindre un objet qu'il peut facilement lâcher pour un autre. Vers neuf mois les prémices du déplacement en « ramper » apparaissent, et les transitions entre la position décubitus à assis se fluidifient. Les

compétences orales se développent, avec l'apparition des premiers mots en syllabes redoublées. Ensuite, entre dix et douze mois le bébé expérimente la marche à quatre pattes, et les tout premiers pas. Les jeux d'encastrement commencent, avec la notion du contenant/contenu, et les premières phrases comportant deux mots apparaissent, et marquent l'apparition du langage significatif du bébé.

De 13 mois à 18 mois

Maintenant, la motricité est assez développée pour permettre les premières montées d'escaliers à quatre pattes, et une marche plus ou moins stabilisée. Le tonus est mieux régulé et permet des coordinations plus fines. L'enfant commence les jeux de ballon, de construction de tour, et les premiers gribouillages. Vers dix-huit mois, il peut atteindre une certaine autonomie ; il monte et descend les escaliers debout en se tenant, il peut manger seul et retirer ses chaussures, il peut avoir acquis la propreté diurne, et posséder une dizaine de mots. Des jeux de symbolisation commencent à apparaître, ainsi qu'une première connaissance de son corps en désignant quelques parties.

Une approche sensori-motrice

Dans une autre perspective, l'approche sensori-motrice du développement du bébé (Bullinger, 2004), détermine que les acquisitions entre 0 et 24 mois, sont en dehors de toute chronologie prédéfinie. Elles s'organiseraient les unes avec les autres de façon transversale. Selon cette théorie, le développement du bébé s'étaye au travers des perceptions sensorielles, de la fonction tonique, et de la motricité. Mais ici aussi cet ensemble va tendre à s'équilibrer dans un lien continuuel entre l'organisme et l'environnement.

Pour A.Bullinger, le développement sensori-moteur se réalise au travers de la maîtrise de différents espaces ; l'espace utérin, de la pesanteur, de l'oral, du buste, du torse, et du corps (annexe 1, p. IX). Pour lui, ces espaces correspondent à l'acquisition de diverses coordinations.

L'espace utérin permet les premières coordinations orales du bébé, et influence son comportement de succion. Au niveau sensoriel, il existe une importante imprégnation

gustative et olfactive entre la mère et le fœtus à ce moment. Sur le plan moteur, le bébé présente des mouvements d'extension de l'axe corporel, qui sont contenus par la partie utérine de la mère.

L'espace de la pesanteur est celui où se coordonne la sensibilité profonde du bébé (signaux relatifs à l'état de tension des muscles, à la position et à la vitesse de déplacement des articulations), c'est le développement de la proprioception. Mais, se coordonne aussi la sensibilité vestibulaire du bébé (signaux relatifs à l'équilibre). Sur le plan moteur, le bébé qui ne percevait pas la gravité au sein de l'espace utérin, est amené ici à développer un ajustement postural pour lutter contre.

L'espace oral se définit par l'acquisition des coordinations de la capture, et de l'exploration buccale. Par cet investissement d'un espace oral, se crée une sensation de contenance pour le bébé, il éprouve un espace du dedans et un espace du dehors. Mais également, une alternance entre la sensation de faim et celle de satiété. L'altération de cet espace peut créer un clivage de la capture et de l'exploration. Une altération de cette origine peut s'observer dans des difficultés d'ordre praxique de la zone orale du bébé.¹⁵

L'espace du buste permet une coordination avant-arrière du bébé, qu'il a déjà expérimenté dans l'espace utérin, soutenu par le liquide amniotique. La maîtrise de ces coordinations suscite l'équilibre entre la flexion et l'extension de ses membres. Mais aussi, de la création d'un arrière-fond soutenant ses appuis, qui lui permet alors une exploration visuelle de son environnement. L'altération de cet espace peut créer un clivage avant-arrière, qui se retrouve dans les difficultés oculomotrices et toniques.¹⁶

L'espace du torse est celui de l'acquisition des coordinations droites et gauches du bébé, elles passent au niveau d'un relais oral, sur le plan médian de son corps. Avec ce regroupement des hémichamps du bébé, il va se créer un espace de préhension autour de son axe corporel. Également, l'acquisition des mouvements de dissociations des ceintures pelviennes et scapulaires, renforce les appuis posturaux du bébé. Un déficit de cet espace

¹⁵ Le geste praxique correspond à la capacité d'exécuter un geste orienté vers un but défini

¹⁶ L'oculomotricité correspond à la motricité de l'œil

peut produire un clivage gauche-droite, qui s'observe par une difficulté praxique des membres supérieurs.

L'espace du Corps est la maîtrise des coordinations haut-bas du bébé. D'abord, c'est par la maîtrise du bassin, puis par celle des jambes que le corps du bébé devient un moyen de déplacement dans son environnement. Lorsque ces coordinations sont altérées, il peut se créer un clivage haut-bas, qui s'observe par un déficit praxique dans les déplacements et l'investissement corporel global.

1.2.3 Les processus de régulation

« *Habiter son organisme pour en faire son corps est une des tâches les plus importantes à laquelle est confronté le bébé dans son développement.* »¹⁷ Au-delà de l'acquisition de compétences, le bébé est également amené à devoir les réguler.

La régulation tonique et sensorielle

La variation des états toniques du bébé est, comme évoquée précédemment, immature d'un point de vue neurologique. Ses mouvements reposent sur un déséquilibre tonique qui s'organise entre l'hypertonie et l'hypotonie de son corps. Le corps du bébé alterne entre décharges et relâchements toniques, qui traduisent soit un malaise soit une satisfaction de ses besoins. « *Chez le bébé ce "tout ou rien" a deux versants : un côté tonique, centré sur l'organisme et ses états internes, et un côté de participation à l'ambiance, de fusion avec son milieu* »¹⁸ Ainsi, le tonus fait le lien entre le monde interne, physiologique du bébé et le milieu externe, environnemental et expressif du bébé.

La modulation tonique s'organise autour de trois dimensions selon A.Bullinger (2004) ; le système sensoriel (qui permet le traitement et la perception des signaux sensoriels), l'environnement extérieur (qui produit et, à la fois perçoit les signaux sensoriels), et le milieu humain (qui influence et met du sens aux perceptions).

¹⁷ (Bullinger, 2004, p. 151)

¹⁸ (*Ibid.*, p. 77)

L'influence du système sensoriel

Lorsque le système sensoriel du bébé est encore trop immature, il ne peut réguler tous les stimuli sensoriels qu'il reçoit. En effet, l'apparition d'un stimulus va mettre son organisme en alerte et augmenter son tonus. « *Cet état tonique propre à la réaction d'alerte supporte la réponse d'orientation de l'organisme : sur la base d'un recrutement tonique adéquat, des moyens posturaux se déploient ; le regard, la tête et le buste s'orientent vers ou se détournent d'une source de stimulation.* »¹⁹ En orientant ainsi sa posture, elle passe d'un état antigravitaire à un état directionnel, et par la répétition de ces variations, le bébé va acquérir une meilleure maîtrise de ces coordinations. Les différents états toniques qu'il expérimente lui permettent ensuite de pouvoir les associer à son environnement. En effet, au fur et à mesure, le bébé peut rassembler ses membres, et ainsi les découvrir dans son espace de vision. Il construit ainsi une première unification de son corps. Alors, « *l'activité psychique sous-jacente à ces transformations des conduites est alimentée par les interactions que l'organisme entretient avec son milieu* ». ²⁰

L'influence de l'environnement

Le milieu du bébé produit des signaux qu'il reçoit à la fois par une modalité proprioceptive (sensibilité neurologique de la position du corps par rapport à lui-même), intéroceptive (perception neurologique des systèmes végétatifs), et extéroceptive (sensibilité neurologique de la vue, le toucher, l'ouïe, l'odorat, et le goût). Les signaux environnementaux reçus par le bébé, vont organiser son système sensoriel, ce qui influencera de ce fait, ses états toniques. En effet, par la répétition, mais aussi par la variation de leurs modalités, les stimuli reçus par le bébé vont se coordonner dans un mouvement de transmodalité des sens. C'est-à-dire qu'il va pouvoir transférer l'information sensorielle reçue, à une autre modalité que celle d'origine. Cette nouvelle capacité transmodale permet au bébé de passer d'un système de traitement sensoriel, à un système de perception sensorielle. Le bébé accède alors à une première réalité cohérente entre ses vécus et ses perceptions sensorielles. Alors le bébé perçoit mieux son milieu, mais il ne met pas encore de sens dessus. « *Notre hypothèse est donc qu'au tout début de sa vie, les*

¹⁹ (Bullinger, 2004, p. 30)

²⁰ (*ibid.* p. 31)

perceptions du bébé fonctionneraient selon un processus transmodal, global, mais tout de même quelque peu " chaotique " . »²¹

L'influence du milieu humain

Le milieu humain serait alors le troisième aspect de la régulation tonique et sensorielle du bébé. En effet, lorsque le bébé présente un certain état tonique, le parent interprète émotionnellement ces signaux et tente de lui répondre. Le parent va adapter l'interaction avec le bébé en fonction du tonus perçu. Il va alors ajuster son propre état tonique pour réguler celui de l'enfant. H.Wallon (1942), appelle cette dimension interactive du tonus le « *dialogue tonico-émotionnel* ». La fonction tonique ferait le lien entre les sensations corporelles et les expressions émotionnelles des individus, mais aussi, il permettrait une transmission de ces émotions entre eux ; « *par l'intermédiaire des réactions qui l'expriment, l'émotion de l'un devient donc l'émotion de l'autre, sans qu'il soit besoin d'un autre motif que ces réactions elles-mêmes.* »²² Effectivement, le parent va verbaliser les émotions qu'il perçoit chez son enfant, et tenter de l'apaiser par un ajustement de son comportement. Alors, par la répétition et la diversité de ces interactions tonico-émotionnelles, les fluctuations toniques et sensorielles du bébé vont prendre sens dans une dimension affective et sociale.

Les différents points abordés permettent ici la compréhension de la régulation tonique dans un aspect sensoriel, environnemental, et interactionnel du bébé. « *Ce n'est que dans ce va-et-vient cohérent entre les expériences toniques ressenties « du dedans » et d'autres ressentie « du dehors » que le nourrisson peut équilibrer la fonction tonique* »²³ nous dit la psychomotricienne M.Gauberti.

Les régulations rythmiques

Selon le pédopsychiatre D.Marcelli (2007), la régulation du bébé est aussi permise par le rythme relationnel. Pour lui, la régularité des vécus permet leur mémorisation, et le

²¹ (Golse, 2011, p. 36)

²² (Wallon, 1987, p. 175)

²³ (Gauberti, 1993, p. 121)

changement favorise l'attention du bébé. « *Le rythme est essentiellement un liant. Il relie ce qui est du registre de la continuité d'un côté et ce qui est du registre de la suspension, rupture, césure, coupure de l'autre.* »²⁴ Il détermine alors deux rythmes relationnels nécessaire à sa propre régulation ; les macrorhythmes, et les microrhythmes.

Les macrorhythmes

Comme évoqué précédemment, l'immaturation de la régulation sensorielle et tonique du bébé, lui provoque des réactions d'alertes. Une régularité de son environnement vient donc diminuer ces réactions, et lui permet des premiers repères sécurisants. Durant les premiers temps du bébé, ces macrorhythmes proviennent d'événements extérieurs à lui, et c'est par leur répétition qu'il va pouvoir les appréhender. « *L'attention, les réponses, les échanges et les réactions du bébé diminuent progressivement en qualité et intensité lorsqu'il est stimulé de manière répétitive et continue.* »²⁵ En effet, le bébé développe une capacité d'habituation à leurs égards, c'est-à-dire qu'il diminue ses réactions à force d'y être confronté. En répétant donc de façon plus ou moins similaire certain soin quotidien, l'adulte ritualise le temps du bébé, et lui permet de pouvoir s'auto-régulariser. « *Toutes ces activités de soin relativement fixes d'une journée à l'autre, nécessaires au bien-être du bébé, arrivent quand le bébé les attend, parce que très vite des " indices de qualité " permettent à celui-ci d'anticiper leur advenir. Ainsi, lorsque le bébé attend, cela se réalise !* »²⁶ Par l'habituation, puis l'anticipation de ces macrorhythmes, le bébé apprend donc au fur et à mesure, à réguler ses états de vigilance.

Les microrhythmes

Mais, lorsque le bébé fait face à une modification de ses habitudes, il rencontre l'incertitude, qui est désorganisatrice si elle ne prend pas sens avec l'adulte. Et, c'est par la surprise et la variabilité de son milieu que l'enfant explore son environnement, il est donc nécessaire d'appréhender aussi ce temps de la nouveauté. Ce sentiment de découverte, doit ici aussi être soutenu par l'interaction avec l'adulte. Il lui permet de réguler l'incertitude des

²⁴ (Marcelli, 2007, p. 124)

²⁵ (Alvarez et Golse, 2008, p. 29)

²⁶ (Marcelli, 2007, p. 125)

événements, ce qu'il ne maîtrise pas encore. Cet apprentissage relève pour D.Marcelli de découvertes ludiques, qui s'accompagnent par des signaux rassurants du parent. Ainsi, le jeu de la « petite bête qui monte », ou du « coucou-caché » débute par un rythme répétitif, puis se casse en terminant par une accélération du geste, mais s'accompagne d'un large sourire du parent. Durant la suspension du jeu, la relation se suspend également. En effet, pendant un court instant, l'enfant ne sait pas ce qu'il va se passer, ni comment la relation va reprendre. Il s'installe alors un espace tiers, qui n'est ni celui du bébé, ni celui de la mère ; « *l'écart entre ce qui est attendu et ce qui advient : c'est la place de l'autre* ». ²⁷ Le bébé est ainsi amené à intégrer les différents temps d'absence et de présence de l'autre, au travers du jeu. Avec le soutien du parent, il apprend à réguler ses réactions et de ce fait, ses émotions, face à la nouveauté.

I.3 Un temps à deux, un temps à trois

I.3.1 Les interactions sensori-toniques précoces

Les interactions entre un parent et son bébé se réalisent, donc dans un mouvement dynamique au sein de la dyade. Elles peuvent être schématisées au travers d'une spirale, et vécues comme un mouvement d'enchaînement interactionnel complexe, organisé et inscrit dans le temps de façon bidirectionnelle. (Escalona, 1968)

Le dialogue tonique

Le toucher étant le premier sens à apparaître et le premier à maturer dans le développement physiologique du bébé, il est de ce fait le premier support des échanges précoces. La première interaction entre l'adulte et le bébé est donc de nature corporelle. Le premier dialogue au sein de la dyade se réalise par une perception tactile et corporelle, entre l'enfant et le parent, mais aussi tonique. En effet, comme énoncé précédemment selon H.Wallon, le corps du bébé et celui du parent s'accordent par une interprétation émotionnelle de leur états toniques. Egalement pour le neuropsychiatre et psychologue J.de Ajuriaguerra (1962), la fonction tonique permet une communication entre les individus ; « *ce dialogue tonique, qui jette le sujet tout entier dans la communion affective, ne peut avoir,*

²⁷ (Marcelli, 2007, p. 128)

comme instrument à sa mesure, qu'un instrument total : le corps. »²⁸ Par ce corps-à-corps, les deux individus sont engagés dans une communication tonique, et tonico-émotionnelle.

Durant les premiers temps de vie du bébé, les échanges sont principalement vécus par un contact corporel lors des portages. Ils dialoguent et construisent ainsi leurs premières interactions sensori-toniques. Les interactions précoces peuvent également être organisées selon trois niveaux ; les interactions comportementales, les interactions affectives, et les interactions fantasmatiques. (Lebovici, Mazet, et Visier, 1989)

Les interactions comportementales

Les interactions comportementales concernent la façon dont le parent contient et porte son bébé, de façon observable. Pour D.W. Winnicott (1969) les expériences de *holding* (façon dont le bébé est maintenu), et de *handling* (qualités des soins portés au bébé) permettent de contenir l'imaturité physique et psychique de l'enfant. En effet, ces différentes qualités de portages permettent pour lui de réguler les vécus archaïques du bébé. Par vécus archaïques il entend les vécus immatures, qui sont source d'angoisse pour lui (expériences sensorielles, physiologiques, et affectives). Alors, par les bercements, les chants, ou les caresses, le parent permet à l'enfant de s'apaiser et de sentir soutenu, contenu dans son immaturité. Ce maternage physique et psychique passe donc par un dialogue sensori-tonique entre le parent et l'enfant, mais aussi par des contacts plus tactiles de peau à peau.

Au travers des différents soins, les mains de l'adulte forment une enveloppe externe à la surface du corps du bébé, et soutiennent son enveloppe interne. « *Ce n'est pas seulement le corps du petit qui est enveloppé, c'est bien sûr sa vie émotionnelle c'est-à-dire pulsionnelle, cognitive, relationnelle, qui se laisse contenir et structurer dans les bras du parent et dans sa propre peau* »²⁹ nous dit la psychomotricienne A.M Latour à propos de la théorie du « *Moi-peau* » (Anzieu, 1985). En effet, émise par le psychologue D.Anzieu, cette théorie met en lumière la fonction de contenance physiologique et psychique de la peau. Elle accède pour lui, à la fonction psychique au travers de l'interaction tactile entre le parent et le bébé. Lors de ces soins le parent crée « *une seconde peau psychique où les pensées du sujet peuvent se*

²⁸ (Ajuriaguerra, 1970, p. 239)

²⁹ (Latour, 2014, p. 48)

*déployer et l'excitation est limitée dans ses effets désorganisateurs »*³⁰. Ici, le contact des mains propose une enveloppe interne au bébé, et la présence du parent propose une enveloppe externe. Par ce double contact, une première enveloppe corporelle du bébé se construit. Elle le sécurise, et lui permet d'intégrer ses vécus.

Les interactions comportementales sont donc un dialogue polysensoriel, qui ancre le bébé dans un monde interpersonnel, et interactif avec son parent. La relation passe ainsi par différentes modalités toniques, qui s'accompagnent de signaux tactiles, visuels et sonores, au sein de la dyade. Cette communication sensori-tonique contient les vécus archaïques du bébé et participe à l'instauration d'un lien affectif entre eux.

Les interactions affectives

La dimension affective des interactions dyadiques, s'élabore sur les différents vécus émis durant les interactions comportementales, et leur donne du sens. Effectivement, lorsque le parent interagit avec l'enfant, il contient les émotions et les sensations corporelles du bébé, en leur donnant une valeur affective. En soutenant ces angoisses psychocorporelles, le parent participe alors à la construction d'un sentiment de sécurité interne du bébé. Cette fonction pare-excitatrice, lui permet de limiter l'aspect désorganisateur de ses affects.

Le psychiatre et psychologue W.Bion (1965), appelle cela la « *fonction-alpha* » du parent, où il modifie les éléments sensoriels du bébé en éléments pensables. Lorsque le parent interprète les vécus de l'enfant, il transforme les signaux perçus (*alpha*) en composants psychiques (*bêta*). L'interprétation du parent « *détoxifie* » le vécu brut du bébé et le transforme en un concept élaboré par l'adulte, puis plus tard par l'enfant. Mais, pour cela, il est supposé au préalable que le parent prête des affects à son bébé. En mettant du sens aux manifestations perçues, le parent fait appel à sa capacité à imaginer l'enfant, à le penser dans un monde affectif, ce serait selon lui, une « *capacité de rêverie maternelle* ». Par ces interprétations affectives du parent, la relation précoce tente de s'inscrire au-delà de la détresse qui désorganise le bébé, elle permet ainsi à leur relation de se consolider.

³⁰ (Anzieu, 1995, p. 39)

Les interactions fantasmatiques

Les interactions fantasmatiques mettent en lumière l'aspect transgénérationnel qui se joue au sein de la dyade. Elles concernent l'influence de la vie psychique du parent sur celle de l'enfant. « *Même les bébés ont besoin d'une histoire et d'une histoire qui ne soit pas seulement une histoire génétique. Or, cette histoire passe immanquablement par l'histoire de leurs parents et de leurs filiations respectives.* »³¹ En effet, pour le psychiatre et psychologue S. Lebovici (1997), les représentations parentales de leur propre histoire infantile, vont construire les désirs et les attentes du parent au sujet de l'enfant. Pour lui, ce « *mandat transgénérationnel* » se construit par le maillage de différentes représentations. Il théorise la représentation d'un enfant fantasmatique (celui qui est désiré en amont de la grossesse), et d'un enfant imaginaire (celui qui est rêvé et idéalisé), en parallèle à l'enfant réel, (celui de la naissance). Ces différentes représentations vont alors influencer les comportements du parent avec son enfant, et agiront ainsi sur leurs interactions.

I.3.2 Les liens d'attachement

Les liens d'attachement entre le parent et le bébé se construisent par les interactions qu'ils vivent ensemble. Ils sont donc dépendants d'interactions comportementales, affectives et fantasmatiques. Chacune de ces dimensions nourrit le lien entre le parent et son enfant, et permet au bébé de se sécuriser dans sa relation avec lui.

Pour le psychiatre et psychologue J. Bowlby (1958), ces « *figures d'attachements* » s'observent dans le fonctionnement du bébé selon quatre natures de lien ; un attachement sécurisant, détaché, résistant, ou désorganisé. L'attachement sécurisant correspond à la recherche modérée du rapprochement de l'enfant à sa figure d'attachement. Il préfère sa mère plutôt que l'étranger et il peut se calmer en sa présence. L'attachement détaché ou fuyant c'est l'enfant qui évite le contact avec sa mère mais qui ne lui résiste pas pour autant lorsqu'elle le sollicite. Il réagit autant avec sa mère qu'avec l'étranger. L'attachement résistant ou ambivalent c'est l'enfant qui ne peut être consolé par sa mère lorsqu'elle revient après une absence. L'enfant reste bouleversé, et il peut soit éviter le contact soit résister aux efforts de l'étranger pour le rassurer. Et enfin, l'attachement désorganisé ou désorienté c'est

³¹ (Golse, 2000, p.31)

l'enfant qui reste sidéré de l'absence maternelle. Il peut en réponse présenter une attitude conflictuelle lors de son retour comme s'en rapprocher tout en garant un regard fuyant.

Durant les premiers temps relationnels de la dyade, l'enfant est d'abord dans une dépendance totale à la présence de son parent. L'immaturité de ses processus de régulation provoque des états d'alerte et de vigilances chez lui. L'apparition ou la disparition du parent provoque également ces inquiétudes. Au début, le bébé ne sait pas lorsque le parent entre ou sort de leur espace relationnel, il alterne alors entre des états de confiance, et des états de perte. Afin de palier à cette disparition de la figure d'attachement, le bébé passe beaucoup de temps à la regarder, et à s'assurer de sa présence. « *Lorsque cette figure d'attachement paraît disponible, le comportement peut se limiter à une vérification visuelle ou auditive dirigée vers cette figure, et à un échange occasionnel de regards.* »³² selon certains psychologues.

Puis, au travers de la répétition des différentes interactions évoquées précédemment, la présence du parent va s'inscrire dans le temps et se consolider dans l'esprit du bébé. D'abord, il sera possible au bébé de reconnaître le départ du parent par des signaux de préparation (comme l'instauration de rituels qui se répètent). Et enfin, par le bon développement de son système d'attachement le bébé pourra anticiper l'absence et le retour de son parent. Ainsi, « *la perception intérieure d'une relation sécurisée avec la figure d'attachement fonctionne comme un ancrage qui permet au bébé d'activer son système d'exploration.* »³³

Toutefois, cette théorie n'intègre pas la dimension bidirectionnelle des interactions. Des travaux réalisés dans les années 2000, proposent de comprendre le système d'attachement « *comme un système de comportements à la fois " dans " l'individu, entre " individus", mais aussi " parmi " des individus.* »³⁴ Cette approche propose d'intégrer les caractéristiques individuelles de chacun des partenaires de l'interaction, ainsi que l'influence d'un contexte environnemental. Alors, l'attachement entre le bébé et le parent se construirait dans un espace-temps relationnel, où finalement deux personnes existent et s'influencent.

³² (Carlson et al., 2007, p. 151)

³³ (*Ibid.*, p. 157)

³⁴ (Stevenson-Hinde, 1990, cité dans Pinel-Jacquemin, 2012, p. 302)

Chapitre II. Le temps relationnel de la dyade

II.1 Une relation intersubjective

La communication peut-être entendue comme un moyen de compréhension commun entre deux personnes, où l'un est émetteur et l'autre est récepteur. Communiquer c'est vouloir transmettre, échanger avec autrui, et cela demande inévitablement un mode de communication auquel l'autre peut accéder.

Il est possible de classer quatre modes de transmissions ; les mots, la prosodie, le langage écrit, et la gestuelle. Ces quatre moyens de transmission représentent tous types d'échanges existants entre deux personnes, qui ont accès au langage et à l'écriture. Pourtant, le bébé qui n'a pas encore acquit ces fonctions, est également un être qui communique. Il est possible d'échanger avec lui, et de se comprendre mutuellement.

Au sein même de ces modes de communications, deux catégories pourraient faire la distinction entre le plus petit et le plus grand. En effet, la prosodie et la gestuelle d'un échange font partie du langage de l'infra-verbal, mode privilégié du bébé. Alors que l'adulte maîtrise le langage du verbal. Selon les travaux du linguiste C.Baylon (2005), la communication infra-verbale regroupe les gestes para-verbaux (la prosodie, les intonations), les gestes non-verbaux d'origine sociale (l'habillement, l'apparence), les gestes de proxémie (distance relationnelle dans l'interaction), et les gestes non-verbaux d'origine gestuelle, posturale et corporelle. Elle reposerait donc principalement sur des capacités corporelles à véhiculer des émotions et des affects. Quant aux mots prononcés et écrits, ils dépendent d'une communication dite verbale relative à la fonction du langage. Elle véhiculerait des concepts codés par des éléments linguistiques.

Ces deux catégories ne s'opposent pas, elles fonctionnent ensemble dans la majorité des échanges. Elles permettent d'apporter du sens à l'échange et de l'intensifier. Ainsi, lorsque l'on s'adresse à une personne âgée qui entend mal, le vocabulaire est adapté, le rythme de phrase est plus lent, et l'articulation s'accroît. Mais le corps accompagne aussi les mots, le buste s'avance, la bouche qui parle se rapproche de l'oreille qui écoute, et la main se pose sur le bras de l'autre. Par cet exemple, au-delà du type de communication utilisé, c'est

finalement l'ajustement à l'autre qui est central, on ne s'adresserait pas de la même façon à un enfant. Dans l'échange, s'ajuster à l'autre c'est ce qui permet de se faire comprendre et d'y mettre du sens. Ainsi, en considérant dans la relation que l'autre existe en plus de soi-même, c'est la rendre intersubjective, plurielle.

II.1.1 Les communications du bébé

Chez le bébé, comme énoncé précédemment, les premiers mois de vie sont principalement consacrés à l'émergence d'une organisation des vécus sensoriels. Au travers de la maturation de son système sensoriel, et des différentes modalités des interactions, les éprouvés du bébé vont s'associer dans un mouvement de comodalisation des sens. Au fur et à mesure, les sensations vont se réguler, s'harmoniser, se comodaliser, et ajouter de la signification aux vécus du bébé.

Une lecture de l'infra-verbale

Selon B.Golse (2011), ce phénomène de comodalisation observé chez le bébé se fait dans la même zone cérébrale que celle de la reconnaissance du visage, et des émotions de l'autre. Ainsi que celle de la capacité d'analyse des mouvements, et de la perception de la voix. Egalement, à la lumière de travaux neuroscientifiques (2008), les capacités d'observations du bébé s'expliquent aujourd'hui par la présence d'un « système de neurones miroirs »³⁵, qui s'active en partie lors de la reconnaissance de mouvements de l'autre. Il est aussi admis actuellement que le bébé possède des « prédispositions proto-musicales »³⁶ remarquables qui se transmettent à travers les paroles, les chants et le corps des adultes qui l'entourent. Ainsi, avec l'apport, entre autres des neurosciences, il est souligné ici la capacité innée du bébé à reconnaître à la fois le mouvement, les qualités rythmiques de ce mouvement, mais aussi la musicalité des paroles qu'il entend. Il est habilité très précocement à « écouter » l'autre parler.

³⁵ (Rizzolatti et al., 2007 ; Rizzolatti et Sinigaglia, 2008)

³⁶ (Papousek, 1996)

Une narration comportementale

En plus de cette capacité de perception infra-verbale d'autrui, le bébé aurait lui aussi une aptitude à la narration comportementale. Selon des travaux sur la régulation temporelle et la motricité précoce du bébé, il a été montré que le bébé réalise des mouvements particuliers avec ses membres supérieurs quand on lui adresse la parole dans une dynamique de synchronisation.³⁷ En fonction du discours qui lui est proposé, le bébé a des mouvements plus lents et des mouvements plus rapides, alternant dans une certaine dynamique. Ainsi, au même niveau que les modulations du langage verbale, le bébé s'exprime à son tour en variant le rythme de sa motricité.

Ici, ces compétences mettent en avant la présence d'une intersubjectivité primaire du bébé, et son caractère actif dans la relation. Il peut être à l'initiative de l'échange, le réguler, ou le stopper. Ses capacités de communication précoce seraient donc d'origine biologique, mais inexplorable sans l'autre. Il s'agit encore une fois d'un dialogue entre le monde interne et le monde externe du bébé, qui participerait ici, à l'instauration d'une organisation de ses modes de transmission.

II.1.2 Les communications du parent

L'adulte possédant la fonction langagière va pouvoir utiliser d'autres modes de communications que le bébé. La production des échanges du parent est de nature à la fois verbale, et infra-verbale avec son enfant. La parole adressée et transmise lors des interactions, peut être considérée comme une forme de « parentage intuitif musical »³⁸.

Au travers de l'intonation, la musicalité, et le rythme, le parent modifie et adapte son langage lorsqu'il s'adresse à son enfant, c'est l'utilisation du « *parler-bébé* ».³⁹ L'essence affective de ce langage est définie par l'usage d'une voix plus haute, des variations prosodiques plus amples, et d'un tempo plus lent. Au niveau purement linguistique, le vocabulaire et la syntaxe sont simplifiés, avec l'utilisation de phrases courtes, de mots isolés,

³⁷ (Condon et Sander, 1974 ; Devouche et Gratier, 2001)

³⁸ (Papousek, 1996)

³⁹ (Fernald, 1989)

de répétitions, et de questions simples. D'abord, la structure musicale de la phrase attire et guide l'attention du bébé, puis c'est la façon dont le parent l'anime et l'interprète corporellement qui maintient leur attention conjointe. « *Ces modulations rythmiques, sonores et familières, souvent accompagnées d'une gestualité et d'expressions faciales amplifiées, sont autant d'accroches perceptives sur lesquelles le bébé pourra s'appuyer pour ressentir, pour interagir et pour progressivement se différencier* ». ⁴⁰ Le « parler-bébé » offre finalement une enveloppe sonore à l'enfant, dans laquelle il va se sentir suffisamment contenu et sécurisé pour interagir en retour.

II.1.3 Des ajustements mutuels

En s'exprimant au travers de regards adressés, de modulations de voix, et d'ajustements corporels, se crée une demande d'attention de la part du parent ou de l'enfant qui, lorsqu'elle est partagée maintiens l'échange. Cette communication dyadique peut être perçue comme un processus au cours duquel chacun influence à son tour la relation. S. Lebovici (1983) parlera de réciprocité mère-enfant. La mère ajuste son comportement à ce qu'elle perçoit des besoins de son bébé, et en retour, le bébé modifie ses expressions corporelles, et sonores en fonction de ce qu'il perçoit de sa mère.

Ici, l'espace relationnel de la dyade, se construit au travers des interactions précoces qui comme vu précédemment, autorisent un premier monde interpersonnel du bébé (p. 18 et 19). « *Pour le nourrisson l'espace de relation est esquissé dès que les contacts, les modulations toniques et vocales, les gestes et les mimiques deviennent des messages émis et reçus.* » ⁴¹ Les expériences de *handling* et de *holding*, mais aussi de *Moi-peau*, sont permises par une communication transmodale. Le langage infra-verbal et verbal du parent qui contient l'enfant, est en interaction avec le langage infra-verbal du bébé qui est contenu. Chacun est amené à échanger des affects d'un canal sensoriel à un autre, d'un mode de communication à un autre, et se rejoignent par un accordage mutuel.

⁴⁰ (Maiello, 2019, p. 145)

⁴¹ (Gauberti, 1993, p. 98)

Pour le pédopsychiatre et psychologue D.Stern (1983), cet « *accordage affectif* », se définit par un comportement qui permet de partager un état émotionnel, au travers d'un ajustement miroir, à l'état interne de l'autre. Il ne s'agit pas d'imiter ce qui est perçu de l'autre, mais plutôt de partager ce qui semble ressenti par l'autre. Le comportement réponse est alors différent du comportement émetteur, mais c'est bien via l'accordage des affects que la relation est possible. Toujours selon Stern, c'est ce socle commun qui permet au bébé l'émergence d'un premier « sens de soi », prémices d'une distinction entre lui et l'autre (processus d'individuation).

L'harmonisation de comportements non-similaires participe ainsi à la construction identitaire de chacun en tant qu'individu. Cette possibilité de voir l'autre comme différent de soi renforce le sentiment d'exister. Cette différence construit un espace où le parent et le bébé vont se positionner l'un par rapport à l'autre, et permettre à chacun d'agir et de réagir à l'environnement. La communication intersubjective et la conscience se renforcent alors mutuellement, ce qui complexifie la relation.

La réciprocité de ces échanges s'observe dans un espace-temps court, qui répétée de manière adaptée participe au bon développement social, cognitif et psychoaffectif de l'enfant. Par leur synchronisation, l'adaptation des comportements et des états émotionnels vont consolider la relation. Puis, dans un aspect diachronique, ces modes organiseront dans le temps le fonctionnement relationnel de l'enfant, avec son environnement.

II.2 Des interactions qui se déséquilibrent

II.2.A Rencontre avec Adam et sa maman⁴²

Indication : Adam 7 mois et demi et sa maman sont reçus pour des difficultés d'attachement. Madame S trouve Adam trop vif et il la dérange. La fin de grossesse s'est passée dans un contexte de séparation du couple. Adam et sa maman vivent actuellement dans un appartement prêté par un membre de la famille.

⁴² Dans le cadre du secret médical les prénoms et noms des patients ont été changés

Anamnèse

Adam 7 mois et demi et sa maman sont reçus pour la première fois à l'unité. Ils viennent accompagnés par la puéricultrice de la PMI qui a pris le rendez-vous pour la dyade, à la suite d'inquiétudes autour de leur relation. Lorsque nous entrons dans la salle d'attente Adam est installé dans sa poussette, il est bien éveillé et nous observe sans inquiétude apparente. En revanche, leur présence à l'unité semble plus compliquée pour sa maman qui est à côté de lui. Madame S répond brièvement lors de nos présentations, puis nous suit silencieusement dans l'espace de consultation. Elle déshabille Adam sans échanger de regards ou de paroles avec lui. Son visage paraît fermé et son regard est éteint durant l'interaction. Adam est déposé au tapis puis sa maman s'installe face à nous, sur le canapé. D'une facilité un peu déconcertante Madame S investit spontanément l'espace de parole et nous évoque ses problèmes avec franchise. Elle explique sa difficulté à s'occuper d'Adam car il est exigeant, elle ne comprend pas ses réveils nocturnes et lui octroie une volonté à la mordre quand elle lui donne le sein. La rencontre avec son fils est vécue comme une désillusion nous dit-elle, elle s'attendait à un bébé comme « une personne douce et qui donne de l'amour ». Dans cette perspective, nous découvrons qu'il s'agit d'une grossesse non-désirée et qui fait suite à plusieurs avortements. C'est le père d'Adam dont elle est maintenant séparée qui a pris la décision de garder l'enfant. Durant ces échanges, on observe chez Madame S un dialogue infra-verbal plutôt pauvre, la prosodie est monotone et ses paroles ne sont pas accompagnées de gestes illustratifs. Elle explique d'ailleurs agir au quotidien « comme un robot » pour son fils, et ne rien faire pour elle quand il est à la crèche.

Observation psychomotrice d'Adam

Installé au tapis, Adam est quant à lui très vif et très tonique, ce qui détonne par rapport à l'attitude de sa maman. Dans l'observation de son développement psychomoteur, Adam se déplace déjà à quatre pattes, et monte sur des petits obstacles. Il se met debout via la position du « chevalier-servant », en mettant un genou à terre et, en s'appuyant sur les meubles, il se hisse sur ses jambes. Les acquisitions motrices et posturales attendues pour sa tranche d'âge (7 mois et demi) sont principalement des retournements qui tendent à se fluidifier, et une station assise qui commence à être tenue seule par l'enfant. Les observations d'Adam dévoilent donc un développement moteur en avance par rapport aux attentes de son

âge. Pour le domaine des coordinations et de la préhension, Adam se déplace avec un jouet qu'il tient en prise palmaire. Egalement ici, les acquisitions sont en décalage par rapport à celles attendues. En effet la préhension globale devrait être observée en position statique, ventrale ou assise de l'enfant. Durant la séance, l'investissement oral d'Adam se compose de quelques lallations, sans variations de rythme et sans production de monosyllabes, qui pourraient être attendues pour son âge. L'alternance des expressions observées chez Adam se fait principalement entre le plaisir et le déplaisir, on ne voit pas de diversification d'expressions qui serait également conforme à son âge de développement. Sur le plan affectif et relationnel on observe un certain accrochage aux objets, Adam se déplace avec le même jouet dans la main qu'il ne quitte pas. L'exploration de l'espace se réalise par une certaine avidité, Adam se déplace dans une sorte d'agitation, en allant dans tout l'espace sans sembler s'inquiéter de cette nouveauté. D'ailleurs, il ne semble pas non plus être intimidé par nos visages inconnus, il montre un investissement rapide de l'étranger au travers d'un contact et d'une proxémie intime, dès les premiers instants de la rencontre.

Observation psychomotrice des interactions

A quelques reprises Adam retourne vers sa maman et semble lui réclamer les bras. Madame montre à ce moment-là des difficultés pour accueillir la demande de son fils. Il émet quelques sons, son corps et son visage sont tournés vers elle, il lui tend les bras mais elle semble ignorer ces signaux. En retour, Adam se met à pleurer, ce qui amène finalement sa maman à réagir. Madame S le pose sur elle, puis le maintiens sous son bras gauche, à distance de son buste, sans interagir oralement avec lui. Son installation paraît précaire, Adam n'a pas d'arrière-fond, ce qui l'oblige à maintenir sa posture par un important recrutement tonique. Cet effort semble le fatiguer, il gesticule puis se met à pleurer. Pour l'apaiser Madame S utilise alors son téléphone et met une musique. Elle explique que cela fonctionne quand elle veut calmer Adam mais qu'elle évite de le mettre devant l'écran. Alors elle maintient son téléphone d'un côté et Adam de l'autre, ce qui n'aide pas à leur ajustement corporel. Adam s'apaise un instant, puis il commence de nouveau à s'agiter et échappe aux bras de sa maman. Le portage devient de plus en plus difficile à tenir et Madame S finit par déposer Adam au sol. Il retourne alors à ses explorations spatiales et sa maman reprend son discours. Cette dynamique d'alternance entre de longs moments d'occupations solitaires et de courtes interactions peu accordées, sera observée au sein de la dyade jusqu'à la fin de la séance. Il

leur est finalement proposé de revenir au même horaire la semaine prochaine, ce que la mère accepte.

Hypothèses psychomotrices

Au travers de ces premières observations, les difficultés rencontrées par la dyade semblent s'organiser au niveau d'un manque d'interaction, d'un ajustement comportemental compliqué et d'un développement psychomoteur déséquilibré d'Adam.

Tout d'abord, les observations ont démontré un manque d'interaction au sein de la dyade. En effet, une pauvreté des demandes de la part de la mère et de l'enfant a été relevée. Le manque de modalité de ces interactions pourrait expliquer leur rareté. En effet, la posture de Madame S est assez figée, et elle n'investit pas non plus l'espace oral avec Adam. La communication infra-verbale de la mère étant globalement pauvre, il pourrait être difficile pour Adam de percevoir ses signaux et de réagir en retour. Ainsi, la réciprocité des échanges serait perturbée et expliquerait ce manque d'interactions entre la mère et l'enfant.

Les interactions courtes au sein de la dyade, pourraient s'expliquer par un dialogue tonique non ajusté. Lors des portages, la position de la mère ne soutient pas les appuis d'Adam, ce qui l'empêche de se maintenir et pourrait expliquer son agitation et son envie de retourner au sol. En retour, en n'ajustant pas sa position à celle d'Adam, la mère ne peut plus le tenir et se voit obligée de mettre fin à l'interaction en posant Adam au sol. Dans ce manque d'accordage corporel, le corps de Madame S et d'Adam ne présentent pas d'adaptation tonico-posturale, la relation ne peut pas durer et se complexifier.

Au travers du déséquilibre des acquisitions d'Adam la question d'une altération physiologique ou environnementale peut se poser. En effet, il a été observé une absence de diversification de ses expressions, ainsi qu'un retard de ses compétences orales, mais des acquisitions motrices et posturales précoces. L'hypothèse d'un déficit d'étayage de l'environnement pourrait ici éclairer les disparités du développement psychomoteur d'Adam. En effet, par le manque de modulation interactionnelle au sein de la dyade, Adam pourrait

être amené à développer certaines acquisitions et pas d'autres. Il est en effet observé un sur-investissement de la motricité, en opposition à un désinvestissement de l'espace oral.

Lorsque la communication n'est plus possible, les deux partenaires ne peuvent se comprendre. Les comportements de chacun ne trouvent plus de sens et la réciprocité de l'interaction se perturbe.

Selon D.Stern (1983), lorsque la relation se désaccorde, il y a un « faux » pas dans la danse ». Il met alors en avant trois niveaux d'investissement qui influencent la relation ; le rythme, l'intensité, et la forme de la communication. Si ces niveaux ne sont pas adaptés aux besoins et à la disponibilité de l'autre, il existe un phénomène de désaccordage dans la relation, où les protagonistes ne se comprennent plus. Le phénomène de désaccordage, peut-être provoqué par un comportement relationnel de l'ordre du manque, de l'excès, ou du paradoxal. Ici, le manque est perçu comme une sous-stimulation, l'excès comme une sur-stimulation, et le paradoxal comme une dys-stimulation de la relation à l'autre. Dans la situation d'Adam et de sa maman, le désaccordage pourrait également s'expliquer par une situation de sous-stimulation dans leur relation.

II.2.1 Les sous-stimulations

Un parent qui investit peu la relation avec son bébé, ou qui ne prend pas en compte les besoins d'attention de celui-ci, fait preuve de sous-stimulation interactive. La pauvreté de modulation des interactions, ou les absences trop longues, sont généralement la source d'un désaccordage entre le bébé et son parent. En réponse à une sous-stimulation, le bébé peut réagir dans le sens contraire, et inhiber ses demandes qui ne trouvent pas de réponse. Mais, il peut aussi réagir en réclamant l'attention de son parent par l'agitation, dans le but de le voir réagir. C'est ce qui a été observé dans la rencontre avec Madame S et Adam.

La situation inverse existe également, un bébé qui ne réclame pas ou qui sollicite peu l'interaction, peut être interprété par le parent comme un refus de l'enfant à échanger avec lui. Le parent s' imagine alors que son enfant ne l'aime pas, ou qu'il n'est pas capable de

l'éveiller. Blessé dans sa fonction parentale, il peut en retour accentuer ses demandes, jusqu'à ce que l'enfant réagisse. Ou bien s'en détourner, vexé de ne pas avoir été compris.

II.2.2 Les sur-stimulations

A contrario, la sur-stimulation est un investissement excessif des échanges. Dans ce cas de figure, le parent qui sur-stimule l'interaction ne prend pas en compte les besoins de l'enfant. Il va par exemple solliciter fortement les interactions avec son enfant durant la journée, ou démultiplier les modalités de sa communication. Par exemple, un sur-investissement sensoriel durant le portage, serait génératrice d'excès pour le bébé. La sur-stimulation s'exprime pour lui par une explosion de stimuli qu'il ne sait pas réguler. « *Une surcharge d'excitations à la fois angoisse le bébé et provoque une tension musculaire extrême. C'est à cette entité affectivo-tonique qu'il réagit.* »⁴³ Il peut alors adopter un comportement réponse par une agitation, ou au contraire par une inhibition de son état tonique, et relationnel. Le parent en retour, peut mal interpréter cette réponse, où ne pas comprendre la réaction de l'enfant.

Inversement, un bébé qui réclame l'attention de son parent lorsqu'il n'est pas disponible pour lui, peut créer un décalage dans leurs attentes mutuelles. En ne répondant pas aux attentes du bébé le parent peut intensifier un sentiment de détresse chez son enfant. L'enfant réagit alors soit en maintenant son état de sollicitation actif avec de l'agitation, soit en s'en détournant et en l'inhibant.

II.2.3 Les défauts de réciprocité

Face à une incompréhension dans la relation, la réciprocité des échanges ne s'opère plus. Un comportement qui n'est pas ajusté, peut recevoir en réponse des comportements qui ne correspondent pas à la demande. Cette discordance relève d'échanges inadaptés aux signaux émis par la dyade. Le parent et le bébé ne se comprennent plus et, par le défaut de leurs réponses, la relation continue de se désaccorder.

⁴³ (Gauberti, 1993, p. 68)

Lorsque des défauts de réciprocité se produisent, trois types de réponses peuvent être émises ; une réponse directe et appropriée c'est le comportement « contingent », une réponse inappropriée c'est le comportement « non contingent », et une réponse contraire aux signaux, c'est le comportement « anti-contingent » (Sl.Greenspan, AF.Lieberman, 1989).

Les perturbations de la réciprocité relèvent de réponses inappropriées ou contraires aux signaux. Elles s'observent au sein de la relation dans une dimension plurimodale. Les défauts de réciprocités peuvent s'exprimer par le parent et/ou le bébé au travers d'un regard fuyant ou insistant. Mais aussi par des paroles inappropriées, des sollicitations vocales ignorées. Ainsi que des contacts physiques oppressants ou évités entre les protagonistes.

Dans ce contexte, la relation n'est satisfaisante pour aucun des partenaires, et il devient finalement difficile de compter sur l'autre pour répondre à ses besoins. Des premiers sentiments d'incompréhension et de frustration peuvent s'installer au sein de la dyade. Si ces sentiments perdurent, ils peuvent impacter plus profondément le fonctionnement relationnel et comportemental en devenir de l'enfant, mais aussi le narcissisme du parent.

Alors, comment comprendre l'origine de ces comportements sur-stimulants ou sous-stimulants, et de leurs conséquences qui retentissent sur la relation précoce ?

II.3 Une rencontre bousculée

II.3.B. Rencontre avec Victor et sa maman

Indication : Victor 3 mois et sa maman sont reçus pour des difficultés d'attachement à la suite d'un accouchement difficile. Le poids de Victor a été estimé comme trop important et une césarienne d'urgence a été réalisée. A la suite de la naissance, Victor a été hospitalisé en néonatalogie pour un ictère important qui l'a séparé de ses parents durant 11 jours.

Anamnèse

Lors de ma première rencontre avec Victor et sa maman, il est installé dans un cosy, où il se montre calme et attentif à ce qu'il se passe autour de lui. Sa maman qui est à côté, évoque

dès son entrée dans l'espace de consultation son sentiment d'être une mauvaise mère après avoir blessé Victor en lui coupant les ongles ce matin. La prosodie rapide de Madame B s'oppose aux traits marqués par la fatigue de son visage, et laisse transparaître une certaine anxiété. Désormais installée dans un fauteuil nous l'invitons à raconter la raison de leur présence. Madame B évoque son accouchement vécu comme traumatique, elle n'a pas compris la décision médicale de la césarienne et explique que Victor lui a été comme arraché du ventre sans qu'elle ne puisse donner son avis. Madame B ajoute qu'elle n'a pas imaginé qu'une césarienne soit possible, et qu'elle n'était pas prête pour cela. Depuis la naissance de Victor elle n'arrive pas à prendre de plaisir à sa maternité, et ne partage pas de moment de bonheur avec son fils. Elle souhaite qu'il soit à distance d'elle et culpabilise d'avoir ces pensées-là. Madame B n'en dort plus la nuit, elle se sent tout le temps stressée avec Victor, et des idées noires qu'elle n'ose pas partager avec son entourage commencent à l'envahir. Son mari est en télétravail à la maison et s'occupe de Victor le soir. Ils se baladent tous les trois quand ils peuvent mais Madame B explique son empêchement à le faire toute seule. La peur que Victor se mette à pleurer dans la rue est trop forte, alors elle préfère attendre que son mari soit avec eux.

Observation psychomotrice des ajustements

Durant la séance Victor est très éveillé, il suit les mouvements et les voix, et il regarde beaucoup sa maman. Tenu dans ses bras et emmitouflé dans une couverture, l'observation de la motricité de Victor est difficile mais ses mouvements semblent globalement peu nombreux. Il commence à émettre quelques cris, sa maman imagine qu'il a faim alors elle lui propose le biberon. Assise en avant de la banquette, Madame B n'a pas d'arrière-fond pour s'installer correctement. Elle refuse dans un premier temps notre proposition d'un coussin d'allaitement, puis finit par accepter. Madame B place le coussin sur ses cuisses et installe Victor dessus, un peu de travers. Elle ne modifie pas sa position pour chercher l'arrière-fond, ce qui maintient un portage peu adapté pour un bébé de trois mois. Leurs visages ne se font pas face et il n'y a pas de contact entre Victor et le buste de sa maman. Avec le biberon Madame doit faire un mouvement en avant pour regarder et trouver la bouche de Victor. Victor va être maintenu ainsi durant un long moment, malgré son biberon vidé.

Observation psychomotrice des interactions

Tout au long de la séance, il y a peu d'échanges visuels et vocaux observés entre eux. La relation avec Victor semble difficile à investir pour Madame B, et Victor en retour ne gazouille et ne bouge pas beaucoup. Elle explique d'ailleurs qu'il ne lui sourit jamais et que les moments à la maison sont de manière générale stressants. Nous invitons Madame B à installer Victor plutôt face à elle, pour qu'ils puissent se regarder l'un l'autre. Sa maman le porte en le tenant sous les bras et le place debout devant elle. La maturité du développement neuro-moteur de Victor ne lui permet pas de tenir cette position seul, ce qui provoque un vacillement important de sa tête. Mais malgré une position peu ajustée, l'interpénétration des regards entre lui et sa maman est si intense qu'ils se sourient mutuellement. Madame B semble alors vivre un si bon moment qu'elle ne perçoit pas le corps de Victor qui subit la pesanteur et qui chancelle. Ce qui rend ce moment à la fois tendre et difficile à observer. J'aurai envie d'intervenir mais l'interaction semble si bénéfique pour Victor et sa maman que je prends le parti de laisser la dyade dans sa propre organisation. Il est ensuite proposé en fin de séance un prochain rendez-vous la semaine suivante, ce que la mère acceptera.

Hypothèses psychomotrices

Au travers de la rencontre avec Victor et ses parents, des difficultés d'interactions, et d'ajustements corporels au sein de la dyade ont été observées.

Tout d'abord, les difficultés relationnelles de la dyade peuvent se comprendre par la pauvreté des interactions et de leurs modalités. En effet, il a été observé durant la consultation que la dyade utilisait principalement des interactions unimodales majoritairement visuelles, et discrètes. L'espace oral n'est pas non plus très investi par le bébé qui gazouille peu, et par la mère qui ne présente pas de « parler-bébé ». La pauvreté des échanges oraux pourrait s'expliquer par une difficulté de la mère à prêter des affects à son enfant, puis à les transformer. Cette hypothèse soulève ici la possibilité d'une atteinte de la capacité de rêverie maternelle, qu'on pourrait relier à la difficulté de Madame B à percevoir les vacillements corporels de Victor et à le soulager.

Ensuite, les difficultés de la dyade s'observent également par une difficulté dans les interactions comportementales, et leurs accordages. L'observation des holding et des handling mettent en lumière des ajustements corporels difficiles, qui pourraient s'expliquer par un dialogue tonico-émotionnel compliqué. La mère qui est préoccupée porte son enfant avec un tonus élevé et ne l'adapte pas à l'immatunité tonique et posturale de Victor. Elle a du mal à s'installer elle-même confortablement et de ce fait, installe difficilement son bébé. Dans ce manque d'ajustement, la communication infra-verbale et verbale des deux protagonistes est empêchée.

Enfin, on imagine dans le contexte traumatique de l'accouchement de Madame B et de l'hospitalisation précoce de Victor, la présence d'inquiétudes importantes. La séparation physique et psychique précoce de la dyade pourrait avoir entravé l'élaboration de leur relation. En effet, le manque d'interaction comportementale, pourrait également perturber les interactions affectives et fantasmatiques de la dyade.

Dans cette situation clinique, avec Madame B et Victor, les observations soulèvent également la question de la place du traumatisme dans leur rencontre. En effet, la fragilité somatique de Victor et la souffrance psychique de la mère semblent jouer un rôle particulier dans leurs difficultés. Pour Alvarez et Golse, la relation qui se désaccorde trouve généralement son origine dans un trépied ; *« la rencontre d'un certain type de parents avec un certain type d'enfant, à la faveur d'un facteur événementiel qui donne un sens déterminé aux fragilités et à la vulnérabilité des uns et des autres. »*⁴⁴

II.3.1 Les fragilités du parent

Les dépressions maternelles

Elles sont à différencier de la dépression post-partum, ou plus communément connu sous le terme de « baby-blues », qui est un phénomène physiologique dépendant de la préparation de l'arrivée d'un enfant. La dépression maternelle une dépression atypique qui s'observe chez une mère profondément déprimée et qui montre une extrême fatigue.

⁴⁴ (Alvarez et Golse, 2008, p. 52)

Souvent elle explique ne pas se sentir capable physiquement de s'occuper de son bébé, et montre des signes de culpabilité de cette situation vécue comme un échec. Le maternage ne lui procure aucun plaisir, et l'image sociétale d'une maternité naturellement épanouissante, renforce chez elle cette impression de décalage et de manquement à un devoir. « *Vivant la maternité sous le signe d'une responsabilité écrasante et qu'elle ne peut assumer, elle place le bébé au centre de ses angoisses et s'en plaint.* »⁴⁵ La mère est inquiète de son comportement et des échanges avec son enfant. Source d'angoisse, les interactions avec le bébé sont souvent difficilement investies lors des dépressions maternelles. La dyade peut alors paraître aux yeux d'autrui très silencieuse et en manque de vie.

Les troubles mentaux

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V), un trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement. Il reflète un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques ou développementaux de la personne. Les perturbations comportementales, relationnelles, et sociales présentes dans un trouble mental, peuvent amener le parent à agir de façon inconsciemment inappropriée avec un bébé. Les propres difficultés de fonctionnement du parent peuvent rendre difficile l'instauration d'une relation sereine entre eux.

Les troubles mentaux s'expriment différemment chez chaque individu, leurs caractères variables et instables influencent plus ou moins gravement le quotidien du parent, et de ce fait celui du bébé. Le parent peut-être dans un parcours de soin qui le soutient dans sa parentalité par un suivi psychiatrique ou des traitements médicamenteux efficaces. L'instauration de traitement peut toutefois avoir des effets indésirables sur son fonctionnement (une fatigabilité, une irritabilité, ou des douleurs), et retentir sur son comportement interactif. Lorsque cela est nécessaire, le parent peut aussi être amené à être hospitalisé pour une durée relative, obligeant la dyade à se séparer. Il existe toutefois des unités d'hospitalisation mère-bébé qui participent au maintien d'un lien quotidien et d'une partielle stabilité pour la dyade.

⁴⁵ (Bruwier, 2013, p. 32)

II.3.2 Les fragilités du nourrisson

Egalement, lorsque l'enfant présente une affection somatique, ou une fragilité dans le cadre d'une prématurité, son état de santé est au coeur des préoccupations. Le contexte anxiogène qui suit une naissance souvent traumatisante pour les parents, peut rendre la rencontre difficile avec l'enfant.

La prématurité

La prématurité est définie comme une naissance survenant à moins de trente-sept semaines de gestation selon l'Organisation Mondiale de la Santé. « *Les caractéristiques qui sont propres à l'enfant du fait de sa prématurité (système neurologique immature ne permettant pas de diriger sa tête vers la source sonore, absence de tonus permettant d'établir un langage tonique...) rendent difficile son engagement dans des interactions* »⁴⁶. Il est alors difficile pour le bébé prématuré d'entrer en relation et de répondre positivement aux sollicitations du parent.

Les compétences du nouveau-né prématuré sont en décalage avec son environnement. Elles demandent alors une adaptation toute particulière de son milieu. Souvent, le bébé est placé dans un service de réanimation, puis en néonatalogie, où de nombreux appareils peuvent paraître intrusifs (électrodes cardiaques, ventilation par sonde d'intubation, alimentation par sonde gastrique, etc). Les interactions comportementales sont difficilement réalisables et un dialogue-tonique haut entre le parent et le bébé peut fragiliser leur contenance. L'enfant est également séparé de ses parents et les interactions sont entrecoupées par les soins. Il est alors difficile d'instaurer des macro-rythmes qui permettent l'apaisement et l'attachement mutuel. Ici, les premiers vécus de la dyade s'organisent autour d'un corps fragile et douloureux de l'enfant, ce qui peut influencer la représentation de leur relation.

En effet, l'arrivée imprévue du bébé prend de court les remaniements psychiques de la grossesse, et la culpabilité de cette prématurité altère d'autant plus la fonction parentale. Ensuite, le manque d'accès au bébé, et sa fragilité peuvent perturber l'investissement de la

⁴⁶ (Pedinielli et Ravier, 2015, p. 146)

dyade. Dans la crainte de blesser encore plus l'enfant, ou dans le traumatisme encore prégnant de la naissance, le parent développe moins de capacités à percevoir les attentes relationnelles du bébé, et de ce fait à s'y ajuster.

Les troubles somatiques

Suite à la prématurité ou à d'autres événements physiologiques, le bébé peut présenter des troubles somatiques qui déstabilisent également ses compétences, et celles des parents. « *Le bébé malade ou porteur d'un handicap suscite un imbroglio émotionnel et affectif où s'entremêlent des sentiments ambivalents et contradictoires oscillants entre deux pôles : le rejet et le surinvestissement* ». ⁴⁷ Autour de ce contexte, se combine de nouveau l'impact d'une réalité organique et une déstabilisation interactive. Effectivement, ici aussi les interactions peuvent être impactées autant que le corps de l'enfant l'est. Le comportement du bébé peut présenter des retards d'une nature développementale, qui vont solliciter une adaptation du comportement des parents.

II.3.3 La vulnérabilité de la relation

Etre en contact avec un bébé, c'est être en contact avec des éprouvés archaïques selon la psychologue G.Bruwier (2013). Cette reviviscence anachronique nécessite la capacité du parent à pouvoir l'accueillir, et ainsi se rendre disponible aux vécus de l'enfant. Comme il a été dit précédemment, les processus relationnels peuvent être mis en péril lorsque le parent présente une fragilité psychique liée à sa propre histoire, ou en raison d'une pathologie psychiatrique, mais aussi lorsque se présente une pathologie somatique chez l'enfant.

Lors de la rencontre avec son bébé, la mère a besoin d'une capacité de décentration de son propre vécu. Cet espace psychique lui permet de percevoir et interpréter celui de son enfant différent du sien. Il correspond à la mise à distance d'un bébé et d'une rencontre imaginée, fantasmée par le parent, avec celle d'un bébé réel, différent de ces projections. Si le psychisme de la mère, est envahi par des vécus non élaborés de sa propre histoire, ce processus de distanciation est mis en péril. « *Une mère qui veut réparer avec son enfant les*

⁴⁷ (Bruwier, 2013, p. 29)

*frustrations de son propre passé dépasse souvent la mesure, elle l'étouffe avec sa sollicitude ambivalente. Elle a beaucoup de mal à s'identifier à son bébé et à percevoir ses besoins »*⁴⁸. Si l'arrivée d'un enfant se concorde avec une souffrance, qu'elle soit nouvelle ou ancienne, le mouvement psychique s'entremêle ; les affects du parent vont se confondre aux affects perçus du bébé. Ces éléments pourraient expliquer les difficultés de Madame B et de Victor. En effet, après une césarienne de Madame B et une hospitalisation en néonatalogie de Victor, il serait possible de comprendre un traumatisme encore trop éprouvant au sein de la dyade. L'empêchement de la mère à percevoir les besoins corporels et posturaux de Victor, perturberait de ce fait son ajustement. Mais aussi, le besoin de soins néonataux de Victor pourrait avoir fragilisé les premières interactions corporelles au sein de la dyade. Il serait ainsi possible de comprendre leurs difficultés de dialogue-tonique, et tonico-émotionnel.

Aussi, la souffrance d'un vécu peut générer des mécanismes de défenses du parent, qui influenceront la relation. Ces comportements qui s'abaissent en général durant le phénomène de transparence psychique de la grossesse, peuvent apparaître pour défendre l'intégrité du parent en conflit. Les comportements mis en place s'instaurent de différentes manières, et divergent en fonction des ressources internes disponibles.

Lorsque le parent est en proie à une souffrance, le bébé peut devenir un bébé réparateur de son malheur. Son comportement va projeter des attentes sur l'enfant qui seront confirmées ou infirmées par le comportement de l'enfant. Si par sa singularité la réalité du bébé ne répond pas à ces attentes, le parent peut se désillusionner. Dans cette situation, la réalité peut devenir agressive, le parent est envahi par son enfant ; les pleurs et les réveils nocturnes du bébé ne sont plus un signe physiologique et une demande d'attention, mais ils deviennent des actes volontairement malveillants envers le parent. La persécution vécue peut amener le parent à l'impossibilité de s'en occuper. Il se retrouve face à un bébé réparateur qui ne répare pas, qui est seulement source d'angoisse alors il s'en détourne. Il peut éviter les interactions avec lui, les réduire, ou la désinvestir complètement (Bruwier, 2013). Ici, il serait possible de faire le lien avec la situation de Madame S et d'Adam. En effet, le couple s'étant séparé avant la naissance, la mère aurait pu avoir des attentes « réparatrices » de l'arrivée d'Adam, ce qui expliquerait sa désillusion.

⁴⁸ (Dornes cité par Urbain-Gauthier et Allegeart, 2002, p. 169)

Lorsque la relation précoce avec l'enfant est mise à mal, le parent se sent souvent en échec dans sa fonction parentale. Bien que défendu, il est souvent amené à se culpabiliser et se juger. « *Pour certains, ce sera le diagnostique d'une maladie génétique qui confirmera leur impression d'avoir transmis un " héritage familial " inavouable, devenant ainsi le terreau de leur culpabilité, tandis que pour d'autres, c'est au contraire le sentiment de ne pas s'y être assez pris " comme il fallait " avec leur enfant qui devient la raison de leur faute.* »⁴⁹

Il serait finalement à comprendre que le fonctionnement altéré d'une dyade, repose principalement sur une vulnérabilité commune de la relation. Chacun des individus de la dyade peut avoir des fragilités qui lui sont propres, et qui parfois nécessitent un accompagnement personnel. Bien que leurs influences puissent impacter le fonctionnement interactif entre le parent et l'enfant, il paraît finalement important de discerner l'espace d'accompagnement personnel de l'espace d'accompagnement de la dyade. L'importance de ces deux espaces parallèles, qui ne peuvent exister autrement que par leur intrication, soulève la question de la nature de celui du soin dyadique.

Ainsi, le fonctionnement d'une dyade ne peut s'appréhender que dans un espace-temps qui lui est propre, tout comme son altération. Parfois, les fragilités de la dyade se résolvent d'elles-mêmes, et parfois elles persistent. Dans cette optique, l'accompagnement de la dyade accueillerait leurs difficultés dans une nouvelle dimension, propre à un temps de soin. Ici, s'articule donc un espace-temps spécifique à la dyade, dans un espace-temps spécifique au soin. Ces réflexions soulèvent alors la question de l'ajustement entre ces deux dimensions. Quelle est la nature de l'espace-temps du soin ? Comment son fonctionnement est influencé et influence celui de la dyade ?

⁴⁹ (Dellion, 2010, p. 154)

Chapitre III. Le temps du soin psychomoteur

III.1 Un cadre thérapeutique

III.1.C Rencontre avec Gabin et sa famille

Indication : Gabin 6 mois, sa maman et sa grand-mère maternelle viennent pour des difficultés de sommeil chez Gabin. Dans un contexte de séparation conjugale au 8ème mois de grossesse, Madame D évoque une grossesse et un accouchement par césarienne compliqué. Le père biologique n'a pas reconnu Gabin. Gabin et sa maman habitent depuis chez les grands-parents maternels.

Anamnèse

Dans la salle d'attente lorsque nous rencontrons Gabin et sa famille, il est installé dans sa poussette, il nous regarde avec des yeux très éveillés qui me paraissent immenses. Nous nous présentons, aujourd'hui nous sommes trois professionnels de disciplines différentes pour les recevoir. La maman de Gabin manifeste son étonnement et sa déception qu'il n'y ait pas de médecin parmi nous. Elle explique avoir pris ce rendez-vous dans le but principal de présenter les difficultés de son fils à un pédopsychiatre. Après quelques échanges, Madame D accepte d'être reçue et demande à ce que sa mère participe à la consultation. Les deux femmes semblent proches, et se ressemblent d'ailleurs corporellement. Madame D continue d'installer une communication plutôt agressive envers nous. Nous devons insister pour que la poussette de Gabin reste en dehors de la salle, à des fins d'hygiène, mais la tension est telle que nous ne leur demandons pas d'enlever leurs chaussures (ce qui est le protocole habituel).

Une fois entrée dans l'espace de soin, Madame D réitère des signes de méfiance en mettant en doute la solidité du mobilier sur lequel elle s'assoit. Installé sur ses genoux, Gabin observe l'environnement avec une certaine agitation. Ses yeux s'écarquillent et semblent traduire un état de tension qui pourrait se comprendre comme un état de grande fatigue. Contrastant avec un corps d'aspect plutôt frêle, Madame D explique avec une vive voix et un tonus élevé que Gabin ne dort jamais, et que seule la tété au sein le calme. Elle ne supporte pas de le

laisser pleurer et le porte sans cesse, ce qui l'empêche à son tour de pouvoir dormir. Dans ce contexte, Madame D s'est décidée seule à chercher de l'aide. Elle nous évoque sa grossesse vécue comme très stressante, le couple parentale s'est séparé soudainement durant son 8ème mois de grossesse. Monsieur D n'est un jour jamais rentré du travail et a laissé pour seul message « un besoin de se reconstruire psychologiquement ». Il a ensuite coupé tout contact avec la famille et n'a pas reconnu Gabin à sa naissance. Depuis, Madame D et Gabin qui est son fils unique, habitent chez les grands-parents maternels. La grand-mère qui est présente à la consultation soutient régulièrement les propos de sa fille. Elle nous explique qu'elle prend le relais dès que sa fille à besoin de faire quelque chose pour elle. Elle porte Gabin durant des heures et n'en peut plus de devoir faire cela quotidiennement.

A la fin de ces premiers échanges, nous proposons que Gabin soit installé au sol pour qu'il puisse être plus à son aise, et que nous puissions l'observer pleinement dans sa motricité. Madame D accepte, elle installe avant son plaid sur le tapis d'éveil, et retire des mains de Gabin les jouets de l'unité pour lui présenter celui de sa propre poussette. Elle reste ensuite très proche de lui, ce qui rend son accès difficile pour nous.

Observation psychomotrice de Gabin

Au tapis, Gabin essaie d'attraper rapidement les jouets qui l'entourent. Sa motricité présente un manque de fluidité, et ses mouvements sont saccadés. Pour regarder devant lui lorsqu'il est en décubitus dorsal, sa tête et ses épaules se décollent du plan du sol avec un fort recrutement tonique. Il tente à plusieurs reprises de se retourner du dos sur le côté en basculant d'un bloc ses jambes sans enrouler le bassin, ce qui l'empêche d'y parvenir. Les acquisitions motrices observées, correspondent aux attentes de son âge, mais elles semblent gênées par un manque de régulation tonique global. Ses coordinations devraient être plus ajustées lors de la prise manuelle, ainsi que pour les retournements. Lorsque mes mains atteignent le corps de Gabin le tonus perçu par mes doigts confirme un fort recrutement tonique, déjà observé dans ses coordinations. Egalement, à plusieurs moments et sans raison apparente Gabin présente un recrutement tonique global durant une dizaine de secondes. Ces manifestations s'observent par le raidissement soudain de ses quatre membres, maintenant son corps incurvé en équilibre vers le plafond, ses poings se ferment, ses yeux et les traits de son visage se figent, et il émet quelques sons étouffés. Puis il repose ses

membres au sol, pousse quelques cris et retrouve un certain état d'agitation motrice. Dans ces moments-là, Gabin me paraît comme saisi d'une intense décharge électrique, ce qui est éprouvant à voir.

Observation psychomotrice des interactions

Quand nous questionnons Madame D à propos de ces réactions, elle explique avoir l'habitude et l'interprète comme s'il faisait « ses abdos ». Dans un élan d'excitation, elle lui fait ensuite un grand sourire et le chatouille vigoureusement sur le ventre. Durant la consultation l'expression de Gabin se modifie peu, son visage semble maintenir une vigilance continue. Il observe vivement tout ce qu'il se passe autour de lui, et attrape avec empressement chaque objet qui est à sa portée. Madame D et la grand-mère maternelle expliquent ces comportements par des capacités en avances pour son âge, et un caractère doté d'une grande curiosité. Différentes propositions d'apaisement de Gabin ont été proposées à sa maman, comme les massages, les bercements, ou les chants. Chacune de ces initiatives a été réfutée par Madame D qui les avait déjà réalisées sans succès. Elle nous explique avoir tout essayé et être allée voir plusieurs médecins mais rien ne marchait avec Gabin. En fin de séance, Madame D porte Gabin pour l'installer dans sa poussette. Le portage de Madame D est ajusté, il offre un arrière-fond et semble proposer des appuis suffisants pour l'installation de Gabin. Pourtant, son bassin est peu enroulé et il se tient assez droit, comme pour mieux observer ce qui l'entoure. Une fois Gabin installé, il est proposé un rendez-vous rapproché pour la semaine suivante, ce que Madame D accepte volontiers.

Hypothèses psychomotrices

Au travers de cette rencontre avec Gabin et sa famille, plusieurs hypothèses peuvent être émises quant à l'origine des difficultés de régulation tonique de Gabin, et d'un sur-investissement de l'espace relationnel.

Tout d'abord, durant la consultation un excès d'interactions est observé au sein de la triade, et pourrait s'expliquer par un besoin important de la mère à interagir avec Gabin. En effet, Gabin cherche de nombreuses fois sa maman par le regard, il lui tend les bras et l'appelle par

quelques cris. En retour, Madame D maintient une proxémie très intime avec lui, elle lui propose de nombreuses interactions tactiles, vocales et visuelles qui sollicitent fortement Gabin sur le plan sensoriel. Dans l'immaturité de son système d'intégration et de régulation des flux sensoriels, l'agitation de Gabin pourrait se comprendre comme une réponse à un excès de sollicitation. Cette hypothèse expliquerait les difficultés de régulation de la vigilance de Gabin, et mettre en sens son indisponibilité au sommeil. On pourrait aussi comprendre cette sur-stimulation par une difficulté de la mère à se séparer de son enfant, dans un contexte de dislocation du couple parental.

Egalement, dans l'hypothèse d'une séparation difficile avec Gabin il est à noter qu'il reste le seul témoin de cette union, puisque le père biologique n'a jamais repris contact avec la famille et n'a pas reconnu son enfant. Par ailleurs, le rôle de la grand-mère pourrait s'en rapprocher en vivant sous le même toit et en prenant le relais de sa fille. En tant que seconde figure parentale, ou d'attachement, cela pourrait expliquer le besoin de sa présence à la consultation, mais serait aussi à questionner dans l'accompagnement de potentielles difficultés de séparation de la dyade.

Ensuite, un dialogue-tonique haut a été observé au sein de la dyade. En effet, Gabin et Madame D ont chacun présenté un niveau tonique globalement assez élevé durant la séance, notamment lors des interactions comportementales. L'observation de portage a montré un bon ajustement au niveau des appuis de Gabin, mais sa qualité trop haute d'un point de vue tonique et tonico-émotionnel expliquerait les difficultés de Gabin, et de la maman en retour, à s'apaiser corporellement. On pourrait comprendre cet excès de tonicité en réponse à un contexte très anxiogène de la grossesse de Madame D et de la naissance de Gabin. En effet, bien que cette séparation brutale et inexpliquée questionne quant au fonctionnement du couple en amont, il est possible d'imaginer que ce traumatisme perturbe la capacité de décentration de la mère. Une souffrance encore trop prégnante pourrait entraver sa perception de la nécessité d'un dialogue-tonique abaissé avec Gabin, afin qu'il s'endorme.

Aussi, les recrutements toniques de Gabin pourraient s'expliquer par la présence d'une altération d'origine neurologique. Comme évoqué précédemment, l'existence d'un trouble somatique est un facteur de risque d'altération de la relation dyadique. Dans cette optique, il

serait important de surveiller l'aspect répétitif de ces crises, leur évolution et proposer éventuellement un bilan somatique en parallèle de l'accompagnement de Gabin et sa famille.

Egalement, une certaine hypervigilance a été observée dans le comportement de Gabin ainsi que celui de la mère. Effectivement, Gabin a présenté un grand besoin de percevoir tout ce qui se passait autour de lui, l'amenant dans des installations corporelles qui ne sollicitent par le regroupement de ses membres. Mais aussi, la mère semble avoir un besoin de contrôle sur l'environnement, en vérifiant les jouets avec lesquels Gabin joue, la solidité de la chaise, ou la nécessité d'un médecin à la consultation. On pourrait penser ici à une hypervigilance défensive de la maman, face à la peur de vivre un second traumatisme. Cela pourrait expliquer, avec le dialogue tonico-émotionnel et l'accordage affectif de la dyade, qu'une hypervigilance s'observe également chez Gabin. Pour les soignants, cette hypothèse expliquerait les doutes de la mère quant à la solidité du cadre thérapeutique, ainsi que l'agressivité perçue durant cette première rencontre.

Dans cette situation, la dimension l'espace-temps thérapeutique s'est dégagée. Ici, la souffrance d'une dyade, fragilisée par son histoire semble questionner la solidité du cadre thérapeutique et institutionnel. Alors, comment fonctionne ce cadre, et quels rôles joue-t-il dans le soin précoce ?

III.1.1 Le cadre institutionnel

L'indication de consultation à l'unité est proposée par un professionnel que la dyade-triade a déjà rencontrée dans son parcours, et auprès duquel leurs difficultés auraient été confiées ou observées. Les indications sont permises par une dynamique de réseau entre différents professionnels de santé et lieux de soins, comme le pédiatre, la puéricultrice, le psychologue de la PMI ou de la maternité et qui connaissent l'unité. Leurs lectures interactionnelles des difficultés de la famille permettent des indications rapides, et une proposition de soins plus spécifiques aux problématiques précoces. L'indication se fait également lorsque l'harmonie du développement du bébé questionne et inquiète, où qu'il est observé des difficultés importantes quant au fonctionnement familial.

L'indication reste une proposition d'aide que la famille décide ou non de suivre. Systématiquement, le premier rendez-vous doit être demandé par un des deux parents, il est invité à expliquer brièvement les raisons de sa demande, en appelant le secrétariat. Puis la date de venue sera communiquée ultérieurement, une fois que l'indication est évoquée en réunion de synthèse. Le premier contact permet d'impliquer le parent dans un début de soin. Il permet de dessiner les premières lignes d'un cadre institutionnel, et d'amorcer une première alliance thérapeutique avec eux.

L'accueil du bébé et de ses parents commence par la formulation d'un cadre en binôme, dans lequel psychomotricien, psychiatre, psychologue, et assistante sociale s'organisent. Le contexte de l'indication et les souffrances évoquées lors du premier contact sont réfléchis par l'équipe pluridisciplinaire, afin de proposer un espace de travail solide et contenant pour la famille.

Lors des premières rencontres, le projet thérapeutique est co-construit avec les parents. Il va autant dépendre de l'importance perçue de la souffrance au sein de la dyade, que de la disponibilité des parents. En effet, le parent peut être en difficulté sur un plan organisationnel, par le travail, la crèche, ou l'école, mais aussi sur le plan psychique, (notamment par les fragilités abordées p. 38 à 41), où par une précarité sociale trop importante. Le projet thérapeutique doit prendre en compte ces différents niveaux d'investissements, pour permettre une alliance pérenne.

La dimension de l'alliance thérapeutique est très fragile dans l'unité. Il a été évoqué comme une maternité épanouissante faisait partie des moeurs de la société, et il est donc souvent difficile pour le parent de formuler les soucis qu'il rencontre. La confiance auprès de l'institution, s'établit en partie par la contenance et la souplesse de ce dernier.

Les ajustements proposés correspondent à des niveaux différents d'investissement relationnel en fonction de la dyade. Ils se modélisent sur ceux dégagés par Stern (p.31), à savoir le rythme, l'intensité, et le mode des échanges. En effet, le rythme des soins peut s'organiser autour d'horaires variables d'une semaine à l'autre, ou peuvent être fixes. L'intensité des soins s'adapte à la disponibilité de la famille et de l'institution, par une fréquence plus ou moins espacée. Et enfin, la pluridisciplinarité des soins propose plusieurs

modalités de lecture et d'accompagnement de la dyade, qui permettent un cadre thérapeutique.

III.1.2 La co-consultation

Les modalités de soins à l'unité comportent une spécificité qui a pour volonté d'accueillir les processus propres à la dyade-triade. Explicité dans les deux premières parties, les enjeux divers de la dynamique familiale peuvent s'appuyer sur différents supports, avec la présence de deux soignants au sein d'une même consultation.

La co-consultation et son binôme de soignant, proposent une double lecture. L'approche multiple de la co-consultation apporte les connaissances du psychomotricien, du psychologue, du psychiatre et de l'assistante sociale. Plus que de la pluridisciplinarité le fonctionnement des soignants propose un travail transdisciplinaire, c'est-à-dire qu'il y a entrecroisement des disciplines et non pas seulement leur juxtaposition. « *Les propositions thérapeutiques devraient s'en trouver démultipliées : plutôt que de mettre en tension les modalités d'approche thérapeutique, elles deviennent toutes possibles, voire nécessaires, sans s'additionner, mais en travaillant en alternance et en convergence.* »⁵⁰ La transdisciplinarité permet de confronter les points de vues des professionnels, et de décentrer leurs croyances thérapeutiques. Ainsi, il est possible d'élargir l'observation et d'aborder autrement la réalité de la clinique. Par exemple, le psychomotricien orientera plutôt son regard vers le dialogue tonique de la dyade, ou sera plus sensible à son langage infra-verbal. Ainsi, il peut proposer un meilleur ajustement corporel du parent et du bébé, dans les portages.

Une double lecture

Également, au-delà des spécificités de chacun, la sensibilité des soignants tend à construire un édifice commun, pouvant contenir chacun des individus de la consultation. L'un sera disponible aux échanges et à l'observation des difficultés du bébé, tandis que l'autre sera attentif à ceux du parent. Cette double lecture, est celle qui permet d'observer un temps le développement psychomoteur du bébé, et de s'assurer de son harmonie, puis

⁵⁰ (Ouss , 2019, p. 168)

d'observer le langage infra-verbal du parent et les interactions comportementales qu'il propose. Il se crée alors une double dynamique entre les soignants, à même de s'inverser et de se croiser durant la séance. Cette attention orientée vers le parent et le bébé, permet de porter chaque individu de la dyade avec leur propre subjectivité. Parfois, ce regard multiple amène l'attention de tous à se rejoindre autour d'un des membres de la famille. En effet, lorsque l'attention des deux soignants se centre sur l'enfant, elle invite celle des parents à le faire. A l'inverse, lorsque les deux soignants sont attentifs au discours du parent, cela invite l'enfant à les rejoindre. Cet étayage de l'observation de chacun, amène des mouvements d'attention conjointe au sein de la dyade, et participe à réinstaller une certaine réciprocité des échanges. L'alternance relationnelle est permise par la nature du rôle tiers du soignant. En-dehors affectivement des espaces de conflits, il peut participer à élaborer les aspects fantasmatiques parentaux, avec la réalité psychomotrice et psychoaffective du bébé.

Mais aussi, le regard multiple qu'instaure la co-consultation se pose également sur les interactions en elles-mêmes. « *Le rôle de fil conducteur du thérapeute se double alors d'une fonction d'enveloppe en maintenant les tensions relationnelles. De même, l'espace des séances peut être conçu comme une métaphore de l'espace relationnel mère-bébé en création, en étant déjà " en soi " un espace qui les contient.* »⁵¹ Le fonctionnement de la dyade est alors porté par une enveloppe thérapeutique de la co-consultation. A la manière d'un *holding*, le cadre permet un espace où le corps du bébé et du parent s'expriment au travers de difficultés infra-verbales, tout en étant contenues, soutenues.

Les mouvements identificatoires

L'espace de soin accueil donc à la fois les difficultés de la dyade, au travers de celles du parent en lien avec celles du bébé. Comme énoncé dans le premier chapitre, les éprouvés du bébé s'inscrivent principalement au travers de son corps, de sa tonicité, et de sa sensorialité. Par leurs natures immatures, bruts, et archaïques les vécus corporels font appel aux propres vécus de l'adulte. « *Ce corps, attrayant et précaire, dépourvu de parole, renvoyant aux arcanes de l'espèce, suscite les pensées, engage les identifications, provoque les projections et convoque les affects de l'adulte et de l'enfant que l'adulte pense avoir été.* »⁵² Chacun des

⁵¹ (Gauberti, 1993, p. 110)

⁵² (Alvarez et Golses, 2008, p. 13)

individus présent dans l'espace relationnel du bébé est susceptible d'être confronté à cette reviviscence archaïque. Il est possible de faire un lien ici, avec l'observation difficile de Madame B qui portait Victor, laissant sa tête vaciller. Ou bien, lorsque l'observation des recrutements toniques de Gabin ont évoqués l'image d'une décharge électrique.

Ainsi, tout comme le parent, le soignant va être amené à s'identifier au vécu sensori-toniques du bébé. Par son ressenti corporel et émotionnel, le soignant va éprouver les difficultés de la dyade. La prise en compte de ces émotions sera alors pour le psychomotricien son premier outil de travail. « *À travers le prisme sensori-émotionnel, les émotions, sensations, réactions affectives, impressions corporelles, qui se synthétisent dans ce qu'on pourrait appeler l'intuition clinique* ». ⁵³

La perception d'un fonctionnement dyadique est finalement amenée à évoluer et à s'orienter en fonction de nos propres états. Lorsque notre expérience est trop proche de l'un des protagonistes de la relation, elle peut amener un déséquilibre de sa perception. « *Le thérapeute ne peut pas faire l'impasse d'une participation adéquate dans le dispositif thérapeutique. Il ne peut prétendre intervenir si la distance affective, émotionnelle, et relationnelle est trop éloignée ou trop rapprochée.* » ⁵⁴

Alors, ce sera au travers de l'élaboration en équipe que pourront s'entremêler les différents vécus corporels et affectifs. « *Quand ce sont les formes les plus primitives de la communication qui sont actives : sensations, vibrations, perceptions. Le thérapeute doit pouvoir s'appuyer sur ce qu'il vit et ce qui se passe en lui, pour approcher son patient, puis l'écouter.* » ⁵⁵ L'élaboration à plusieurs, permet une vision plus globale de la situation, ainsi qu'une compréhension du vécu propre au soignant. Elle replace les soignants dans un espace tiers, qui permet une communication mutuelle, et un meilleur ajustement aux familles.

⁵³ (Potel, 2015, p. 111)

⁵⁴ (Bénavidès, 2015, p. 10)

⁵⁵ (Potel, 2017, p. 226)

III.2 Une lecture du corps

« *Le corps n'est pas un entre-deux passif mais une interface active entre le sujet et son monde.* »⁵⁶ En effet, dans la mesure où le dialogue infra-verbal est le principal vecteur des vécus du bébé, il semble essentiel de présenter une lecture sémiologique de son organisation psychomotrice. Néanmoins, l'infra-verbal est aussi la modalité favorite du parent dans la communication avec son enfant, mais il utilise également le langage, et notamment pour décrire son enfant. Il semble alors nécessaire de porter une attention particulière au discours parental et aux difficultés qu'il souligne.

III.2.1 Les signes comportementaux d'une souffrance précoce

Les difficultés de la dyade peuvent s'entendre par l'évocation de comportements qui questionne le parent, ou qui le dérange chez son enfant, c'est ce qui formule généralement sa plainte lors de son premier contact avec l'unité. Dans les trois dyades rencontrées, les plaintes évoquées étaient un comportement trop vif à propos d'Adam, un manque d'attachement à propos de Victor, et une incapacité à dormir à propos de Gabin. Les mots utilisés par les parents révèlent les symptômes d'une difficultés mais pas sa nature. En effet, à l'aide des travaux du psychiatre Le Marchand-Cottenceau (2008), quelques exemples peuvent démontrés la grande variabilité des interprétations symptomatiques.

La description d'un bébé qui dormirait le jour mais pas la nuit, ou qui se nourrit difficilement peut s'entendre comme un dérèglement somatique de l'enfant. Il s'agirait d'une altération des rythmes de vie, comme le sommeil ou l'alimentation, et qui impact souvent le quotidien de la famille. Ils sont de ce fait une des premières raisons d'inquiétudes des parents. Il serait possible d'observer des répercussions physiologiques sur le bébé, comme des traits marqués par la fatigue, ou un amaigrissement.

Les descriptions d'un bébé qui ne dort jamais, ou au contraire qui dormirait trop, ou encore qui serait difficilement consolable lors de moment de séparation, peuvent correspondre à un dérèglement de la régulation des états de vigilance du bébé. Cela pourrait

⁵⁶ (Saint-Cast, 2013, p. 20)

s'observer au travers d'une certaine vigilance, ou au contraire un détachement sur le plan clinique.

Les descriptions comme un enfant qui dort beaucoup, ou qui réclame peu l'adulte, pourraient correspondre à des troubles relationnels. Ils s'observeraient par exemple au travers de comportement d'évitement, de passivité, ou de surinvestissement dans la relation à l'autre.

Et enfin, les descriptions comme un bébé qui est éveillé mais qui bouge peu, ou au contraire qui s'agite beaucoup, évoqueraient des troubles comportementaux en lien avec des difficultés toniques ou d'accordage. Ils pourraient se manifester principalement par un manque d'interaction du bébé, ou une désorganisation de ses réponses dans l'interaction.

Ainsi, il est effectivement important d'entendre les symptômes, mais, il semble toutefois important d'avoir une lecture sémiologique et psychomotrice de ces troubles. En effet, ils peuvent avoir une origine relationnelle, mais aussi organique, développementale, ou bien associée.

III.2.2 Les altérations de la fonction tonique

« *Lorsqu'il y a des dysfonctionnements dans les capacités de dialogue et de synchronisation tonico-émotionnelle, ils peuvent tenir aussi bien du milieu humain entourant le bébé que de l'enfant lui-même* »⁵⁷. En effet, au-delà des troubles relationnels, les troubles du tonus existent dans de nombreuses pathologies neurologiques. Leur analyse doit éclairer le fonctionnement psychomoteur de l'enfant, et les répercussions sur la dyade.

La sémiologie du tonus regroupe différents signes ; les syncinésies, les paratonies, l'hypotonie et l'hypertonie. Les syncinésies sont des activités musculaires « parasites » souvent transitoires, mais qui peuvent prendre une nature pathologique lorsqu'elles s'observent chez les enfants plus âgés (à partir de douze ans). La paratonie est un déficit du relâchement musculaire volontaire. « *Sans grande signification sur le plan pathologique, ne*

⁵⁷ (Bullinger, 2004, p. 39)

*perturbant que très rarement le sujet, elle constitue cependant un élément indicateur d'une mauvaise régulation tonique »*⁵⁸. L'hypertonie et l'hypotonie sont les principaux symptômes retrouvés dans les altérations de la fonction tonique, et ce sont ceux qui entravent le plus le bébé.

La sémiologie psychomotrice de l'hypotonie et de l'hypertonie

L'hypotonie se définit en opposition à l'hypertonie par « *une diminution pathologique du tonus avec pour signes cliniques une diminution de la résistance du muscle à son allongement passif.* »⁵⁹ Un tonus diminué rend la motricité passive, ralentie, avec une initiative difficile, laissant le bébé en proie au flux gravitaire et à l'immobilisme. L'hypotonie peut être retrouvée chez des bébés décrits comme calmes, ou au contraire qui n'ont que les pleurs pour manifester leur détresse.

A contrario, l'hypertonie se définit par « *une augmentation pathologique du tonus avec pour signes cliniques une augmentation de la résistance du muscle à son étirement.* »⁶⁰. Elle peut être observée par la rigidité des attitudes, une pauvreté de la motricité due à l'effort musculaire demandé, ou des gesticulations désordonnées. « *Cette posture peu mobile entraine des limitations importantes ; dès que l'adresse spatiale de l'objet (...) ne correspond plus aux adresses accessibles déterminées par la posture, l'objet sort du champ. Cette conduite entraine un verrouillage souvent difficile à dépasser.* »⁶¹

Les conséquences sur le développement psychomoteur du bébé

Ces désorganisations entraînent des clivages corporels dans l'organisation du bébé (annexe 1, p. IX). En effet, comme il a été cité précédemment une maîtrise altérée de l'espace oral pouvait entraîner un clivage de la capture et de l'exploration buccale. Le bébé a des difficultés pour mettre les objets à la bouche, et cela peut perturber ses premiers éprouvés du dedans-dehors. Egalement, un déficit de la maîtrise du buste provoquerait un

⁵⁸ (Albaret, 2001, p. 11)

⁵⁹ (Albaret et al., 2018, p. 143)

⁶⁰ (*Ibid.*, p. 148)

⁶¹ (Bullinger, 2004, p. 104)

clivage avant-arrière de son corps. Cela entraînerait une altération de la fluidité de ses mouvements d'extension et de flexion, ainsi que la réduction de l'exploration visuelle. Ensuite, l'altération de la maîtrise du torse entraînerait un clivage gauche-droite. Le bébé serait alors entravé dans l'investissement de son axe corporel, et ainsi dans l'acquisition d'un espace de préhension. Et enfin, un déficit de la maîtrise du corps provoquerait un clivage haut-bas du bébé. Il pourrait alors avoir des difficultés d'investissement de son bassin et de ses membres inférieurs. L'enfant peut entrer difficilement dans les déplacements. Chacun de ces altérations peut impacter la posture, la préhension, la locomotion, et maintenir l'enfant dans une relation difficile avec son environnement.

Ainsi, les difficultés toniques entraînent un défaut des processus de régulation tonique du bébé. En effet, que ce soit sur un versant hypertonique ou hypotonique, son défaut de régulation entrave l'harmonie des ajustements posturaux, la fluidité des mouvements et la communication du bébé. La difficulté de régulation du tonus, peut également être mixte, où le bébé passe d'un état hypertonique à hypotonique, ce qui produit une motricité en « tout ou rien » peu harmonieuse. Dans ces différentes situations, *« un tonus trop bas ne fournit pas les points d'appuis nécessaires à un bon fonctionnement, alors qu'une mobilisation tonique trop forte paralyse ou entraîne une perte de contrôle de la situation »*.⁶²

Les conséquences sur les interactions

Un bébé en difficulté de régulation tonique, peut alors parfois s'ajuster difficilement au corps-à-corps avec son parent, perturbant ainsi leur dialogue tonique et tonico-émotionnel. Incompris dans son comportement, le bébé pourrait générer chez ses parents de l'angoisse, de la résignation, ou de la violence envers lui. Dans le cadre d'une hypertonie du bébé *« l'adulte aura alors tendance à reposer cet enfant dans son lit, à penser qu'il n'est pas bien dans les bras. La culpabilité de ne pas être un bon parent survient très souvent. »*⁶³ Tandis que pour l'hypotonie du bébé *« dans un même mouvement de malaise, un bébé hypotonique, trop mou qui file dans les mains comme une poupée de son, qui n'accroche pas le regard, ne cherche pas la relation, amène le parent à être également très mal à l'aise. »*⁶⁴

⁶² (Bullinger, 2004, p. 80)

⁶³ (Albaret, 2018, p. 177)

⁶⁴ (*Ibid*)

A l'inverse, le tonus du bébé peut aussi être une réponse à la tonicité élevée du parent, qu'elle soit ici également émotionnelle ou neurologique. Lorsque le parent est en conflit son état tonique peut se transmettre à celui du bébé et par leur dialogue tonique la modulation et la régulation des affects du bébé peut alors être perturbés. Une relation déséquilibrée le maintiendrait dans un état tonique spécifique, qui est aussi source de souffrance.

III.2.3 Les altérations de l'organisation psychocorporelle

« L'analyse des conduites tonico-posturales du nourrisson non seulement s'appuie sur les aspects moteurs, mais doit aussi prendre en compte les dimensions sensorielles qui sont associées aux interactions qu'entretient l'organisme avec son milieu »⁶⁵.

Comme énoncé précédemment, l'organisation tonique du bébé est en partie dépendante des liens qu'il entretient avec son environnement. Lorsque la fonction tonique est perturbée elle peut également se lier à des désorganisations psychocorporelles et psychoaffectives du bébé. Elles s'expriment par un état d'agitation de la motricité ou, d'inhibition de la motricité de l'enfant. Ici aussi, il est important de concevoir la possibilité d'une origine neuro-développementale et/ou biologique de ces altérations.

D'après le neuropsychiatre et psychologue J.Berges (2004), l'agitation motrice se définit par un état d'instabilité. Il décrit deux types possibles d'instabilités. L'instabilité avec un comportement tensionnel qui s'observe par de troubles hypertoniques. Elle traduirait un état de tension interne permanent de l'individu, et une forte vigilance envers son environnement. Et l'instabilité avec un comportement de déhiscence, qui peut s'observer par des troubles hypotoniques. Elle traduirait un état de recherche de limites corporelles de la part de l'individu, dans la possibilité d'un défaut de la fonction pare-excitatrice.

Toujours selon J.Berges, l'inhibition motrice peut se comprendre selon deux approches. L'inhibition d'hypercontrôle et de rétention, elle s'observerait par une hypertonie de l'individu. Elle traduirait un besoin de contrôle sur le corps, garant de la sensation de son unité. Et l'inhibition de suspension de l'initiative motrice, elle s'observerait par un ralentissement dans le déclenchement de l'action. Elle pourrait s'expliquer par une fragilité

⁶⁵ (Bullinger, 2004, p. 81)

affective de l'individu, et par un manque de sentiment de sécurité interne, qui permet l'exploration.

La présence d'une instabilité ou d'une inhibition motrice altère l'harmonie du développement relationnel et psychomoteur de l'enfant. Ces distorsions psychocorporelles entravent ici aussi la régulation tonique, la motricité, ainsi que la communication du bébé et de la dyade.

III.3 Un accompagnement multiple

La sémiologie psychomotrice précoce et son analyse ne peuvent se faire sans prendre en compte le contexte de souffrance et le fonctionnement de la famille. Les séances de psychomotricité avec les parents et leur enfant prennent leurs origines dans un travail qui s'articule autour des besoins et des capacités du bébé, inclus dans l'échange relationnel, émotionnel et affectif propre à la dyade (Perrier-Genas, 2015). Le bébé a un développement qui évolue de jour en jour, et ses capacités font évoluer la relation au sien de la dyade mais aussi avec le psychomotricien. Ainsi, les propositions de soins psychomoteurs nécessitent diverses modalités que la dyade va pouvoir percevoir à un moment donné. Mais il faudra également les ajuster régulièrement en fonction des acquisitions du bébé, ce qui oblige la souplesse du projet psychomoteur.

III.3.1 Les soins psychomoteurs précoces

*« Le " geste thérapeutique ", né de l'observation et de l'écoute, interprète l'énigmatique du corps, lui donne un sens et sous l'impulsion d'une activité psychique conjointe, transforme l'expérience sensori-motrice en une vraie expérience maïeutique du sujet. »*⁶⁶ En effet, au commencement de l'accompagnement l'espace relation doit se construire entre le psychomotricien et la dyade. Il peut s'inscrire au début une dimension uniquement orale avec le parent et le bébé. Les mots pourront ensuite être accompagnés de gestes du psychomotricien, qui invite en retour celui du parent.

⁶⁶ (Potel, 2017, p. 229)

L'instauration d'une communication

Ici, à l'égard du bébé, l'utilisation d'un langage infra-verbal préalable permet d'instaurer un mode de communication qui ouvre à la relation et qui permet une première compréhension corporelle. « *Cette opération de transformation du sensoriel – ce qui se ressent, se reçoit par la peau, par les sens, par le tonus, par tous les canaux de la communication non verbale – en compréhension subjective est indispensable à une pratique psychothérapique à médiation corporelle.* »⁶⁷ Effectivement, le psychomotricien va adapter sa prosodie au bébé et à son âge de développement. Mais aussi tenter de percevoir la proxémie nécessaire au parent et à l'enfant, dans cet espace relationnel. Il va également investir le toucher, qui est la première forme de communication à se mettre en place dans l'ontogenèse, et le dialogue tonique entre lui et le bébé.

Les appuis posturaux

Les soins précoces regroupent également le travail autour des appuis posturaux du bébé et de la dyade. Dans l'immaturité neuro-motrice du bébé et de son déséquilibre tonique, son corps nécessite d'être rassemblé pour maintenir un équilibre postural. Le psychomotricien peut aider l'enfant à réinvestir les schèmes d'enroulements précoces en étayant un portage ou une position de giron, par exemple. L'ajustement postural sollicite le bassin du bébé, les échanges de regards, et l'ouverture à l'environnement ; « *la posture d'enroulement étant assurée, le regard est libéré de ses fonctions d'ancrage postural et le bébé peut s'engager dans une activité d'exploration visuelle de ses mains, de ses pieds et du visage de la personne proche* »⁶⁸. En ce sens, le soutien aux appuis posturaux de la dyade fait appel à la qualité de son dialogue tonique. Il permet un apaisement du bébé, et en retour du parent, qui observe son enfant en relation. « *Le dialogue tonique est le point d'ancrage corporel du discours, le premier espace des échanges marqués par le plaisir, la frustration, les désirs et les appels vers l'autre.* »⁶⁹ Permis par un ajustement corporel et tonique, le parent et l'enfant se sentent ainsi tous deux récepteur et émetteur dans l'échange.

⁶⁷ (Potel, 2017, p. 229)

⁶⁸ (Bullinger, 2004, p. 44)

⁶⁹ (Gauberti, 1993, p. 120)

Les mobilisations sensori-toniques

Dans cette dynamique tonique, le psychomotricien peut aussi aider l'abaissement du tonus du bébé de façon plus locale. Les mobilisations douces au niveau du bassin, ou la position d'une main dans son dos permettent au bébé de diminuer la tonicité de sa chaîne musculaire postérieure, de faciliter l'enroulement et la flexion de ses membres inférieurs. « *La flexion du bassin permet la découverte des membres inférieurs et les pieds peuvent être saisis par les mains et portés à la bouche* »⁷⁰. Aussi, les propositions d'enveloppements et de massages, permettent par leurs sensations de légères pressions, une continuité des gestes, une contenance des membres du bébé, amenant ainsi un apaisement global. A l'inverse, lorsque le tonus est sur un versant hypotonique, il est possible de solliciter sur le plan sensoriel l'enfant, pour stimuler l'investissement de sa motricité et l'emmener une meilleure régulation tonique.

Le soutien au développement moteur

Lorsque le bébé commence à accéder à un moyen de retournement et de déplacement, un soutien à une motricité qui serait en décalage par rapport aux attentes de l'échelle du Brunet-Lézine, peut être proposé. L'accompagnement du mouvement du corps du bébé peut faciliter le chemin et installer une première sensation positive d'organisation motrice qu'il pourra souhaiter revivre par lui-même. Si la difficulté est moindre, la sollicitation peut être simplement l'utilisation de modules de motricité, ou de jouets disposés dans la salle qui inciteraient l'enfant à se mobiliser dans un élan moteur spontané. L'usage de jeux de construction ou d'encastrement peut aider les coordinations complexes des plus grands, ou bien le déliement des doigts et l'affinement de la pince.

Le jeu et les capacités attentionnelles

Aussi, l'utilisation du jeu peut se faire dans une dimension uniquement sensorielle et sans objet. Le jeu des « coucou-cacher », de la « petite bête » ou des comptines permettent de réinvestir les macro et micro rythmes de la relation. Les jeux d'imitation et de symbolique vont participer à l'instauration d'une attention conjointe et d'une qualité relationnelle. Ils

⁷⁰ (Gauberti, 1993, p. 120)

permettent aussi de percevoir le développement de l'enfant dans une dimension cognitive, tout en étant dans le plaisir du jeu. « *Jouer avec le bébé dans un espace thérapeutique a alors deux fonctions : d'une part, donner à l'enfant un autre espace interactif, sécurisant, d'autre part, aider le parent à porter un regard bienveillant envers son bébé, ce qui favorisera leur rencontre.* »⁷¹

La guidance parentale

En plus des soins psychomoteurs, il est parfois nécessaire d'aider les parents à étayer leur regard sur le bébé. Cela se réalise au travers d'une guidance parentale qui utilise la discussion et l'accompagnement comportemental du parent. En invitant par exemple le parent à se joindre au tapis avec le psychomotricien pour interagir avec l'enfant, il sollicite un étayage de l'observation et tente d'inciter l'imitation des comportements à ceux de l'enfant. « *Restaurer le pouvoir de jouer chez les parents leur permet de retrouver confiance dans la capacité d'élever l'enfant, d'inventer les rêves nécessaires à son support narcissique* »⁷². »

Egalement, par l'étayage de l'observation, le psychomotricien invite l'étayage de perceptions des vécus de l'enfant, et de leur transformation. En effet, le psychomotricien peut proposer une lecture des vécus bruts du bébé en instaurant une fonction alpha durant les séances. L'évocation de ces éléments immatures « bêta » peuvent aider le parent à les décoder et à les retransmettre en éléments élaborés « alpha » au bébé.

La guidance parentale utilise également la discussion avec le parent autour des comportements de l'enfant. Elle tente de replacer les difficultés de l'enfant et de la dyade dans un contexte plus global. Par ces propositions, la guidance parentale participe à la compréhension du rôle actif des parents dans le fonctionnement et les soins de l'enfant. Il soutient l'alliance thérapeutique, et permet une co-construction du projet de soin. « *L'interaction thérapeutique permet non pas la découverte d'un sens caché, mais sa co-construction* »⁷³.

⁷¹ (Marcelli et Raffeneau, 2012, p. 23)

⁷² (Anzieu-Premmereur, 2004)

⁷³ (Bénavidès, 2008, cité par Albert et al., 2015, p.10)

III.3.2 Une construction de projet psychomoteur

L'évolution des acquisitions du bébé varie de semaine en semaine durant ses premiers mois. Il paraît donc nécessaire que le projet thérapeutique suive la temporalité de son développement et se modifie régulièrement. Dans le cadre du travail psychomoteur auprès des dyades, il a été dit comme le contexte interactionnel était également un facteur inhérent à la proposition de soin. Il semble donc nécessaire que le projet thérapeutique se construise également avec la compréhension du fonctionnement relationnel de la dyade. Ainsi, dans la clinique précoce parents-bébé, ce projet thérapeutique nécessite une temporalité particulière, qui s'articule entre l'évolution du bébé et l'appréhension d'un fonctionnement interactionnel. Dans le cadre des trois dyades rencontrés, il a été possible de définir un premier projet psychomoteur, au travers d'une deuxième rencontre.

III.3.2.A Deuxième rencontre avec Adam et sa maman

Rappel de l'indication : Adam 7 mois et demi et sa maman sont reçus pour des difficultés d'attachement. Madame S trouve Adam trop vif et il la dérange. La fin de grossesse s'est passée dans un contexte de séparation du couple. Adam et sa maman vivent actuellement dans un appartement prêté par un membre de la famille.

Suite à notre première rencontre à l'unité, il a été difficile pour la maman de revenir. Les observations psychomotrices d'Adam au cours de cette première séance mettaient en lumière un développement moteur, postural, et de préhension en avance par rapport aux attentes de son âge. En revanche, l'observation du langage pauvre d'Adam, ainsi que de sa proxémie relationnelle questionnait. La dyade avait également montré des interactions difficiles par un défaut d'ajustement corporels et de réciprocité des échanges.

Temps des retrouvailles

La dernière venue de la dyade à l'unité remonte à plus de 3 mois. Aujourd'hui Adam est donc âgé de 11 mois et en le rejoignant avec sa maman, j'ai à l'esprit sa précocité motrice de la dernière fois. Je l'imagine marcher et courir maintenant de partout. Cette idée se confirme,

dans la salle d'attente où il n'y a plus de poussette et Adam marche aisément. Je mets du temps à reconnaître sa maman qui est moins apprêtée que lors de notre première rencontre. Elle semble fatiguée, et reste inexpressive lors de nos retrouvailles. J'observe Adam qui montre également peu de réaction quant au fait de nous retrouver et de retrouver cet espace de jeu.

Observation psychomotrice d'Adam

Les nouvelles acquisitions d'Adam me semblent harmonieuses, mais se maintiennent dans une certaine précocité sur le plan moteur. Les acquisitions motrices attendues sont les premières stations debout de l'enfant en prenant appui aux meubles. Adam monte déjà seul sur les canapés, il s'assoit et se lève, traverse l'espace en marchant, tout ça sans aide. Madame S nous indique qu'Adam marche depuis déjà deux mois. Comme lorsqu'il avait 7mois et demi, Adam présente toujours une grande avidité pour l'exploration de l'espace et des objets qui s'y trouve. Il emboîte désormais des cubes avec une pince fine, et apprécie déplacer des gros objets comme les chaises et les poubelles durant la consultation. Adam émet des sons principalement lorsqu'on le sollicite. Il peut reproduire en imitation la musicalité d'une sonorité, mais il investit globalement peu l'oral. Etant donné l'attente de premiers mots symboles et de premiers échanges verbaux de l'enfant, les productions vocales d'Adam se maintiennent en décalage avec celles présumées pour son âge. Aussi, la relation avec lui peut s'instaurer autour d'une attention conjointe, avec une relance qui traduit son plaisir. Avec un jeu de « coucou-caché » son attention se maintient quelques minutes puis il coupe la relation pour retourner à d'autres activités plus solitaires.

Observation psychomotrice des interactions

Durant la consultation, Madame S semble en difficulté pour être attentive aux agissements d'Adam, et ne sollicite à aucun moment l'interaction avec lui. La dyade se retrouve à quelques reprises à l'initiative d'Adam qui monte sur le canapé pour rejoindre sa maman. Le voyant arriver à sa hauteur Madame S éloigne son sac, et son manteau pour qu'il ne les atteigne pas. Une fois Adam arrivé en haut du canapé, la posture de sa maman se modifie peu, les interactions vocales sont absentes de la part de l'un et de l'autre, mais ils parviennent malgré tout à trouver un instant où Adam semble se poser. Ce moment est bref,

et Adam repart à chaque fois un peu plus agité que lorsqu'il est venu. Arrivé en fin de séance, il est proposé à la dyade un rendez-vous le mois prochain, que la mère accepte.

Proposition de projet psychomoteur

Avec la rencontre d'Adam et de sa maman, un premier projet psychomoteur pourrait être envisagé selon plusieurs axes ; permettre l'apaisement psychocorporel d'Adam, soutenir son investissement oral et relationnel, mais aussi étayer les interactions au sein de la dyade.

Tout d'abord, au vu de la fragilité de l'alliance thérapeutique avec Madame S, il serait important de définir un cadre qui lui convienne. En instaurant un dialogue autour des fréquences et de l'intensité des rendez-vous, l'adhérence de la mère pourrait se voir facilitée.

Ensuite, lors de l'observation psychomotrice, Adam a montré un sur-investissement de l'exploration spatiale dans une certaine agitation. En travaillant autour de sollicitations douces, comme des massages, ou des enveloppements, un sentiment d'unité corporelle et de sécurité interne pourrait alors apaiser Adam. Cela pourrait soutenir son enveloppe psychocorporelle, et ainsi l'aider à réguler son agitation. Il a aussi été observé des difficultés attentionnelles d'Adam dans la relation. En effet, il peut investir l'autre au travers du jeu mais dans un temps court. Il retourne ensuite rapidement à des occupations solitaires. Des propositions autour de jeu symbolique et d'attention conjointe inciteraient Adam à investir l'autre et le partage d'expérience, dans un cadre relationnel sécurisé. Cela soutiendrait le processus intersubjectif d'Adam, ainsi que son engagement dans le langage. Effectivement, en partageant avec l'autre des états affectifs par le jeu et le langage, Adam pourrait développer son envie de communiquer oralement.

Egalement, la proposition d'ajouter des comptines ou des chants dans les moments d'apaisement, permettait des interactions plurimodales au sein de la dyade. Il a été observé que les moments relationnels entre Adam et sa maman étaient rares, et qu'il était difficile pour l'un et l'autre d'investir une communication infra-verbale et verbale. En accompagnant la dyade avec des comptines, un bain sonore apaisant et contenant serait possible pour

Adam. Lors du premier rendez-vous, la maman avait spontanément déjà mis de la musique à Adam, elle pourrait peut-être alors participer plus facilement à l'interaction.

Il serait intéressant de soutenir l'investissement de l'espace oral aussi par la verbalisation des vécus d'Adam. En soutenant la transformation de ses affects et en invitant la mère à percevoir le vécu d'Adam. Cet accompagnement verbal, pourrait solliciter la rêverie maternelle de Madame S. Aussi, cela aiderait la mère à percevoir la précocité du développement moteur d'Adam dans un contexte plus global. En orientant la discussion autour des compétences d'Adam, mais aussi autour de celles de la mère, la fonction parentale de Madame S pourrait se restaurer, et autoriser alors une autre représentation relationnelle. Cela soutiendrait en retour, un lien d'attachement plus sécurisant d'Adam envers sa mère et envers son milieu.

III.3.2.B Deuxième rencontre avec Victor et sa maman

Rappel de l'indication : Victor 3 mois et sa maman sont reçus pour des difficultés d'attachement à la suite d'un accouchement difficile. Le poids de Victor a été estimé comme trop important et une césarienne d'urgence a été réalisée. A la suite de la naissance, Victor a été hospitalisé en néonatalogie pour un ictère important qui l'a séparé de ses parents durant 11 jours.

Temps des retrouvailles

Nous retrouvons Victor et sa maman une semaine après la première séance. Sur le chemin de la salle d'attente, nous entendons les pleurs de Victor. Madame B, qui tient le biberon dans une main et Victor dans l'autre, les larmes aux yeux quand elle nous explique sa journée difficile avec lui. Nous invitons la dyade à entrer dans la salle de consultation pour se retrouver. Quand Madame B s'installe elle porte Victor sous un seul bras sans prêter attention à sa posture qui semble inconfortable. Assise au bord de la banquette et sans appui dos, Madame B stabilise sa position par une jambe tendue et une jambe pliée sur laquelle Victor est maintenu. Leur installation semble précaire, et peu adaptée à l'âge de Victor. Cette position avec peu d'appui invite Victor à recruter fortement son tonus pour

soutenir sa tête et son axe seul. Le corps de Madame B est assez droit et n'offre pas de giron qui pourrait inciter un regroupement plus ample et une meilleure contenance du corps de Victor. Je propose à Madame B d'installer Victor au tapis si elle le souhaite, pour être plus confortable, mais elle refuse. Nous proposons alors d'ajouter un coussin d'allaitement et Madame B explique préférer rester ainsi.

Observation psychomotrice de Victor

Le corps de Victor est placé dans une attitude assez droite, il est maintenu allongé sur la jambe pliée de sa maman. Sa motricité devrait être principalement composée d'une alternance entre la flexion et l'extension de ses membres. Les mouvements d'ensemble attendus pour son âge devraient aussi commencer à être plus souples. Dans cette position ses jambes paraissent figées, et ses bras bougent peu. Parfois son regard s'oriente dans notre direction mais il se perd dans le vide et nous traverse. Quand son regard interagit avec le mien j'exagère les traits de mon visage pour lui sourire, et Victor me sourit en retour ce qui montre une certaine capacité relationnelle. En continuant d'interagir avec lui, je lui parle avec une prosodie douce et j'essaie de le solliciter au niveau tactile avec un jouet au niveau de ses mains. Je fais caresser doucement la girafe sur sa peau pour observer sa sensibilité et s'il présente une préhension au contact, ce qui serait conforme pour son âge. Victor réagit à mon geste en ouvrant les yeux et la bouche, comme s'il était étonné. Sa préhension est timide, il semble trop stimulé par ce contact. Je propose un autre jouet que je lui présente seulement visuellement au vu de sa première réaction. Victor regarde intensément la petite peluche et semble intéressé par cette découverte. Sa maman lui met l'objet dans la main, et insiste jusqu'à ce qu'il referme sa main dessus quelques instants, puis le relâche. Madame B me demande alors quand il pourra attraper des objets, car il ne le fait jamais. Je lui explique que c'est variable en fonction des bébés, que Victor commence déjà un peu à le faire et qu'il n'y a pas d'inquiétudes à avoir. Mme ne répond pas en retour et j'ai du mal à savoir si mes mots l'ont rassuré.

Observation psychomotrice des interactions

Victor commence à se mettre à pleurer sans raison apparente, ses pleurs sont irréguliers et se mélangent avec des cris. Pour l'apaiser il est proposé à Madame B de faire comme si elle

était à la maison, alors elle se lève, et secoue un peu ses bras. Victor est une nouvelle fois tenu dans une position horizontale qui offre peu de contact avec le buste de sa maman et peu de possibilités d'interactions visuelles. Il a le corps allongé face au plafond, il bouge peu et ses membres sont raides. Rapidement, Madame B semble dépassée par les pleurs de Victor, elle souffle et montre des signes d'impatience. Je lui propose de mettre Victor dans une autre position, contre elle au niveau de son épaule, mais elle ne se saisit pas de l'idée. Elle suppose qu'il a peut-être chaud et décide d'ouvrir la fenêtre, alors elle place Victor sur sa hanche pour libérer une de ses mains. Dans cette position, les pleurs de Victor cessent soudainement, il nous regarde fixement puis observe la salle. Il semble comme de nouveau en interaction avec son environnement. Madame B nous explique qu'il doit être fatigué et qu'il a probablement envie de partir. Madame B souhaite l'emmener se reposer, nous écourtons donc la séance et accompagnons la dyade jusqu'à l'entrée. Victor est maintenant calme et une fois installé dans sa poussette Madame B nous partage durant un long moment ses inquiétudes. Puis Victor émet quelques cris, sa maman explique une nouvelle fois qu'il a envie de partir et décide alors de s'en aller.

Proposition de projet psychomoteur

Au travers des difficultés observées de cette dyade une proposition de projet thérapeutique pourrait se faire autour de différents axes ; soutenir le dialogue tonique et l'ajustement des postures au sein de la dyade, ainsi que les coordinations avant-arrière de Victor.

Toutefois, la difficulté de Madame B à installer Victor au tapis, ou le confier lorsqu'elle met son manteau, laisse penser qu'un accompagnement d'une nature extérieure à leur espace relationnel serait plus opportun pour le moment. En investissant plutôt l'espace oral et en accompagnant la mère dans ses gestes, cela pourrait soutenir la fonction parentale de Madame qui semble fragilisée.

Tout d'abord, dans l'optique d'aider la dyade à s'accorder sur le plan tonique, il serait intéressant de proposer à Madame B des installations confortables dont elle pourrait se saisir. Indirectement, les sensations de détente perçues pourraient porter son attention sur celle de Victor et réinvestir un dialogue-tonique harmonieux au sein de la dyade. Le travail

autour du giron de la maman pourrait participer à cela. En invitant à ce qu'il offre un espace plus propice au rassemblement des membres de Victor vers son axe. Il pourrait alors sentir une contenance corporelle et une sensation de sécurité interne.

En offrant un arrière-fond à Victor, Madame B soutiendrait ses appuis posturaux. En effet, l'observation psychomotrice de Victor a démontrée des coordinations avant-arrière difficiles de son corps, ce qui réduit la fluidité de ses mouvements en flexion et en extension. Un arrière-fond apporté par la mère soutiendrait son axe corporel encore immature, et inciterait une motricité plus souple, mais aussi son ouverture sur l'environnement. En effet, libéré d'un engagement tonique encore trop difficile pour son développement neuro-moteur, Victor pourrait avoir accès à une verticalité et une meilleure exploration visuelle. Dans cette dynamique, il serait alors possible d'imaginer des interactions plus fluides de Victor envers sa maman, comme des regards, des babillages, ou des sourires. En retour, Madame B pourrait elle aussi être plus facilement amenée à communiquer avec lui, en remarquant l'intention de Victor à le faire. Le réinvestissement d'un espace relationnel, soutiendrait l'accordage affectif de la dyade et l'émergence du monde interpersonnel de Victor.

Enfin, pour soulager la difficulté de la mère à se décentrer du vécu traumatique de la naissance, il pourrait lui être proposé un espace de soin personnel. En parallèle de l'accompagnement de la dyade, Madame pourrait bénéficier d'un espace qui lui est propre où ses angoisses et ses idées noires pourraient être élaborées

III.3.2.C Deuxième rencontre avec Gabin et sa famille

Rappel de l'indication : Gabin 6 mois, sa maman et sa grand-mère maternelle viennent pour des difficultés de sommeil chez Gabin. Dans un contexte de séparation conjugale au 8ème mois de grossesse, Madame D évoque une grossesse et un accouchement par césarienne compliqué. Le père biologique n'a pas reconnu Gabin. Gabin et sa maman habitent depuis chez les grands-parents maternels.

Temps des retrouvailles

Nous revoyons Gabin, avec sa mère et sa grand-mère pour la deuxième fois en consultation. Nous semblons nous retrouver avec plus de facilité que la dernière fois. Les deux femmes semblent de bonne humeur, et Gabin me paraît un peu moins fatigué que la semaine passée. Une fois entrés dans la salle, nous nous installons tous spontanément au sol autour de Gabin, qui nous regarde activement. Sa maman installe de nouveau son plaid sur le tapis, puis elle sort d'un grand sac de nombreux jouets qu'elle dispose tout autour de lui. Gabin regarde avidement les jouets et attrape brusquement celui qui est le plus près de lui, et le met immédiatement à la bouche. J'observe son tonus s'élever brutalement, en même temps qu'il s'active, et me rappelle son état tonique de la dernière fois.

Après avoir demandé l'autorisation à sa maman, j'oriente doucement le corps de Gabin face à moi pour que nous puissions commencer à interagir. Je lui parle d'une voix calme avant de le toucher pour instaurer une première communication entre nous, et qu'il puisse anticiper la sensation de mes mains sur son corps. A ce moment-là, sa grand-mère se déplace pour être de nouveau dans le champ de vision de Gabin. Sa maman qui est assise au sol juste à côté de nous, exprime spontanément des nuits encore très difficiles à la maison. Madame D et la grand-mère imagent alors les difficultés rencontrées par de nombreuses descriptions qui densifient l'espace oral. Leurs discours se croisent et rebondissent l'un sur l'autre, montrant un vécu apparemment semblable entre les deux femmes.

Observation psychomotrice de Gabin

Durant ces échanges je perçois Gabin allongé sur le dos qui s'agite de façon similaire aux échanges. Il semble toujours difficile pour lui d'investir l'enroulement de son bassin et les retournements. Il présente de nouveau une motricité saccadée et une préhension brutale qui manque de régulation. Doucement, j'essaie alors de placer mes mains sur son ventre pour tenter de l'apaiser. Je maintiens ma main ainsi quelques instants puis il tente de s'en dégager en essayant de pousser sur ses talons, ce qui est difficile pour lui. Je porte cette fois-ci mes mains sous son corps en soulevant légèrement le bassin pour lui offrir un enroulement, et une enveloppe postérieure dans l'idée de produire un sentiment de contenance. En

continuant de lui parler calmement, j'essaie d'instaurer également une enveloppe sonore, mais qui est perturbée par les échanges entre les adultes. Gabin réagit à ma proposition en s'apaisant encore quelques instants, je sens le poids de son corps s'alourdir puis il bouge de nouveau les jambes. Je relâche alors mes mains et tente de regrouper ses membres proches de son axe. Gabin se laisse faire, il regroupe ses bras et ses jambes en flexion, il arrive à rester un peu comme ça, puis ses jambes s'échappent malgré la pression de ma main. Je réitère ma proposition d'enveloppe postérieure, avec cette fois-ci un léger balancement que mes mains font avec son bassin. Gabin semble réceptif à ces stimulations vestibulaires et kinesthésiques, il me regarde et rassemble ses mains à la bouche. J'alterne entre ces différentes propositions durant un long moment, où Gabin semble parfois pouvoir s'en saisir à certains moments et parfois non.

Observation psychomotrice des interactions

Mes échanges avec Gabin prennent fin quand il se met à pleurer et que sa maman le prend dans les bras. Elle se met debout pour le bercer, ce qui l'apaise rapidement. Nous évoquons le fait que dans les bras de sa maman Gabin semble serein. Madame D évoque alors qu'il ne dort que sur elle, et qu'en retour elle dort très difficilement. Cela lui fait mal au dos mais elle n'a pas d'autres solutions, elle n'arrive pas à le laisser pleurer. La grand-mère nous explique qu'elle prend le relais de sa fille dès le matin. Elle nous montre alors les jeux de « coucou-cacher » qu'elle lui propose chaque matin devant le miroir. L'échange observé est très excitant entre Gabin et sa grand-mère, ils montrent tous les deux un grand plaisir à être en relation. Gabin se met à rire ce qui ravit sa mère. Elle continue le jeu en lui soufflant un peu sur le visage. Stimulé à la fois au niveau tactile, vestibulaire, et verbal, Gabin rigole alors de plus belle. L'interaction semble trop excitante provoque l'état d'agitation de l'enfant, mais Madame D explique qu'elle se sent rassurée dans ces moments-là car elle sait que Gabin est heureux. La consultation arrive à sa fin sur cet interaction trop excitante mais représentative d'une certaine qualité relationnelle. Un prochain rendez-vous est proposé pour la semaine suivante, ce que Madame D accepte, mais elle questionne de nouveau la présence d'un pédopsychiatre qui pourrait solutionner les difficultés de Gabin.

Proposition de projet psychomoteur

A la suite des deux rencontres avec Gabin et sa famille, un premier projet psychomoteur pourrait s'envisager autour de différents axes ; soutenir la régulation tonique de Gabin, ainsi que ses coordinations haut-bas, mais aussi solliciter un dialogue tonique et des interactions plus apaisées au sein de la dyade.

Etant donné l'état d'hypertonie de Gabin, les propositions de mobilisations sensori-toniques douces pourraient continuer à être envisagées avec lui. Par l'enveloppement corporel et sonore, Gabin pourrait s'apaiser par un sentiment de contenance psychocorporel. Des enveloppements et des pressions localisées seraient également intéressants pour lui procurer un relâchement tonique de ses membres. Il serait alors important d'inviter la mère à réduire les stimulations sensorielles excitantes, pour investir ces sollicitations corporelles plus douces avec Gabin. Tout d'abord, cela permettrait à Gabin d'être moins sollicité sur le plan attentionnel, mais également, en étayant les interactions douces, le dialogue tonique entre la mère et l'enfant serait abaissé et apaisant.

L'observation psychomotrice de Gabin a également démontré des difficultés de coordinations entre le haut et le bas de son corps, qu'il est possible de lier à sa difficulté de régulation tonique. En effet, l'investissement du bassin dans l'enroulement, et les retournements en décubitus dorsal et en décubitus ventral sont encore fragiles et montrent un clivage haut-bas. En parallèle des mobilisations sensori-toniques, le soutien des schèmes précoces d'enroulement de Gabin solliciterait une organisation motrice plus équilibrée. Cela permettrait à Gabin de saisir ses pieds, et de découvrir son corps dans une certaine unité.

Aussi, un accompagnement personnel de Madame D serait intéressant dans l'idée de réinvestir une capacité de décentration de son vécu, suite à la séparation de son couple. Ce travail parallèle pourrait permettre dans un second temps d'aborder la question de la séparation avec Gabin. En effet, en abaissant le rythme et l'investissement relationnel au sein de la dyade, la communication pourrait envisager de se restaurer. Également, la séparation soutiendrait le processus d'individuation de Gabin. Effectivement, l'observation psychomotrice de Gabin n'a pour le moment pas montré l'investissement de l'autre,

différent de sa figure d'attachement. Il serait alors important d'aider la dyade à la séparation par l'investissement du tiers dans leur fonctionnement. En soutenant la discussion autour des vécus de Gabin et en consolidant le cadre thérapeutique, cela pourrait instaurer une contenance institutionnelle pour la dyade, réduire la vigilance de Madame D et investir de nouveaux espaces relationnels entre la mère et l'enfant.

Conclusion

Il a été tenté par ce travail de comprendre la temporalité du développement des individus de la dyade, ainsi que celle de son fonctionnement relationnel, et de celle du soin. Les différents éléments abordés offrent une réponse subjective à la problématique d'origine ; quelles temporalités dans le soin psychomoteur en unité thérapeutique parents-bébé ? Existe-t-il un temps du *kairos*, un temps opportun dans le soin relationnel précoce ?

D'abord, par la mise en lumière des différents processus de la grossesse et de la parentalité, ainsi que de l'aspect multifactoriel du développement du bébé, s'est dégagé l'idée que leur construction était permise par un lien environnemental, biologique, et affectif. Bien que dépendants dans certains aspects, le parent et le bébé se construisent finalement ensemble, au travers d'interactions précoces qui leur permettent de se rencontrer, de se lier, et de s'attacher.

Dans un second temps, l'adulte et le bébé s'expriment dans une communication plurimodale, qui tend à s'ajuster envers celle de l'autre. Lorsque cela fonctionne, il a été évoqué qu'elle permet l'instauration d'une relation intersubjective, où chacun des protagonistes écoute, comprend, et modifie le vécu de l'autre. Mais parfois, lorsque l'investissement relationnel se déséquilibre, la communication se brouille. L'origine de ces comportements peut provenir de certaines vulnérabilités qui fragilisent la rencontre.

Enfin, la mise en lien de ces différents éléments de compréhension, lorsqu'un accompagnement des difficultés était nécessaire, a permis de comprendre la temporalité clinique. Il a d'abord été mis en avant la dimension contenante du cadre institutionnel et thérapeutique par son ajustement et sa transdisciplinarité. Puis, l'approche sémiologique et psychomotrice des altérations de la fonction tonique, et de l'organisation psychocorporelle, à permis une compréhension psychomotrice des symptômes précoces, ainsi que de leurs impacts relationnels.

Dans un dernier temps, il a été mis en lien les diverses modalités du soin psychomoteur précoce, avec les observations durant les rencontres des trois dyades évoquées. A la lumière des réflexions et des hypothèses émises tout au long de ce travail, un premier projet psychomoteur a été pensé, concluant ainsi ce travail.

Finalement, le parent et le bébé ne peuvent se développer seuls. Au-delà de se construire parallèlement, ils se construisent l'un grâce à l'autre. Ils créent une relation unique qui s'inscrit dans une temporalité qui leur est propre, celle de la dyade. La dyade à son propre tempo, sa propre cadence qui définit son fonctionnement. Cet accordage relationnel c'est celui qui leur permet de communiquer, c'est celui qui fait le lien entre l'adulte et le tout petit, celui qui les réunit et qui parfois les éloigne.

Ici, le *kairos* du soin, est finalement celui de la relation. Il se compose inévitablement du temps quantitatif et qualitatif que toute relation nécessite. Lorsqu'il existe des difficultés, notamment de dialogue tonique ou d'accordage, il est utile de proposer un accompagnement psychomoteur le plus précocement possible. Mais, il doit correspondre à la réalité relationnelle de la dyade. Il faut aussi que l'accompagnement s'accorde, s'ajuste à l'autre. Dans la résolution des difficultés précoces, le soin psychomoteur ne peut précéder la dyade ni la dépasser, et inversement. Dans la relation, il est principalement question d'ajustement mutuel. C'est aussi au travers du soin psychomoteur, et de ses différentes dimensions, que la dyade peut s'étayer dans une relation maintenue, contenue, et soutenue. Elle aussi doit être sensible à la relation avec le soignant, et se laisser porter par la rencontre.

Toutefois, il existe des limites à ces éléments de réponse. Parfois, pour des raisons multiples, le parent et l'enfant sont dans un tel empêchement qu'il est nécessaire de les éloigner. En effet, il arrive que la sécurité de la dyade soit prioritaire sur l'accompagnement thérapeutique. Une réflexion quant à la prise de ces décisions serait une continuité intéressante à ce travail. En questionnant l'impact sur la dyade, mais aussi sur l'équipe, cela pourrait étayer la question d'une autre temporalité, celle de la séparation.

Au travers de ce travail, j'ai moi-même cheminé dans la compréhension de mes choix professionnels et personnels. Avec mon vécu de danseuse, je considère que le corps, au-delà de sa capacité à transmettre l'émotion dans l'art, est indéniablement l'émotion elle-même, entière, pure, autant que l'est l'émotion corporelle du bébé. Il n'est pas question de compétences, mais de ressentis. Et c'est probablement avec cette partielle conscience acquise aujourd'hui, que s'explique ma volonté de travailler auprès des bébés et de leurs parents. Ce terrain clinique est au coeur d'une communication infra-verbale puissante, où le verbal englobe et soutient et pourtant la parole reste celle du corps. Ici aussi, l'émotion prime.

- Ajuriaguerra, de J. (1962). *Le corps comme relation*. 21.
- Ajuriaguerra, de J. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. MASSON.
- Albaret, J.-M. (2001). *Troubles psychomoteurs chez l'enfant*. Elsevier Masson.
- Albaret, J.-M., Giromini, F., & Scialom, P. (2015a). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Clinique et thérapeutiques* (Vol. 3). De Boeck Supérieur.
- Albaret, J.-M., Giromini, F., & Scialom, P. (2015b). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Concepts fondamentaux* (Vol. 1). De Boeck Supérieur.
- Albaret, J.-M., Giromini, F., & Scialom, P. (2015c). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Méthodes et techniques* (Vol. 2). De Boeck Supérieur.
- Albaret, J.-M., Giromini, F., & Scialom, P. (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Sémiologie et nosographies psychomotrices* (Vol. 4). De Boeck Supérieur.
- Alvarez, L., & Golse, B. (2008). *La psychiatrie du bébé*. PUF.
- Amar, M., N.Garret-Gloanec, & M.Le Marchand-Cottenceau. (2009). Réflexion autour du corps du bébé comme indicateur de souffrance psychique précoce. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. DUNOD.
- Ballouard, C. (2011). *L'aide-mémoire de psychomotricité*. DUNOD.
- Borst, G., & Houdé, O. (2018). *Le cerveau et les apprentissages*. NATHAN.
- Bowlby, J. (1996). *Attachement et perte, Le lien de l'enfant à sa mère : Le comportement d'attachement* (Vol. 1). PUF.
- Bruwier, G. (2013). *A la rencontre des bébés en souffrance*. Fabert.

Bullinger, A. (2005). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*.

ERES.

Bydlowski, M. (2008). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*.

PUF.

Carlson, E., Martins, E., Sampaio, D., Soares, I., & Tereno, S. (2007). La théorie de l'attachement : Son importance dans le contexte pédiatrique. *Devenir*, 19, 151

à 188.

Delion, P. (2010). *La consultation avec l'enfant—Approche psychopathologique du bébé à l'adolescent*. MASSON.

Gauberti, M. (1993). *Mère-enfant : À corps et à vie. Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*. MASSON.

Golse, B. (2000). *Psychopathologie dans la périnatalité*. XIII(3), 25 à 31.

Golse, B. (2011). Des sens au sens. La place de la sensorialité dans le cours du développement. *Spirale*, 57.

Gratier, M. (2001). Harmonies entre mère et bébé. Accordage et contretemps.

Enfance & Psy, 13, 9 à 15.

Gratton, E., & Mellier, D. (2015). La parentalité, un état des lieux. *Dialogue*, 207, 7 à 18.

Houzel, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. ERES.

Houzel, D. (2003). Un autre regard sur la parentalité. *Enfance & Psy*, 21, 79 à 82.

Maiello, S. (2019). Rythmes et mélodies des langages de l'autre. *L'autre*, 20, 143 à 154.

Marcelli, D. (2007). Entre les microrythmes et les macrorythmes : La surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, 44, 123 à 129.

- Marcelli, D., & Raffeneau, F. (2012). Le bébé et le jeu. *Le journal des psychologues*, 299, 18 à 23.
- Marchand-Cottenceau, L. (2008). *Le corps du bébé comme lieu et reflet de sa construction psychique* [DES de psychiatrie].
- Nadel, J. (s. d.). Le développement de l'intelligence sociale. Les précurseurs de l'intelligence sociale. *Intellectica*, 34, 143-160.
- Paraskevoulakou, A., & Schauder, S. (2018). Parentalité et maladie mentale : Focus sur les besoins d'aide des parents qui présentent des troubles mentaux graves. *John Libbey Eurotext*, 94.
- Potel, C., & Saint-Cast, A. (2013). Passer par l'acte psychomoteur. *Enfance & Psy*, 61, 20 à 31.
- Ravuer, A., & Pedinielli, J.-L. (2015). Prématurité et parentalité. *Enfance & Psy*, 65, 145 à 157.
- Wallon, H. (2002). *Les origines du caractère chez l'enfant*. PUF.
- Winnicott, D. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse* (2^e éd.). Payot.

Tableau récapitulatif de l'axe du développement sensori-moteur selon A.Bullinger

AXE DE DÉVELOPPEMENT							
N a i s s a n c e	Maîtrise de l'espace oral	→	Maîtrise du buste	→	Maîtrise du torse	→	Maîtrise du corps
	Coordination capture/exploration	↓	Coordination arrière/avant	↓	Coordination gauche/oral/droite	↓	Coordination haut/bas
	Alimentation fractionnée		Équilibre Flexion/extension		Relais oral Espace de préhension		Corps articulé Espace des déplacements
	Création d'une contenance		Création d'un arrière-fond		Création de l'axe corporel		Création du corps véhicule
	Élaboration instrumentale de la bouche		Élaboration instrumentale de la vision		Élaboration instrumentale du torse et des mains		Élaboration instrumentale du bassin et des jambes
Perte de l'enveloppe utérine et de l'alimentation en continu. Déplisser ses poumons et respirer							
Les troubles :	Clivage capture/exploration		Clivage arrière/avant		Clivage gauche/droite		Clivage haut/bas
Expression praxique des troubles :	Troubles praxiques de la zone orale	→					
		Troubles des praxies oculomotrices	→				
			Troubles praxiques concernant les membres supérieurs, l'axe corporel et l'espace de préhension	→			
				Troubles praxiques concernant l'espace du corps et des déplacements	→		

Résumé

Le parent et le bébé sont des individus différents, pourtant ils se définissent et se construisent ensemble, au travers d'un tempo parfois commun, parfois décalé. Lorsque cette relation précoce se fragilise, elle peut nécessiter un accompagnement psychomoteur en unité thérapeutique parents-bébé. Alors, quelles sont les temporalités qui permettent la relation précoce et qui parfois la perturbe ? Et comment influencent-elles les soins psychomoteurs ? Les éléments de réponse proposés dans ce mémoire seront sous le prisme de l'approche sensori-motrice, de la psychologie développementale, et de la psychopathologie périnatale. Les observations et les hypothèses psychomotrices de trois dyades illustreront au long de ce travail les réflexions émises.

Soins psychomoteurs précoces - Interactions précoces - Développement sensori-moteur - Psychologie développementale - Psychopathologie périnatale - Unité thérapeutique parents-bébé

Summary

The parent and the baby are different individuals, however both self-assessment and development are undeniably tied together, sometimes in common, sometimes not. When this early relationship becomes fragile, a psychomotor assistance in a parent-baby therapeutic unit can be necessary. What is then the temporality of early relationship, and what is the impact on psychomotor care ? In this thesis, proposals to answer this question are based on a sensory-motor approach, developmental psychology, as well as perinatal psychopathology. These different reasonings will be illustrated by the psychomotor observations and psychomotor hypotheses of three dyads.

Early psychomotor care - Early interactions - Sensory-motor development - Developmental psychology - Perinatal psychopathology - Parent-baby therapeutic unit