



HAL
open science

**Portage thérapeutique en psychomotricité: la voix
comme soutien à la création des liens. Clinique
psychomotrice d'un accompagnement mère-bébé au sein
d'un hôpital de jour en psychiatrie périnatale**

Lise Rollo

► **To cite this version:**

Lise Rollo. Portage thérapeutique en psychomotricité: la voix comme soutien à la création des liens. Clinique psychomotrice d'un accompagnement mère-bébé au sein d'un hôpital de jour en psychiatrie périnatale. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03328484

HAL Id: dumas-03328484

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03328484>

Submitted on 30 Aug 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.

Université de Bordeaux

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

MÉMOIRE

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

Portage thérapeutique en psychomotricité: la voix comme soutien à la création des liens

Clinique psychomotrice d'un accompagnement mère-bébé au sein d'un
hôpital de jour en psychiatrie périnatale

Lise Rollo

Née le 01 avril 1999 à Le Mans

Directeur de mémoire: Hugues Esculpavit

Juin 2021

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier sincèrement:

L'Institut de Formation en Psychomotricité, pour la qualité de sa formation théorique et pratique,

Les étudiants de la promotion 2018-2021, pour ces bons moments de rencontre, de partage et d'interrogation,

Les patients et leurs familles que j'ai rencontré sur mes lieux de stage durant ces années de formation,

Les équipes soignantes et administratives, en particulier l'équipe de l'hôpital de jour du réseau de psychiatrie périnatale, pour m'avoir accueillie et partagé leurs regards à propos du soin,

Brigitte Bonnet ainsi que les participant.e.s aux ateliers de chant prénatal, pour m'avoir laissée entrer dans cet espace intime et chargé de leur amour,

Hugues Esculpavit et sa compagne, pour la richesse de nos échanges, leur confiance et leur soutien jusqu'aux derniers instants,

Frédérique Joncheray, ma tutrice de stage à l'hôpital de jour, pour sa présence, ses relectures, ses éclairages théorico-cliniques, son écoute et son humour,

Amandine Rauzy, mon autre tutrice de stage, pour la transmission de sa pratique de ce métier passionnant, sa bienveillance, sa confiance, pour ces moments riches de sens,

Ma mère, mes amies, Marion et surtout Nicolas, pour m'avoir soutenue dans les périodes de doute, pour leurs encouragements, leur patience, leur soutien, leur réconfort.

PRÉCAUTIONS DE LECTURE

Les analyses cliniques de ce mémoire s'appuient sur ce que j'observe au sein d'un service d'hospitalisation conjointe mère/bébé. Ainsi sera régulièrement utilisé le terme de « mère » afin de désigner l' « objet maternant » du bébé, qui pourrait tout aussi bien être le père, l'assistante maternelle ou d'autres adultes assurant la fonction maternante.

De plus, j'évoque aussi le rôle de la psychomotricienne au sein de ce service, car ma tutrice de stage et moi-même sommes des femmes. Il est évident qu'un psychomotricien peut tout à fait assurer cette fonction. Il en est de même lorsque je parle des professionnelles (infirmières, puéricultrice, psychologue etc) exerçant dans ce lieu.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 11 |
| I. PORTAGE ET PSYCHOMOTRICITÉ AU SEIN DU RÉSEAU DE PSYCHIATRIE PÉRINATALE | 14 |
| 1. Présentation du cas clinique et du service de psychiatrie périnatale | 14 |
| 2. Cadre thérapeutique et enveloppes | 21 |
| 3. Portage thérapeutique en psychomotricité..... | 28 |
| II. PORTAGE ET LIMITES DANS LA CLINIQUE PSYCHOMOTRICE | 36 |
| 1. Portage: origine et pratique en psychomotricité | 36 |
| 2. Portage et soutien au développement psychomoteur..... | 49 |
| 3. Limites du portage | 54 |
| III. ENVELOPPE SONORE ET PARENTALITÉ | 61 |
| 1. Le monde intra-utérin et la naissance | 61 |
| 2. Voix et interactions en psychiatrie périnatale | 71 |
| 3. Portage thérapeutique par la voix..... | 80 |
| CONCLUSION..... | 87 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 88 |
| TABLE DES MATIERES..... | 91 |
| LEXIQUE | 93 |
| ANNEXES..... | 94 |

« Ouvrir les mains et les sens à la présence de l'autre est une disposition du coeur ».

Joël Clerget.

INTRODUCTION

J'entre dans l'hôpital de jour du réseau de psychiatrie périnatale et plonge dans son bain sonore. Des mères, leurs bébés, l'équipe soignante sont présents. Des voix contribuent à créer cette ambiance sonore particulière: paroles, gazouillis, pleurs, jouets qui s'animent dans les mains des bébés et de leurs mères, murmures... Chacun vit à son rythme, s'adapte en fonction des ressources qu'il possède et déploie. Certaines mères s'accordent au tempo spontané de leur bébé, d'autres le suivent en décalé ou ne le perçoivent pas.

La psychomotricité est un métier de relation. Entre patients et soignants se créent des liens, fils conducteurs de l'histoire de leurs expériences vécues et partagées. Pour que ces liens puissent s'établir, chacun doit se mettre à l'écoute tant de soi que d'autrui. La plupart des mères que je rencontre sont en difficulté pour tisser ce lien avec leur bébé. La maladie psychique perturbe et bouscule leurs manières d'être et de faire, raisons pour lesquelles elles ont besoin d'étayage. L'équipe soignante offre un soutien, une présence, une écoute aux jeunes mamans.

Dès mes premiers instants dans ce lieu de stage, je remarque que le portage physique des bébés par leurs mères n'est pas toujours optimal. Certains bébés sont « trimballés », portés sans bénéficier de bons points d'appuis, et participent peu au portage. Ayant fait une formation pour être monitrice de portage des bébés peu de temps avant de commencer ce stage, j'observe des manières de porter qui sont loin de l'idéal des positions physiologiques que l'on m'a enseigné.

Pour autant, ce n'est pas cela qui m'interpelle le plus. En effet, certaines mères semblent absentes, « là sans être là », prises dans des réflexions et préoccupations qui remplissent une bonne partie de leur journée, les menant parfois jusqu'à l'épuisement. Non loin d'elles, leurs bébés, plus ou moins ouverts au monde. Certains crient sans être entendus, d'autres gazouillent presque toujours seuls. Je réalise alors le pouvoir de la voix de la mère dès que l'une d'entre elles s'adresse à son bébé en lui parlant ou en vocalisant: ce dernier y réagit clairement.

Cette voix de la mère s'adressant au bébé peut le soutenir dans ce qu'il vit. Elle peut aussi être vécue comme intrusive, agréable, faible, rapide, chantante... Après quelques recherches et le parallèle que j'ai pu faire avec les ateliers de chant prénatal auxquels j'assiste chaque semaine, je réalise que cette voix est présente depuis le début de la vie du bébé. Nous pouvons donc supposer qu'il s'agit d'un point de repère pour celui-ci, qui le rassure et l'enveloppe.

Face aux difficultés et fonctionnements particuliers que je remarque chez les mères, je me demande comment les soignantes parviennent à gérer la situation en restant aussi ancrées et bienveillantes, ces caractéristiques se retrouvant même dans leurs voix.

J'ai alors cette image qui me vient en tête: les soignantes seraient comme des piliers sur lesquels les mères prennent appuis pour exercer leur parentalité, comme des « phares dans la tempête »,

symboles de repère, sureté, guide. Comment ces soignantes parviennent à rester solides et souples à la fois? Sur quoi prennent-elles appui à leur tour?

Les mères portent leurs bébés. Les soignantes semblent faire office de point d'appui pour ces mères. Pourrait-on parler de « portage thérapeutique » de la dyade? Ce portage exercerait-il une fonction d'enveloppe? Si oui, quels intérêt.s pour les dyades accueillies? Sur quoi s'appuient les soignantes pour devenir à leur tour un point d'appui? Ne portant pas les dyades dans leurs bras, les soignantes utiliseraient-elles des outils de portage différents, non observables à l'oeil nu?

Je rencontre ensuite Mme P et sa fille Lila, installées dans le salon des mamans, en compagnie des autres mères et leurs bébés.

Mme P est assise sur un siège dans une posture qui semble inconfortable et couteuse en énergie. Elle n'y appuie pas son dos. Elle tient sa fille dans ses bras et peine à la contenir. Lila pleure intensément, adopte une posture d'hyperextension, ne regarde plus sa mère. Mme P croit poser des mots sur la situation vécue et tente de la calmer: « je ne vais pas t'abandonner...maman est là. Je t'écoute. Dis-moi tout. ». Ces paroles répétées en boucle ne suffisent pas à apaiser Lila, qui s'agite de plus en plus. Mme P regarde de temps en temps autour d'elle d'un air perdu, ne sachant que faire pour que les pleurs cessent, ni comment « s'y prendre ». Elle change régulièrement Lila de position dans ses bras de manière brusque, ce qui fait sursauter cette dernière.

La psychomotricienne s'approche de Mme P et lui propose de se lever et de l'accompagner dans le couloir, plus au calme. Assise ou en déplacement, Mme P n'amorce pas de mouvements de berceement. Elle regarde Lila en lui parlant, s'approche parfois très près de son visage d'un coup. Malgré la guidance verbale proposée par la psychomotricienne, Mme P n'amorce rien de plus qui puisse aider Lila et finira par demander à ce que la psychomotricienne porte son bébé. Une fois installée dans les bras de la psychomotricienne, Lila se détendra, activera le mécanisme de succion et se calmera peu à peu. Mme P ne fera aucune remarque en voyant cela, son visage ne manifestant aucune émotion particulière. Elle reprendra sa fille une fois celle-ci apaisée.

Dans cette vignette, nous observons comment la psychomotricienne accompagne le portage de Lila, même si la guidance qu'elle offre à Mme P ne suffit pas à calmer son bébé. Une fois passée dans les bras de la psychomotricienne, Lila se calme: le dialogue tonico-émotionnel n'est pas le même, et nous pouvons supposer que l'ajustement de Mme P à Lila n'est pas complètement opérant à ce moment. La psychomotricienne devient le moyen de portage de cette dyade. Le

portage serait-il un potentiel outil de « réaccordage » du lien entre la mère et son bébé? Comment aider Mme P à trouver de bons appuis pour elle même et parvenir à s'ajuster dans le portage de sa fille? Qu'est-ce qui sécurise et porte cette dyade?

Pourquoi la voix représente-t-elle un des moyens de portage thérapeutique en psychomotricité dans le cadre de l'accompagnement de dyades mère-bébé en psychiatrie périnatale?

Pour répondre à cette problématique, nous commencerons par aborder le lien entre le portage thérapeutique et la fonction d'enveloppe du cadre institutionnel. Puis, nous approfondirons la notion de « portage » d'un point de vue psychomoteur. Enfin, nous verrons que le portage par la voix est un outil thérapeutique particulièrement intéressant dans la clinique psychomotrice au sein d'un hôpital de jour de psychiatrie périnatale.

La réflexion théorique suivante aura notamment pour objectif d'aboutir à des applications cliniques, par exemple à travers une proposition d'atelier thérapeutique à l'hôpital de jour.

I. PORTAGE ET PSYCHOMOTRICITÉ AU SEIN DU RÉSEAU DE PSYCHIATRIE PÉRINATALE

1. Présentation du cas clinique et du service de psychiatrie périnatale

a. Présentation de Mme P et de sa fille Lila

Tout au long de ce mémoire, nous suivrons l'histoire de la prise en soin de Mme P et de sa fille. Commençons tout d'abord par prendre connaissance du parcours de Mme P.

Mme P est âgée de 33 ans. Elle est grande, brune, toujours habillée confortablement. Son corps est encore marqué par son passé d'obésité morbide, même si son Indice de Masse Corporelle (IMC) actuel est normal. Elle perçoit l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) et vit avec son conjoint depuis qu'elle a 19 ans. Ce dernier travaille dans un Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) et n'a pas d'autre enfant que Lila. Selon l'équipe de soin, à la maison, il est très présent et étayant pour Mme P. Je n'ai pas plus d'informations à son propos.

Comme sa fille Lila, Mme P débute sa vie dans une famille d'accueil du fait de la pathologie psychiatrique de sa mère. Elle entretient peu de contact avec cette dernière et relate ne pas vouloir reproduire son comportement. Nous pouvons supposer que l'histoire personnelle de Mme P a une influence sur sa manière d'exercer sa parentalité. De plus, Mme P ne connaît pas son père et entretient toujours très peu de contact avec sa famille biologique.

Lors de sa petite enfance, elle consomme beaucoup d'aliments gras. Des interdictions de consommation de nourriture sont mises en place par la famille d'accueil. Un comportement alimentaire compulsif sera repéré aux alentours de ses 12 ans.

Sa première hospitalisation s'effectuera en 2002 dans un centre psychiatrique pour adolescents ayant un Trouble des Conduites Alimentaires (TCA): Mme P est alors âgée de 14 ans. Lors de cette première hospitalisation, un traitement à base de thymorégulateurs et d'antipsychotiques sera installé.

Entre 2005 et 2007, elle sera hospitalisée dans un autre centre psychiatrique. Les soignants remarquent que ses prises alimentaires sont fortement corrélées à son humeur: plus celle-ci est basse et plus Mme P ressent l'envie de manger.

En 2008, Mme P traverse un premier épisode de dépression. Elle prend alors beaucoup de poids, son IMC indiquant une obésité morbide. Son poids restera stable à 130kg pendant quelques années, ceci permettant une opération Sleeve gastrectomie¹ en 2014. Dans la même période, un suivi en Centre Médico-Psychologique (CMP) sera installé.

Depuis 2017, Mme P s'est rendue plusieurs fois au Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP) à cause d'attaques de panique, d'instabilité thymique et d'excès

¹ *Voir Lexique*

d'angoisse. Les médicaments indiqués à Mme P depuis le début de son parcours de soin sont régulièrement changés à cause de nombreux effets secondaires, qui atteignent fortement son image de soi et son estime d'elle-même.

Elle est également suivie par un kinésithérapeute deux fois par semaine pour des douleurs au genou gauche.

Les nombreuses hospitalisations que Mme P a effectuées ont permis de déterminer qu'elle est atteinte d'un trouble schizo-affectif de type bipolaire². Son suivi par un psychiatre en CMP permet un réajustement de son traitement dès que nécessaire.

C'est au moment où Mme P et son conjoint ont manifesté le désir de fonder une famille que le psychiatre du CMP les a redirigés vers la pédopsychiatre du Réseau de Psychiatrie Périnatale.

² *Voir Lexique*

b. Présentation de la psychiatrie périnatale

La psychiatrie périnatale est « *une discipline qui étudie les troubles psychiques observés chez un adulte, le plus souvent une femme, durant la période périnatale, et le développement des enfants dans ce contexte* » (55, p.1).

Dans cette discipline, la période périnatale englobe le début de la grossesse jusqu'à la fin de la première année du post-partum.

Le Réseau de Psychiatrie Périnatale offre des soins conjoints mère-bébé. Il s'agit plus précisément:

- De **consultations ambulatoires**: passages d'infirmières et d'une psychologue en maternité, rendez-vous avec d'autres professionnels (pédopsychiatre, assistante sociale, psychomotricienne...),
- De **visites de liaison**: une psychologue et une infirmière se rendent chaque jour auprès de femmes en suite de couche pour qui une évaluation psychiatrique est nécessaire,
- De **visites à domicile**, ayant pour objectif la surveillance des troubles et des traitements des femmes enceintes et dyades mère-bébé,
- D'**hospitalisations à temps partiel** au sein d'un hôpital de jour (HdJ),
- D'**hospitalisations à temps plein** au sein de l'Unité Mère-Enfant (UME).

L'activité de prévention effectuée diminue considérablement le développement et l'aggravation des troubles psychiques maternels. Elle est indispensable tant dans les cas où la mère a une pathologie psychiatrique connue au début de la grossesse que dans les cas où les troubles apparaissent pendant la grossesse ou en post-partum.

Le réseau de psychiatrie périnatale ne peut exister seul. Les dyades reçues pour les soins conjoints peuvent être adressées par d'autres structures comme:

- Les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), acteurs dans le champ de la prévention,
- L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), ayant une activité de protection des dyades (gestion des demandes de placement des enfants, service de traitement des informations préoccupantes...),
- Les services de psychiatrie adulte et psychiatres libéraux,
- Les foyers d'hébergement,
- Les maternités, crèches, services de néonatalogie, associations...

Globalement, toutes les structures du domaine de la périnatalité peuvent diriger des dyades vers le réseau de psychiatrie périnatale. La communication entre ces structures est donc cruciale pour instaurer et maintenir le suivi des dyades en difficulté.

Ces dernières peuvent être adressées au réseau de psychiatrie périnatale du fait de situations complexes de précarité, de violence ou encore d'isolement. Les mères accueillies présentent des pathologies diverses et leurs bébés peuvent aussi être en difficulté (retards de développement, troubles du sommeil, de l'alimentation etc).

Un des objectifs principaux est d'accompagner et soutenir le lien mère-enfant, souvent mis à mal à cause de la pathologie psychique maternelle et/ou du fait de troubles chez le bébé. Il s'agit également de protéger tant la mère que l'enfant, notamment dans les cas de négligence ou de violence sur ce dernier. Dans ces cas seront transmises des informations préoccupantes à l'ASE.

Au sein du réseau, de nombreux troubles psychiques maternels sont identifiés³ (liste non exhaustive):

- Schizophrénies, trouble schizotypique et troubles délirants (troubles psychotiques aigus et transitoires, trouble schizo-affectif...),
- Troubles de l'humeur (épisodes maniques, trouble affectif bipolaire, épisodes dépressifs dont dépression post-natale...),
- Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (troubles anxieux, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post-traumatique, trouble de l'adaptation...),
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives,
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte, etc.

Afin de déterminer si une hospitalisation de la dyade est nécessaire, de nombreux facteurs seront à prendre en compte. Chaque situation est différente, chaque projet de soin l'est également.

L'équipe du réseau de psychiatrie périnatale se renseigne également sur l'histoire de vie de la mère, sur son suivi en cours si elle en a déjà un, sur ses ressentis par rapport à sa maternité.

Elle évalue aussi le soutien dont la mère bénéficie: son entourage est-il présent? Peut-elle s'appuyer sur son conjoint, sa famille, ses ami.e.s? De quelles ressources dispose-t-elle?

D'autres paramètres sont pris en compte, comme sa situation économique et sociale: est-elle en situation de précarité? Possède-t-elle un travail? Quel est son lieu de vie principal?

Le rôle des praticiens du réseau est aussi d'observer les capacités maternelles et les potentiels risques pour l'enfant: la mère est-elle disponible pour s'occuper de lui? En a-t-elle les capacités? Son traitement médicamenteux est-il suffisamment bien ajusté pour qu'elle soit stabilisée?

³ Ces troubles peuvent être préexistants à la grossesse (d'où l'importance de la prévention d'une potentielle décompensation du trouble), être déclenchés par celle-ci ou encore apparaître en post-partum.

Toutes ces réflexions (non exhaustives) amènent l'équipe à se questionner sur les aides déjà déployées pour la dyade et celles à mobiliser pour la soutenir en fonction des besoins observés et manifestés.

Le lieu où j'effectue mon stage est l'hôpital de jour du réseau de psychiatrie périnatale. Les dyades hospitalisées dans ce lieu sont suivies par une pédopsychiatre ainsi qu'une infirmière référente. Elles se rendent à l'hôpital de jour un à deux jours par semaine, de 10h à 16h. Cet hôpital se situe à côté de la maternité, ce qui facilite grandement l'activité de psychiatrie de liaison et permet aux dyades de venir visiter les locaux avant leur admission, accompagnées des professionnelles qu'elles connaissent déjà.

Le projet de soin de la dyade se construit suivant les observations de l'équipe de l'hôpital de jour, les besoins verbalisés par la mère et les indications médicales et paramédicales.

La dyade hospitalisée bénéficie de temps de soin:

- **informels**: aide à la préparation des repas du bébé, accompagnement au sommeil, accompagnement au bain, soutien psychologique, échanges avec le personnel soignant etc.
- **formels**: pour la mère seule, il peut s'agir de séances de relaxation, du groupe de parole, de séances de psychothérapie. Pour la dyade, il existe des ateliers thérapeutiques de groupe: atelier comptines, atelier des histoires...Ainsi que des séances individuelles: séances de psychomotricité, de massage bébé...

L'hôpital se compose d'une salle de repos pour les mères, d'un réfectoire, d'une salle d'activité, d'un « salon des mamans », d'un espace dortoir et de change pour les bébés, de bureaux de consultation, d'une salle de réunion et d'un secrétariat.

L'équipe de l'hôpital de jour comprend une pédopsychiatre, une psychologue, une assistante sociale, une puéricultrice, une psychomotricienne, une secrétaire, une interne, une cadre de santé, une médecin et trois infirmières. Deux autres infirmières se déplacent en visite à domicile. Une autre infirmière ainsi qu'une deuxième psychologue travaillent en liaison à la maternité.

Les professionnelles de l'hôpital de jour ont des objectifs communs, notamment:

- Accompagner le parent et ses problématiques liées aux troubles mentaux,
- Prévenir le risque de trouble du lien parent-enfant ainsi que le risque de dysfonctionnement dans le processus de parentalisation.

Enfin, lorsque la dyade ne semble plus avoir besoin de l'hospitalisation de jour ou que le bébé passe son premier anniversaire, l'arrêt de la prise en charge s'accompagne de la construction d'un projet pour l'« après ». Si le bébé présente des troubles qui doivent être accompagnés, les structures voisines de pédopsychiatrie sont contactées. Les dyades continuent d'être suivies par la PMI de secteur après leur hospitalisation.

c. Parcours de soin de cette dyade au sein du Réseau de Psychiatrie Périnatale

En 2018, Mme P contacte la pédopsychiatre du réseau afin de lui parler de son projet de fonder une famille. Au vu de sa pathologie et des difficultés de son conjoint, leur projet d'enfant leur est déconseillé. Ils seront toutefois informés de l'importance du réajustement du traitement en cours, de la nécessité d'une prise en charge précoce de l'enfant à venir et des potentielles difficultés auxquelles ils devront faire face.

Mme P et son conjoint prirent le temps de réfléchir et de voyager avant de se lancer dans l'aventure de la parentalité. En décembre 2019, plus d'un an après leur consultation avec la pédopsychiatre, Mme P reprit contact avec elle pour lui annoncer sa grossesse et exposer ses inquiétudes à propos de son traitement. Ce dernier sera réajusté: Mme P prendra du Diazépam⁴, du Lithium⁵ et du Leponex⁶ pendant toute sa grossesse. Le terme sera prévu début septembre 2020.

La grossesse sera suivie par la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de secteur: Mme P sera entourée d'une sage-femme, d'une assistante sociale et d'une pédiatre.

Selon elle, la grossesse s'est bien déroulée, elle se sentait « zen » même si elle était « très fatiguée ». Elle restera souvent alitée pendant cette période.

En juin 2020, le couple apprendra lors d'une échographie qu'ils attendent une fille. Ils se questionneront sur la garde de celle-ci, étant conscients qu'ils ne pourront s'en occuper à temps plein. Mme P pense qu'un placement dans une famille d'accueil serait bon pour sa fille, qui bénéficierait ainsi d'une « éducation stabilisante » comme celle qu'elle dit avoir reçu.

Fin juillet 2020, lors d'un rendez-vous avec sa sage-femme, Mme P fera une pré-éclampsie⁷. Son accouchement sera alors immédiatement déclenché, un mois et une semaine avant terme. Sa fille ne réagira pas au déclenchement, endormie à cause de l'hypertension. L'accouchement prévu par voie basse s'effectuera finalement par césarienne d'urgence. Cet évènement reste particulièrement marquant pour Mme P.

De plus, pendant les trois jours après l'accouchement, Mme P devra être hospitalisée en soins intensifs. Tous les jours, malgré sa difficulté à se déplacer, elle viendra rendre visite à Lila, gardée par son papa. Mme P me racontera que pendant ces trois jours, elle observait les soignants et son conjoint s'occuper de Lila afin d'apprendre « les bons gestes ». Elle ne fera pas de peau à peau avec sa fille et ajoute à ce propos « ne pas avoir créé le lien » avec elle.

Une dizaine de jours plus tard, Mme P et Lila sont transférées dans l'unité d'hospitalisation à temps plein de l'UME. En effet, Mme P ressent des accélérations psychiques suivies de sensations

⁴ *Voir Lexique*

⁵ *Voir Lexique*

⁶ *Voir Lexique*

⁷ *Voir Lexique*

d'épuisement et d'anxiété. Elle dit avoir des difficultés à décoder les signaux que sa fille lui envoie. Cela lui demandant beaucoup d'énergie, elle passe régulièrement le relai à l'équipe soignante pour se reposer. L'équipe de l'UME note toutefois des préoccupations maternelles tendres et adaptées à certains moments.

Mme P adhère aisément aux soins proposés et bénéficie de quelques permissions d'une durée de 48h pour rentrer chez elle avec sa fille et retrouver son conjoint. Pendant ces permissions, le père de Lila s'occupe d'elle la nuit du fait que Mme P ne puisse le faire à cause de son traitement. Le couple a conscience « qu'il ne faut pas s'épuiser » et attend avec impatience le placement de leur fille afin d'arrêter l'hospitalisation à temps plein.

À partir de début septembre 2020, Lila est progressivement accueillie dans sa famille d'accueil. Milieu octobre 2020, il sera décidé d'une organisation particulière:

- du lundi midi au vendredi matin, Lila est gardée par sa famille d'accueil,
- le vendredi matin, Lila retrouve sa mère à l'hôpital de jour. Elles y passent la journée et le conjoint de Mme P les y rejoint pour passer l'après-midi avec elles,
- du vendredi soir au lundi midi, Lila est gardée par ses parents. Une Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) leur rend visite le lundi matin.

Ainsi, j'ai l'occasion de suivre l'évolution de Mme P et Lila grâce à nos rencontres hebdomadaires du vendredi matin depuis mi-octobre 2020. Ce que j'observe de cette dyade m'interroge à propos du portage, de la contenance et de la notion d'enveloppe.

2. Cadre thérapeutique et enveloppes

a. Le concept d'enveloppe

Le concept d'enveloppe s'enracine dans les théories psychanalytiques, notamment celles développées par S.FREUD.

Il écrit « *Le Moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps* » (32, p.9): les expériences sensibles, notamment tactiles, participent à la constitution du psychisme de l'individu.

Plus tard, D.W.WINNICOTT expose sa théorie de la « mère suffisamment bonne ». Il identifie plusieurs fonctions maternelles indispensables pour le développement de l'enfant et l'unification des enveloppes dont :

- le *holding*, qui correspond au portage physique et psychique du bébé par sa mère,
- le *handling*, qui correspond aux soins quotidiens prodigués par cette dernière à son bébé.

La mère apporte un étayage particulier à son bébé et joue ainsi un rôle de « pare-excitation » en régulant les stimuli extérieurs et en sécurisant son enfant. De plus, elle joue un rôle de discrimination entre le monde intérieur (notamment en posant des mots sur les vécus de l'enfant) et le monde extérieur (notamment lorsqu'elle régule les stimuli sensoriels afin de le protéger).

Par la suite, D.ANZIEU s'appuie sur les travaux de S.FREUD et D.W.WINNICOTT afin d'élaborer ce qu'il nomme le « Moi-Peau », qu'il définit comme « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au court des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps* » (32, p.102).

Le Moi corporel de l'enfant se construirait par étayage sur la peau, premier organe apparaissant durant le développement. Elle recouvre l'ensemble du corps et le contient, faisant office d'enveloppe contenante et protectrice. Dans les milieux intra-utérin puis aérien, la peau du bébé est en contact constant puis régulier avec la peau de sa mère. Ainsi, elle est un lieu d'échanges entre eux, une surface sur laquelle le bébé prend appui, qui l'entoure et qui devient le « *support de l'émergence de la conscience de soi et des limites corporelles, puis progressivement de celles du psychisme* » (17, p.13).

Il convient de préciser que le Moi-Peau se constitue au travers des sensations tactiles apportées par le soutien et le contact, mais aussi par « *les sensations visuelles portées par les regards de la mère, les sensations olfactives en rapport avec l'intime de la relation peau à peau, les sensations gustatives et orales par l'allaitement, et les sensations auditives* » (2, p.97).

Selon D.HOUZEL, lors du portage et des soins du bébé, le corps de la mère se positionne comme « *une surface contenant qui entoure l'enfant, l'enveloppe et le délimite* » (32, p.99).

Cette dernière aurait une fonction d'enveloppe qui permettrait de contenir, délimiter, distinguer le dedans et le dehors en reliant toutes les parties du corps.

L'intériorisation de ces enveloppes aide le bébé à construire peu à peu un sentiment d'unité de soi. Ce sentiment s'oppose à l'angoisse de morcellement ressentie dès la naissance suite à la perte de contenance offerte par le milieu intra-utérin.

Lorsque l'enfant ressent ce sentiment d'unité de soi, il peut édifier le « sentiment de continuité d'existence » dont parle D.W.WINNICOTT. Dès lors que ce sentiment s'installe, l'entrée en relation, la communication avec le monde extérieur et l'individualisation sont facilitées.

Ainsi, D.HOUZEL décrit la notion d'enveloppe comme « *ce qui entoure complètement un espace et qui, de ce fait, contient tout ce qui se trouve dans cet espace, qui est ainsi fermé* ».

Il ajoute que « *ce qui est commun à tous les types d'enveloppes est la notion d'une limite entre un dedans et un dehors, entre ce qui est contenu à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur d'un espace donné* » (10, p.42).

Toutefois, le fait d'avoir une peau tout autour de soi ne suffit pas à se sentir enveloppé, de même qu'il ne suffit pas d'avoir une structure osseuse pour s'imaginer solide ou des organes sensoriels pour réussir à communiquer. Ce sentiment de continuité d'existence, d'« être au monde », se développe grâce à l'intégration progressive des stimuli internes et externes, qui offre la possibilité à l'enfant de se représenter comme unifié dans un monde qu'il découvre par expériences vécues.

Les enveloppes sont donc ressenties:

- **corporellement**, via les expériences de *holding* et *handling*, de contact peau à peau et d'expériences d'enveloppement (notamment in-utero, mais aussi grâce aux vêtements, aux couvertures, aux écharpes de portage des bébés...).
- **psychiquement**: la mère contient l'enfant lorsqu'elle le regarde, qu'elle pense à lui, qu'elle lui explique le monde, qu'elle lui fait ressentir les limites via le cadre qu'elle instaure, etc.

Au sein du même Être psychomoteur, ces enveloppes sont reliées et n'existent pas l'une sans l'autre: nous pouvons alors parler d'« enveloppes psychocorporelles » qui sont à la base du sentiment de continuité d'existence, de la sécurité interne, ou encore de l'individuation.

Nous verrons par la suite que l'institution, ses différents espaces et même les soignants peuvent contribuer à l'unification des enveloppes psychocorporelles des patients, notamment grâce à l'instauration d'un cadre thérapeutique.

b. Cadre thérapeutique et enveloppe institutionnelle

La pratique du soin en psychiatrie périnatale s'effectue dans un cadre particulier, présenté précédemment. Selon C.POTEL, le cadre thérapeutique est « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, un temps, dans une pensée* » (47, p.291).

Ici, l'hôpital de jour représente le cadre spatial et les jours et horaires de venue le cadre temporel. La réflexion des différents acteurs du réseau permet la genèse d'idées et d'objectifs communs. Les règles institutionnelles concernent tant les soignants que les patients et participent aux fonctions de pare-excitation, de contenance et de protection du cadre.

L'équipe pluridisciplinaire forme un réseau, s'organise et communique dans l'intérêt des patients afin d'assurer la « *présence permanente, cohérente, prévisible, fiable, sécurisante, qui réactualise l'état de préoccupation maternelle primaire des relations précoces mère-enfant* » (53, p.46). Cette position prise par l'équipe permet de contenir les dyades accueillies, ce qui peut aider les mères à améliorer leur propre fonction contenante maternelle.

Ainsi, chaque membre de l'équipe soignante fait partie du cadre et le représente.

En réunion hebdomadaire, l'équipe tisse des liens théorico-cliniques afin de symboliser les faits et gestes observés et situations vécues. Ainsi, les potentielles inquiétudes et interrogations sont partagées: chacun peut alors prendre du recul face à son ressenti personnel et limiter de potentiels dysfonctionnements, notamment à cause de sentiments d'incompréhension ou d'agacement.

Ce cadre thérapeutique pourrait être considéré comme la métaphore de la notion « d'enveloppe institutionnelle » évoquée par D.HOUZEL.

En effet, le cadre spatial délimite le dedans et le dehors (de l'institution), l'avant et l'après le temps du soin. La rythmicité des expériences vécues tant par les soignants que par les patients entretient le sentiment de continuité d'existence. Ce dernier s'associe aux phénomènes de répétition ou encore d'anticipation, générant la construction du sentiment d'enveloppe.

Pour D. HOUZEL, la notion d'enveloppe ne peut se dissocier de sa fonction de contenance: elle unifie et entoure les parties d'un tout.

L'établissement institutionnel se définit par une certaine organisation, une administration, une architecture, une équipe pluridisciplinaire inscrite dans un projet d'établissement qui créent alors un ensemble d'enveloppes emboîtées les unes dans les autres, se contenant réciproquement. Cela a pour effet de constituer un cadre de travail sécurisé et prévisible, qui assure une fonction de tiers entre les soignants et patients.

Avant et pendant sa grossesse, Mme P a régulièrement fait appel à l'institution pour se rassurer et s'informer. Lors de son hospitalisation au sein de l'UME, les infirmières relataient qu'elle n'hésitait pas à demander à l'équipe de prendre le relai avec sa fille.

À l'hôpital de jour, elle sollicite aisément les soignants. Mme P arrive toujours un peu avant 10h afin de s'installer dans le salon des mamans en attendant sa fille. Cela lui permet aussi de prendre son café avant de la recevoir, de dire bonjour à l'équipe. Ensuite, elle est disponible pour accueillir Lila et l'accompagner dans ce moment de transition qu'est la séparation d'avec l'assistance familiale et leurs retrouvailles. Ces rituels font partie intégrante du cadre, installent la permanence et « repoussent la menace » selon J.CAZENEUVE: ils sécurisent tant la mère que le bébé et participent à la construction d'un cadre solide.

Comme un système de poupées russes, ces enveloppes contenant offrent une forme de « portage » au bébé, à la dyade, à la psychomotricienne et plus généralement à l'équipe de l'hôpital de jour, permettant le bon fonctionnement institutionnel.

c. La salle de psychomotricité: un espace contenant

Nous avons vu que l'institution joue un rôle d'enveloppe du processus thérapeutique. Cet espace est lui-même divisé en plusieurs espaces, dont la salle d'activités, utilisée pour les séances de psychomotricité.

Dans la pratique psychomotrice, la mise en jeu psychocorporelle des patients peut amener à des débordements. La fonction contenante du cadre physique et du cadre psychique a donc toute son importance.

Selon C.POTEL dans son ouvrage *Être Psychomotricien*, le cadre physique dépend:

- De conditions spatiales: l'institution et plus précisément la salle d'activités où s'effectuent les séances de psychomotricité contiennent et reçoivent les expériences sensori-psychomotrices vécues.
- De conditions matérielles: la psychomotricienne choisit précisément le matériel qu'elle utilisera en séance en fonction du niveau de développement de l'enfant et de ce qu'elle perçoit des besoins de la dyade. Les choix qu'elle effectue dépendent aussi de sa propre sensibilité. L'emplacement du matériel déjà présent dans la salle, comme le miroir ou les tapis d'éveils, est réfléchi en fonction des besoins et des diverses activités proposées par l'équipe.
- De conditions temporelles: les séances de psychomotricité durent de 30 à 45 minutes en fonction de l'état d'éveil du bébé, de la disponibilité psychique de la mère, de la demande ou encore des besoins perçus. La durée des séances est donc assez flexible mais le cadre temporel de la rencontre reste consistant. En effet, les dyades bénéficient de séances de psychomotricité une à deux fois par semaine, toujours le.s même.s jour.s.
- De l'encadrement: les séances de psychomotricité peuvent s'effectuer en présence de la psychomotricienne seulement ou encore en consultation conjointe avec une infirmière ou une stagiaire.
- Du projet thérapeutique de la dyade et des médiations proposées: par exemple, soutien au développement psychomoteur par le biais d'activités d'éveil sensoriel, expérimentation corporelle de situations de portage, guidance maternelle, etc.

En comparaison avec ce que l'on peut observer dans le salon des mamans, les patientes accueillies dans la salle d'activité s'expriment différemment, tant corporellement que dans leurs dires.

La salle d'activité de l'hôpital de jour est un espace fermé pendant les séances, assurant sa fonction de contenance. Elle est à l'image d'une bulle où l'intimité est préservée, où la mère peut exprimer ce qu'elle souhaite par le biais de son corps et/ou de ses mots et où le bébé bénéficie d'un appui supplémentaire à sa mère: la ou les professionnelles de soin encadrant la séance.

Les observations des dyades dans le service ont permis de repérer que dans la schizophrénie, « *les symptômes déficitaires et de désorganisation peuvent générer des défauts d'attention, une entrave à la sensibilité et aux capacités de réponse maternelles, mais aussi parfois des attitudes intrusives* » (55, p.4). Ces observations sont cohérentes avec ce que l'on observe de Mme P.

Mme P se situe dans le salon des mamans avec sa fille. Trois autres dyades sont présentes dans la même pièce, auxquelles s'ajoutent une infirmière, la psychomotricienne et moi-même. Le niveau sonore est élevé du fait des échanges verbaux entre les mères, les soignantes, les bébés. Certains bébés crient, d'autres se mettent à pleurer, tandis que d'autres gazouillent tranquillement.

Pour Lila, c'est l'heure du biberon. Positionnée face à sa mère en décubitus dorsal sur le tapis de sol, elle s'agite, active le mécanisme de succion, rougit. Mme P est prise dans les échanges avec les autres mamans et ne remarque pas les signaux que lui envoie sa fille. La psychomotricienne lui fait remarquer que Lila semble avoir besoin d'elle. Mme P tourne son regard vers Lila, la prend dans ses bras, lui parle. Lila commence à pleurer, se positionne en hyperextension. Mme P semble « perdre pied », regarde en alternance Lila et autour d'elle, n'amorce aucune action. Lila pleure intensément et Mme P ne bouge pas, mais tout s'agite autour d'elle.

Nous verbalisons nos questionnements avec Mme P afin de l'aider à déceler la cause des pleurs de Lila: vu l'heure, c'est la faim qui la dérange. Il faudra demander à Mme P d'aller préparer le biberon, lui proposer de prendre Lila le temps de cela et lui indiquer quoi prendre dans son sac avant d'y aller.

Dans la salle de psychomotricité, Mme P se montre beaucoup moins désorganisée. Elle peut être à l'écoute tant de sa fille que de la psychomotricienne. Lorsque Lila s'agite du fait de la fatigue ou encore de la faim, Mme P verbalise plus aisément ce qu'elle observe des signaux et y réagit par exemple en lui parlant ou en la prenant dans ses bras. Dans la situation où c'est l'heure du biberon, Mme P peut demander à ce que l'on porte sa fille dans nos bras à sa place le temps qu'elle prépare le biberon. Elle peut aussi planifier son action, verbaliser ce qu'elle compte faire puis appliquer ses dires de façon opératoire: aller chercher ce dont elle a besoin dans le salon, préparer le biberon dans la cuisine, revenir chercher Lila pour ensuite retourner dans le salon lui donner à manger.

Ici, nous observons que Mme P se désorganise dès que l'agitation ambiante ainsi que l'environnement sonore sont trop importantes pour elle. Il s'agit alors de rester attentif au langage non-verbal de cette mère lorsque le niveau sonore augmente ou encore lorsque de nombreuses personnes sont présentes dans la pièce. Lorsque l'on repère qu'elle est déstabilisée, il est notamment possible de l'inviter à quitter cet espace pour en investir un autre.

C.POTEL explique qu'à ce cadre physique s'associe le cadre psychique.

Selon elle, les postulats théoriques sont indispensables pour penser le soin. Cependant, le premier outil du psychomotricien serait la connaissance qu'il a de lui-même: « *« une connaissance sensorielle, « psychomotrice », une connaissance avertie et pensée, pour servir ses projets thérapeutiques » » (47, p.324)*. En effet, le psychomotricien va en quelque sorte « prêter son psychisme » dans l'objectif d'aider le patient à intégrer et symboliser les vécus de séance.

Cette opération mentale fait référence à la notion de « contenance maternelle » évoquée par W.BION: dans le cadre de la relation mère-bébé, le nourrisson projette une partie du contenu de son psychisme, notamment les émotions incontrôlables, sur sa mère, jouant le rôle de contenant. Cette dernière reçoit et « détoxifie » le contenu de pensée du bébé, le rendant supportable pour lui, pour ensuite le lui renvoyer.

Ce modèle « contenant-contenu » développé par W.BION est superposable à la pratique psychomotrice, que l'on pourrait qualifier de « contenance maternelle ». En effet, le psychomotricien va « *stimuler et accepter les excitations motrices, ludiques, tout en assurant les conditions de leur intégration psychique (rôle de pare-excitation) » (47, p.330)*. Cette manière de faire, être et recevoir évoque les premières trames d'une enveloppe relationnelle primaire.

Pour cela, le psychomotricien mobilise entre autres ses propres ressources internes, ses techniques, sa personnalité, ses choix théoriques, afin de calmer, tranquilliser, protéger des débordements et angoisses. Ses qualités de présence, d'écoute, d'attention à l'autre sont constamment mobilisées. Il doit s'ajuster finement au tempo du ou des patients et faire que le cadre thérapeutique soit à la fois souple, solide et adapté.

La contenance offerte par l'institution, l'espace-salle, les professionnelles dont la psychomotricienne et enfin les mères contribue à la construction de l'enveloppe psychocorporelle des bébés accueillis à l'hôpital de jour. Cette contenance apporte également de la stabilité et de la sécurité aux mères accueillies, celles-ci en ayant d'autant plus besoin du fait de leurs pathologies. Ainsi, ces enveloppes sont de véritables appuis psychocorporels permettant de « porter » la dyade et l'ensemble des professionnelles de soin.

3. Portage thérapeutique en psychomotricité

a. Définition du portage dans la pratique psychomotrice

La définition du portage selon le CNRTL est « *action, fait de porter quelque chose ou quelqu'un, généralement pour le transporter* »⁸.

On peut également remarquer à travers des expressions de la langue française que le portage ne se résume pas qu'au fait de transporter: il est une action (porter secours...), une façon de donner (porter de l'amour à quelqu'un...), un support d'identité (porter un prénom...) ou encore une façon de garder avec soi (avoir porte-bonheur...).

Il est aussi un état d'être: être bien portant, être insupportable, être porteur d'un message...

La définition du CNRTL peut faire référence à un portage physique du bébé par sa mère, dans ses bras par exemple, dans le but de le transporter d'un endroit à un autre.

Le porteur offre un support et des points d'appui au bébé afin qu'il puisse s'accrocher et être soutenu dans une dynamique de déplacement ou non.

Il s'agirait ici d'une forme de portage dit « physique »: le bébé est soutenu par le porteur, dans une certaine proximité corporelle et grâce à la mise en jeu de contractions musculaires volontaires chez le porteur et parfois réflexes chez le bébé. La posture adoptée tant par le porteur que par le porté permet de plus ou moins bien supporter le poids du bébé.

Mais les diverses expressions citées ci-dessus nous indiquent que « porter » ne se résume pas à « transporter ». Ce portage physique - aussi pratique et indispensable soit-il - n'est réellement soutenant que s'il s'associe à un portage dit « psychique », s'inscrivant alors dans une pratique de maternage.

Le portage psychique se définirait selon P.DELION comme le « *portage de l'enfant sur les épaules psychiques de ses parents* » (23, p.8). Les parents portent l'enfant dans leurs préoccupations et dans leur esprit au quotidien. Pour cet auteur, le portage est possible grâce à une certaine fonction qu'assurent les parents, nommée « fonction phorique ». En effet, le mot « phorique » vient du grec ancien « phorein » et signifie « porter ».

La fonction phorique s'adresse à toute personne dépendante et contient en elle « *l'idée fondamentale d'aider le sujet qui en a besoin à en intérioriser les qualités [de la fonction phorique] et non à le placer sous emprise de celui qui exerce ladite fonction phorique* » (23, p.9).

Le portage aurait donc pour finalité l'indépendance relative de la personne portée.

Dans le cadre du soin, nous parlons souvent de « prise en charge » des patients. Le patient lui-même ou son responsable se présente en portant une demande qui sera accueillie puis portée par le soignant.

⁸ <https://www.cnrtl.fr/definition/portage>

Ainsi, la première étape de la fonction phorique des soignants repose sur leur présence: « *Le simple fait d'être avec eux pour leur faire savoir, souvent sans paroles dans un premier temps, que les soignants sont là, qu'ils vont essayer de trouver des solutions de détente, que le poids de leurs angoisses va être partagé avec eux, apporte déjà un premier élément de réponse* » (23, p.38).

Ensuite, les soignants accueillent les patients dans un certain cadre thérapeutique avec des objectifs de prise en charge adaptés à chacun. Ils observent, accompagnent et apprennent à comprendre et connaître les patients. Les troubles et angoisses de ces derniers sont ainsi mieux appréhendés. Selon P.DELION, les soignants assurent alors une fonction dite « sémaphorique »: ils sont « *porteurs des souffrances psychiques des patients accueillis* » (23, p.39).

Enfin, les échanges entre chaque soignant dans le cadre de réunions institutionnelles assurent une certaine forme de portage. En effet, le partage des différents points de vue amorce la recherche d'un sens à propos de ce qui se joue pour le patient et ceux qui l'entourent. Selon P.DELION, il s'agit de la « fonction métaphorique ». Le patient se sent alors porté et compris par les soignants qui assurent son suivi.

Le cadre thérapeutique, le portage physique et psychique offrent une contenance aux patients, notamment aux dyades mère-bébé reçues à l'hôpital de jour. Quelles seraient les spécificités du portage thérapeutique proposé en psychomotricité?

b. Portage thérapeutique offert par la psychomotricienne

Pour porter, nous avons vu qu'il est nécessaire de proposer des points d'appui (physiques et psychiques), d'être un support sur lequel les patients - ici, la dyade - peuvent s'appuyer.

En proposant une forme de portage à la dyade, nous faisons expérimenter à la mère et au bébé le fait d'avoir une base, une sécurité, un socle solide sur lequel il est possible de reposer.

Les appuis physiques proposés sont généralement corporels: la psychomotricienne peut porter un bébé dans ses bras ou encore contenir à l'aide de ses bras la mère qui porte son bébé.

Les appuis psychiques reposent sur le fait de penser le soin, de l'adapter à sa pratique, d'échanger en équipe, de se préoccuper de la dyade, d'exposer et relayer ses demandes.

Mais d'autres points d'appuis peuvent être offerts: il est par exemple possible de soutenir du regard ou encore d'envelopper par la voix et par les mots utilisés.

Voici divers moyens de portage proposés par la psychomotricienne **à la mère:**

- ***Proposition d'appuis psychiques:*** la psychomotricienne offre ses mots, ses connaissances, sa pensée pour répondre aux questionnements, contester certaines croyances ou convictions ou encore soutenir la mère lorsqu'elle évoque des situations difficiles. Il peut aussi s'agir de soutenir la mère dans le fait d'émettre différentes hypothèses en fonction de ce que donne à voir le bébé. Ce mode de portage psychique s'ajoute au fait de penser le soin en fonction des besoins de cette mère atteinte d'un trouble psychiatrique.
- ***Proposition d'appuis physiques:*** le corps de la psychomotricienne peut parfois servir d'appui à la mère. À mon sens, les appuis matériels que la psychomotricienne offre à la mère représentent aussi des appuis physiques (coussins, ballons etc).
- ***Par le regard:*** la psychomotricienne est attentive au fait d'accorder autant d'attention à la mère qu'au bébé. Celle-ci en a en effet autant besoin que lui étant donné qu'en même temps que son bébé est né, elle est devenue mère. Il s'agit d'une nouvelle identité à construire, en plus de tous les remaniements psychocorporels qui accompagnent cette co-naissance. Il est donc nécessaire de la soutenir, la considérer en la regardant et de l'écouter attentivement.
- ***Par la voix:*** au delà des mots, la voix peut se faire douce et contenant, mais aussi tonique et ferme, elle peut varier en intensité, en vitesse, en hauteur...Elle transmet l'état tonico-émotionnel et donne une couleur aux mots. Cela permet d'apporter du réconfort à la mère lorsqu'elle en a besoin ou encore de l'encourager.
- ***Par la posture:*** le rôle de tiers de la psychomotricienne dans la dyade permet à la mère une certaine décentration. Ainsi, il lui est possible de prendre du recul, d'observer son bébé « sous un autre angle ». Dans la pratique psychomotrice auprès de ces dyades, notre posture doit constamment s'ajuster: il ne s'agit pas de « prendre la place de » mais plutôt de renforcer les compétences parentales en trouvant un certain équilibre entre laisser faire la mère et faire pour elle afin de pallier à un manque.

Nous pouvons aussi remarquer que les points d'appuis proposés **au bébé** sont différents:

- **Proposition d'appuis psychiques:** la psychomotricienne cherche à soutenir son développement en réfléchissant à des propositions adaptées à son niveau d'évolution motrice, s'interroge à son propos. Cela est d'autant plus important pour les bébés accueillis à l'hôpital de jour car ils grandissent dans des conditions particulières: mère ayant une pathologie psychiatrique, parfois placement dans une famille d'accueil ou chez une assistante familiale ou encore conflits conjugaux et/ou familiaux...
- **Proposition d'appuis physiques:** il peut s'agir d'une main sous la nuque du bébé, lui permettant d'exprimer pleinement ses compétences, de jambes en position assise servant de points d'appuis pour les pieds du bébé allongé, de bras qui portent bébé lorsque la mère se repose dans une autre pièce... Offrir certains appuis comme au niveau de la tête et du bassin, ou encore proposer des manipulations douces peut aussi représenter une forme de portage physique. De même, dans l'accompagnement du développement, la psychomotricienne peut par exemple proposer des appuis bien spécifiques pour aider au retournement du bébé.
- **Par le regard:** l'entrée en relation avec bébé s'effectue souvent en premier lieu par le regard. Ce contact est un support important de la communication ainsi qu'un organisateur psychique pour le bébé. Le regard de la psychomotricienne lui renvoie la façon dont elle le perçoit. Ainsi, le fait d'adopter un regard bienveillant envers lui aidera le bébé à développer une image positive de lui-même. Le sentiment d'être reconnu et d'exister naît dans le regard de l'autre.
- **Par la voix:** parler avec le bébé, interagir dans un échange de vocalises, chanter pour et parfois avec lui constitue déjà une forme de portage et d'attention. Une enveloppe sonore se crée: cette notion sera développée plus tard dans ce mémoire.
- **Par la posture:** le bébé rencontre régulièrement la psychomotricienne mais il lui faut du temps pour apprendre à l'identifier, s'habituer à sa présence, à la présence d'une autre soignante dans la pièce. La psychomotricienne est donc vigilante à son positionnement dans l'espace, à la proxémie qu'elle instaure (le bébé ne pouvant pas forcément se déplacer seul suivant son âge et les schèmes moteurs développés). Elle laisse le temps au bébé d'observer, d'écouter, d'accepter l'entrée en relation. Elle est à l'écoute de ce que la posture du bébé lui communique afin d'adapter la sienne.

La psychomotricienne offre donc un portage tant au bébé qu'à la maman individuellement. Ce portage d'un individu à la fois est facilité lorsque la consultation se fait à deux soignantes: une des deux professionnelles peut alors se consacrer pleinement au bébé et l'autre à la maman. Bien entendu, ces postures ne sont pas figées et il est tout à fait possible de commencer par interagir avec le bébé, puis avec la maman, revenir avec le bébé etc.

La psychomotricienne porte le bébé, porte la mère, et surtout, porte **la dyade**:

- **Proposition d'appuis psychiques**: soutenir la dyade psychiquement passe par le fait d'observer finement les interactions entre les deux acteurs et l'évolution de chacun. Il est fréquent d'observer que le bébé évolue plus rapidement que sa mère, pour qui l'ajustement constant à son bébé peut demander énormément d'énergie. Nous savons que « *les pathologies mentales peuvent mener à des actes de carence, voire de maltraitance de par le retentissement de la pathologie sur la capacité des parents à évaluer les besoins des enfants et à y répondre* » (55, p.4). Les perturbations peuvent entraver l'accordage affectif et perturber le développement de l'enfant: il est alors d'autant plus important de porter psychiquement la dyade. Il s'agit aussi de poser les mots justes, d'observer régulièrement et précisément, de s'adresser tant au bébé qu'à sa mère afin de cerner au mieux les besoins de chaque dyade et soutenir le processus de parentalité.
- **Proposition d'appuis physiques**: par les appuis que l'on offre à la mère, de meilleurs appuis sont offerts au bébé et le dialogue tonico-émotionnel est facilité. Lorsque l'on est installé confortablement, il est possible d'ajuster la tension musculaire au préalable et accueillir plus sereinement. La psychomotricienne peut aussi accompagner en offrant au bébé des appuis en plus de ceux que la maman propose, par exemple en aidant le bébé à se regrouper dans les bras de sa mère pour faciliter l'endormissement.
- **Par le regard**: la psychomotricienne observe la dyade dans le jeu, dans l'interaction, dans les situations de portage, dans les moments plus ou moins difficiles. Elle communique à propos de ce qu'elle perçoit. Elle répond par le regard quand le bébé ou la mère cherche à entrer en communication avec elle, sans forcément poser de mots. Elle assure une présence rassurante et enveloppante grâce à l'attention qu'elle porte à ce qui se joue au sein de la dyade. Les observations servent aussi à ouvrir des « fenêtres de bonheur »: le parent découvre de nouvelles compétences ou détails chez son bébé qu'il n'avait pas forcément remarqué. Pour des mères parfois très préoccupées par leur bébé (ou bien au contraire très peu préoccupées), cela permet d'attirer leur attention sur l'agréable, la magie de l'instant présent, sur la découverte de choses qu'elles pouvaient ignorer de leur bébé auparavant et qui pourraient susciter l'émerveillement.
- **Par la voix**: la voix soutient les interactions grâce à ce que la psychomotricienne verbalise de ce qu'elle observe. La voix de la psychomotricienne peut aussi encourager les mères à parler ou chanter à leur bébé si elles le font peu. Si par exemple la mère entame un chant, la voix de la professionnelle peut aussi accompagner ce chant, créer une ambiance sonore qui sécurise la dyade.
- **Par la posture**: la psychomotricienne est un appui à la fois pour le bébé et pour la mère. Il s'agit de trouver un équilibre dans le soin en développant l'attention conjointe, afin d'être disponible tant pour la mère que pour le bébé. La posture de professionnelle de santé sous-entend également de se positionner dans une juste présence, sans intrusion.

Le portage thérapeutique offert par la psychomotricienne influence la manière de porter de la mère. En effet, plus celle-ci disposera de bons appuis, tant psychiques que corporels, plus elle pourra prendre confiance en ses capacités. Pour le bébé, de bons appuis sont nécessaires pour se développer. Pour l'équipe soignante, le soin à la mère est une priorité car de son évolution dépendra étroitement celle du bébé.

Dans une situation de portage, le plus important est la congruence. En effet, « *le bébé est préparé pour faire des coordinations multisensorielles* » (11). Son organisme est compétent pour créer du lien entre divers flux sensoriels et construire ses représentations du monde. Par exemple dans une situation de portage à bras, la coordination du sens du toucher, du sens vestibulaire et des informations visuelles parvenues dans l'échange de regards et l'observation de l'environnement permet la création d'un ensemble cohérent pour le bébé.

Cette congruence est dépendante de la disponibilité psychique du porteur. Étant humains, il paraît difficile d'être constamment disponible mais ce qui compte est la régularité et la répétition d'expériences multisensorielles en conscience.

De plus, la qualité du portage dépendra aussi de l'intention. Elle conditionne notre manière d'être, notre ajustement à l'autre, nos actes, la qualité de notre présence, notre posture etc.

Enfin, pour opérer à un portage thérapeutique, la psychomotricienne doit accepter le fait de porter la dyade, d'être son support ne serait-ce que le temps des séances de psychomotricité. Une notion de responsabilité se dégage, qui peut parfois être dure à porter, ce qui souligne l'importance du travail en équipe dans le cadre contenant et sécurisant de l'institution.

Ainsi, la psychomotricienne contient et enveloppe la dyade grâce aux appuis qu'elle propose. Il s'agit d'apporter de la sécurité, de soutenir le lien mère-enfant en construction, de renforcer les compétences maternelles et de soutenir cette dyade en difficulté à cause de la maladie psychiatrique.

Enfin, « *le portage thérapeutique recherche une fluidité retrouvée de la relation. Il accompagne la façon dont la dyade peut s'emparer de cette disponibilité. Contrôlant notre tendance à vouloir « corriger » l'autre, nous devons rester fluide, préserver et renouer le lien, ne pas l'accaparer, ni le distendre, étayer sans s'opposer, permettre à l'autre de trouver sa place juste, et de s'ouvrir à cette nouvelle vie relationnelle* » (9, p.78).

c. Conclusion

La plupart des patientes accueillies à l'hôpital de jour ont particulièrement besoin de sécurité. Leur traitement médicamenteux leur offre une stabilité organique qui leur permet d'être suffisamment aptes à s'occuper de leur bébé en étant accompagnées. Cependant, leurs conditions de vie sont rarement optimales à leur épanouissement et celui de leur bébé: il s'agit alors de leur apporter un maximum de stabilité, de sécurité et de contenance pour favoriser la création du lien avec leur enfant et le développement de leurs capacités maternelles.

De plus, la maternité constitue une perte de repères dans la vie d'une femme. Celle-ci devient mère et doit s'adapter à de nouvelles expériences jamais vécues auparavant. Chaque enfant est unique et même chez la mère multipare, l'expérience de la maternité est à chaque fois différente.

En France, les femmes bénéficient de 7 séances de préparation à la naissance remboursées par la sécurité sociale ainsi que 3 échographies (voire plus en cas de grossesse « pathologique »), en plus de consultations avec le praticien référent (sage-femme, gynécologue, médecin...).

De nombreux ouvrages sont dédiés à la grossesse, au développement in-utero du bébé et surtout à l'accouchement, mais peu sont dédiés à la période de post-partum (qui a d'ailleurs une durée non réellement définie, dépendant des professions et des points de vue).

Actuellement, de nombreux professionnels de la périnatalité soulignent l'importance de la prévention dans ce domaine. Un rapport de la commission des « 1000 premiers jours »⁹ a été publié en septembre 2020, démontrant que de nombreux parents se sentent peu accompagnés pendant cette période.

De plus, d'après une étude du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens parue en France en 2018, « sur 800 000 naissances environ chaque année, environ 30% des mères mériteraient une attention particulière en raison d'une fragilisation plus ou moins grande liée à l'état de grossesse ou à l'accouchement »¹⁰.

L'activité de prévention mise en place par le réseau de psychiatrie périnatale paraît alors d'autant plus essentielle. La mise à disposition d'informations pour les mères et futures mères sur cette période représente un moyen de porter les dyades rencontrées à l'hôpital, particulièrement déstabilisées par la maternité à cause de leurs pathologies psychiques.

Le portage offert par l'équipe soignante vise principalement au soutien du tissage du lien mère-bébé. La séparation physique occasionnée par la naissance de l'enfant amène la mère à développer de nouveaux moyens de le porter. Par la propositions d'appuis physiques, psychiques, par le regard, la voix ou encore sa posture, la mère porte ce bébé qu'elle découvre.

⁹ Dans ce rapport, la période des « 1000 premiers jours » sera comprise comme s'étendant de 4^e mois de grossesse aux deux ans de l'enfant.

¹⁰ Grégoire, A., *Congrès du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français*. 2018, cité dans le rapport de la commission des 1000 premiers jours.

Mais cette mère venant d'enfanter a également besoin de soutien pour pouvoir en offrir à son bébé. Un proverbe africain dit à ce propos qu'il faut « tout un village pour élever un enfant »: l'isolement, les situations de précarité ou de violences ne sont donc pas des environnements sécurés et soutenant pour une jeune mère et son bébé.

La pathologie psychique de la mère constitue une raison de plus de lui apporter le soutien nécessaire.

Voyons maintenant d'où vient cette pratique de portage, quels liens pourrait-elle avoir avec la psychomotricité et quelles sont ses limites.

II. PORTAGE ET LIMITES DANS LA CLINIQUE PSYCHOMOTRICE

1. Portage: origine et pratique en psychomotricité

a. Le portage chez les mammifères

Chez les mammifères, il existe trois formes de développement de la relation mère-enfant:

- *Chez les nidifuges*, les petits naissent matures et peuvent se déplacer et se nourrir seuls très peu de temps après la naissance. Ils sont protégés par leur mère et le troupeau (chevaux, vaches, chèvres...).
- *Chez les nidicoles*, les petits naissent immatures, sans fourrure, les yeux fermés, restant dans leur terrier (souris, lapins, félins...). Ils absorbent une nourriture très énergétique afin de patienter entre les repas.
- *Chez les primates et les marsupiaux*, les petits naissent immatures, consomment du lait rassasiant pour une courte durée. Ils ont besoin de contact rapproché avec leur mère afin d'assurer leurs besoins primaires. Pour cela, les primates (singes, gorilles...) s'agrippent des mains et des pieds aux poils de leur mère, réclament à téter, font des signes: il s'agit d'un portage « actif ». Chez les marsupiaux (kangourous, koalas...), le portage est « passif »: ils se laissent porter dans la poche, allaités de manière quasi continue.

Les humains naissent plus immatures que les primates. En effet, l'évolution vers la bipédie a occasionné d'importants changements dans la ceinture pelvienne de la femme: le bassin supérieur s'est élargi tandis que le petit bassin (partie inférieure) est devenu plus étroit. De plus, le volume du cerveau a augmenté en parallèle du développement de nouvelles compétences. Ces modifications imposent une durée de gestation plus courte chez l'humain afin d'assurer le passage du bébé par le canal de la naissance.

Afin de s'adapter à la situation, « *le développement des os crâniens du bébé par rapport aux membranes qui les contiennent est beaucoup moins avancé chez les humains que chez les singes du même âge de gestation* » (43, p.41). La boîte crânienne du bébé humain est donc plus malléable, mais la rapidité de croissance du cerveau contraint l'espèce à écourter la gestation avant la pleine maturité cérébrale.

Malgré ces évolutions, un bébé a toujours besoin d'être porté pour sa survie. Après la diminution progressive de la pilosité chez l'Homme, de nombreux moyens de portage apparurent par mesure de sécurité pour l'enfant: il était trop dangereux de poser un bébé au sol au risque de mourir de froid ou encore d'être attaqué par un prédateur.

Ces menaces sont actuellement beaucoup moins présentes dans notre société. Cependant, les bébés continuent d'être portés à bras et à l'aide de différents moyens de portage dans le monde entier.

Lorsqu'elle est portée dans les bras, Lila s'agrippe de ses mains et de ses pieds et participe au portage. Cependant, lorsque nous essayons de la porter dans des positions qu'elle n'a pas l'habitude de vivre, elle peine à trouver les appuis nécessaires et son poids se fait lourd. Cela questionne quant au portage de Mme P: est-il toujours « le même »? Pourquoi l'agrippement de Lila s'active-t-il dans une certaine position et non dans les autres?

Dans la situation de portage à bras, le bébé est soutenu par le porteur: on parle donc d'un portage « passif ». Cependant, il s'agit en même temps d'un portage « actif »: le bébé envoie des « signaux » au porteur pour lui communiquer ses besoins et participe activement au portage, notamment grâce à l'activation de ses réflexes d'agrippement palmaire (aussi appelé réflexe de grasping) et plantaire.

Ces deux réflexes se développent à partir de la fin du premier trimestre de grossesse. Notons qu'en général, les réflexes archaïques se développent pendant la grossesse, au moment de la naissance ou bien dans les semaines qui la suivent. Ils influencent fortement le développement psychomoteur du bébé. En effet, ils conditionnent le développement psycho-affectif (confiance en soi, gestion du stress...), sensori-moteur (ajustement tonico-postural, réactions aux stimuli, coordinations...) et cognitif (concentration, mémorisation, apprentissage...) du sujet en construction, en plus d'être indispensables à sa survie.

Le réflexe d'agrippement palmaire s'active dès la naissance jusqu'aux 6 mois de l'enfant. Il s'intègre dans les compétences manuelles et le système de coordination moteur global entre le 6e et le 12e mois (35, p.88). Il est également présent chez les singes, ce qui permet aux petits de s'accrocher à leurs mères lorsqu'elles montent aux arbres. L'intégration de ce réflexe permet à l'enfant de développer une motricité palmaire et digitale plus volontaire et précise, ce qui peut par exemple s'observer lors de la manipulation d'objets.

Le réflexe d'agrippement plantaire s'active dès la naissance jusqu'aux 7 mois de l'enfant. Vient ensuite une période d'intégration de ce réflexe entre le 7e et le 9e mois du bébé. Tout comme le réflexe de grasping, l'agrippement plantaire permet au bébé de participer activement au portage. Il est utile dans la mise en place du ramper du fait qu'il aide à la propulsion vers l'avant. Il doit ensuite s'intégrer pour ne pas entraver le déroulé du pied au cours la marche.

Ainsi, aux alentours des 6 mois du bébé, les réflexes d'agrippement tendent à diminuer pour laisser place à une motricité plus volontaire où le bébé prend appui sur le porteur. Il participe au portage grâce à un recrutement tonique plus important de sa part et est en capacité de tenir sa tête dans son axe (en plus de l'orienter volontairement vers les sources sensorielles) lors des déplacements.

Selon A.BULLINGER expliqué par M.F.LIVOIR-PETERSON, « *un appui - base sur laquelle on peut (se) reposer, (se) supporter - n'est pas nécessairement une surface solide. Une source sensorielle (sonore, olfactive, lumineuse..) acquiert une fonction d'appui grâce à sa permanence ou sa récurrence.* » (37, p.101). Pour devenir un appui, le bébé doit entretenir une relation stable avec la source sensorielle afin de faire des liens entre les variations que renvoie celle-ci. Il pourra alors lui conférer un caractère prévisible et choisir de l'utiliser comme un appui ou non.

Les éléments du milieu, le corps du bébé et les personnes s'occupant de lui ont donc un rôle à jouer dans le portage de part leur potentielle fonction d'appui : « *en plus d'assumer les conditions d'homéostasie de son organisme, c'est par cette double fonction d'appui, de mise en forme posturale et de source sensorielle qu'intervient l'entourage d'un bébé* » (37, p.119).

De ce point de vue découle l'idée qu' « *on ne tient pas un bébé, on l'aide à se tenir* » : le porteur accompagne l'enfant dans son développement et « *c'est parce qu'il se modifie simultanément et parallèlement au comportement de l'enfant que le comportement de l'adulte devient appui sensoriel (et souvent postural) pour le bébé* » (37, p.122).

Alors âgée de 3 mois en âge réel et 3 semaines en âge corrigé, Lila observe tout ce qu'il se passe autour d'elle. Plus qu'attentive, elle semble hypervigilante à certains moments. Lorsqu'elle pleure, elle se met en hyperextension, repousse de ses pieds, crie parfois. Son état de vigilance est peu stable, elle est toujours « sur le fil ». Elle oscille entre les états de vigilance 4 et 5. Ces états sont décrits par P.H.WOLFF. Selon lui, l'état 4 correspond à un état d'éveil calme et attentif, l'état 5 étant un éveil agité, non stable, plus proche des pleurs (état 6). Leur observation permet une meilleure compréhension des réactions du bébé. Ainsi, en fonction d'eux, la stimulation proposée est ou n'est pas jugée appropriée.

Lila peut se mettre à pleurer d'un coup et aucune mimique ou agitation motrice n'annonce ses pleurs. Mme P est en difficulté pour s'ajuster à Lila dans le portage et lui propose peu d'appuis. Elle est assise, figée, penchée en avant, tendue et presque immobile. Son regard est plongé dans celui de Lila lorsque cela est possible et elle lui parle beaucoup.

Il nous arrive parfois d'offrir des points d'appuis supplémentaires à Lila lorsqu'elle est portée par Mme P ou bien de la prendre dans nos bras pour la calmer. Nous surveillons aussi la manière dont Lila développe le schème moteur de regroupement ainsi que sa vigilance au cours de la journée, indices de sa capacité à se relâcher et se sentir en sécurité.

b. Portage et dialogue tonico-émotionnel

Le tonus est « *l'état de légère contraction musculaire qui n'aboutit pas au mouvement mais assure la résistance à la pesanteur, fixe les articulations dans une position déterminée et donc maintient la posture lors de l'exécution d'un mouvement* » (54, p.36).

Le tonus de fond représente la répartition tonique du corps. Le tonus postural prépare et soutient le mouvement, en plus d'être vecteur d'émotions. Le tonus d'action, prenant appui sur les deux précédents, régule la mécanique musculaire mise en jeu dans le mouvement.

S. ROBERT-OUVRAY explique que « *depuis la naissance jusqu'à la fin de notre vie, la tonicité est notre baromètre et notre carte d'identité psychocorporelle* » (50, p.45): il est propre à chacun et varie à chaque instant.

À la naissance, le tonus de fond du bébé présente une répartition particulière: concernant ses membres, on observe une hypertonie des muscles fléchisseurs et une hypotonie des muscles extenseurs. Son tonus axial est caractérisé par une hypotonie de fond. Une harmonisation de cette répartition tonique s'effectue peu à peu au cours du développement.

Le tonus de fond du bébé, sa posture et sa motricité spontanée nous informent globalement sur ses états tonico-émotionnel et de vigilance.

C'est en 1977 que J.AJURIAGUERRA décrit le « dialogue tonico-émotionnel », approfondissant la notion de « dialogue tonique » évoquée par H. WALLON à partir de 1930.

Ce dialogue tonico-émotionnel serait « *le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge* » (8, p.14).

Lorsque le bébé a un besoin à satisfaire, il peut moduler son tonus afin de demander de l'aide. Des variations toniques allant vers la crispation s'observent, couplées à un changement de couleur de sa peau, parfois une posture d'hyperextension et des pleurs: c'est l'hypertonie d'appel.

À l'inverse, lorsque son besoin est satisfait, le bébé est calme, apaisé, son corps et son visage décontractés: ces signes sont caractéristiques de l'hypotonie de satisfaction.

La situation de portage à bras met en lien le bébé et son porteur, qui s'informent tous deux de leur état et communiquent. Ce dialogue est facilité par la proximité corporelle. Le porteur offre des appuis au bébé en plus de l'aider à la régulation tonico-émotionnelle. De son propre état dépendra donc celui du bébé.

Par exemple, si le porteur a une tonicité relâchée, un rythme de portage lent (balancements, bercements...) et qu'il propose des points d'appuis permettant l'enroulement au bébé, il sera plus aisé pour ce dernier de se calmer. En effet, en se relâchant, le porteur informe le bébé via son état

tonique qu'il n'est pas nécessaire d'être en alerte et que le relâchement du bébé est le bienvenu, prêt à être accueilli et accompagné.

Dans la clinique psychomotrice, nous essayons de rassurer le parent sur ses compétences et de l'aider à décoder les besoins de son enfant. En effet, face à une situation délicate, par exemple lorsque le bébé pleure, il est possible que le dialogue tonico-émotionnel devienne désagréable pour le parent, générant des sentiments d'inquiétude, d'incompréhension, d'impuissance voire de rejet. Ces ressentis peuvent toucher la confiance en soi du parent voire le culpabiliser.

Nous avons vu que le bébé et son porteur communiquent grâce à ce dialogue tonico-émotionnel, qui sous entend que le tonus musculaire de chacun des protagonistes communique leurs émotions. Or les compétences du bébé lui permettent de percevoir les variations toniques de son porteur, mais aussi son rythme cardio-respiratoire, sa chaleur corporelle, son odeur, ses mimiques ou encore la musique de sa voix (nommée « prosodie »): nous pouvons alors parler d'un « dialogue tonico-prosodico-mimo-émotionnel » (g, p.15). La congruence de l'ensemble de ces éléments conditionne le vécu corporel du bébé.

Mme P est assise face à sa fille Lila (à ce moment âgée de 5 mois en âge réel et de 3 mois et 3 semaines en âge corrigé), allongée sur le tapis d'éveil. Elles entrent tout d'abord en contact par le regard. Mme P annonce ensuite à Lila que le temps d'éveil est terminé et qu'elles vont aller préparer le biberon sur un ton à la fois dynamique et enjoué. À la fin de sa phrase, elle adresse un sourire à Lila et tend ses bras vers elle pour lui proposer de la porter. Lila réagit en bougeant spontanément ses bras et ses jambes et en effectuant un sourire à sa mère, accompagné de quelques vocalises. Sa mère y réagit en vocalisant sur la même tonalité et en se baissant pour la prendre dans ses bras. Elles sortent de la pièce en continuant d'échanger par des vocalises, Lila installée dans les bras de sa mère et fixant son regard sur le visage de cette dernière.

Dans cette situation, nous n'observons pas de discordance entre les divers canaux de communication. Cette harmonie dans le dialogue tonico-prosodico-mimo-émotionnel a pu aider Lila à mettre du sens à la situation et ainsi appréhender plus aisément le changement d'espace et les actions à venir.

Lorsqu'il y a un manque de congruence dans l'expérience vécue par le bébé, ce dernier ne peut coordonner les informations sensorielles entre elles et les vivre de façon congruente. Dans ce cas, A.BORGHINI parle de « dys-stimulation » du bébé.

Ainsi, le « *paysage émotionnel qui accompagne les mots* » (g, p.16) est indispensable au bon développement du bébé et à l'acquisition du langage.

Lorsque le bébé et sa mère sont en interaction, cette dernière attribue des états émotionnels à son bébé en fonction de ce qu'elle perçoit. Elle suppose l'existence d'une émotion qu'elle reconnaît, nomme et parfois même éprouve: le sourire de son bébé lui fait naturellement plaisir par exemple.

Comme l'explique A.BORGHINI, l'émotion véhiculée par le bébé est un guide: « *un bébé qui pleure ou qui nous regarde intensément, qui cherche le contact ou qui s'agite va susciter chez l'adulte une réaction, une identification, une émotion qui vont elles-mêmes guider les comportements* » (12, p.47).

C'est en attribuant cette émotion au bébé qu'il en devient sujet et peut, par conséquent, construire ses représentations du monde, d'autrui et de lui-même.

D.MARCELLI évoque la notion de trans-subjectivité qui apparaît dans cette situation: « *« la mère transfuse » à son bébé quelque chose qui a trait à la signification, la clef du sens passe de l'un à l'autre* » » (8, p.16).

Cette fonction attributive est possible grâce au fait que l'humain soit un être de relation, ayant goût à échanger. Elle est aussi dépendante de l'activation des neurones miroirs chez la mère et chez le bébé. En effet, ils conditionnent l'imitation simple puis croisée entre les deux sujets en interaction, permettant la construction du dialogue.

Ainsi, « *l'une des fonctions principales de la parentalité est de soutenir l'enfant dans ses capacités de régulation émotionnelle* » (12, p.42), souligne A.BORGHINI.

Pour cela, le parent prend appui sur ce qu'il observe de son bébé afin de réagir de la manière la plus ajustée possible. Le portage physique, dans les bras par exemple, permet au bébé d'être au plus près des états tonico-émotionnels de son porteur. Cependant, au cours de son développement, le bébé sera de plus en plus autonome et ne réclamera les bras que dans certaines situations.

Dans l'ouvrage *La Peau et le toucher* d'A.MONTAGU, il est écrit que « *la sensibilité de la mère et le choix de ses réactions facilitent pour le bébé le passage d'une sensibilité globale par les récepteurs de proximité à une sensibilité plus orientée vers les récepteurs de distance. Dans les premiers âges de la vie, le sentiment de sécurité de l'enfant repose sur le contact de sa peau et sur ses sensations kinesthésiques lorsqu'il est pris dans les bras et porté. Par la suite, la vue et l'ouïe contribuent à lui donner ce sentiment de sécurité, en lui permettant de s'orienter et de maintenir, même de loin, le contact avec sa mère* » (43, p.149).

Ce sentiment de sécurité trouvé dans les expériences enveloppantes provient probablement de l'expérience de vie utérine. Pendant toute la durée de la grossesse, le bébé vit dans un espace clos, contenant, qui le regroupe et le protège. En néonatalogie, les bébés sont parfois emmaillotés et même baignés ainsi afin de limiter les angoisses de morcellement et offrir une sorte de « seconde peau » rassurante au bébé.

c. Portage et soins du bébé

La situation de portage suppose une communication, une sorte de dialogue sensori-tonico-émotionnel entre les deux partenaires. Cette dimension relationnelle est sous-tendue d'affects, qui permettent la création du lien mère-bébé. Pour la dyade, la naissance signe une rencontre, que l'on pourrait qualifier de « co-naissance »: venue au monde d'un bébé, d'une mère, et début de leur histoire, au fil des liens.

Certains besoins restent d'actualité: besoin d'être protégé.e, soutenu.e, aimé.e, tant pour la mère que son bébé.

Le lien affectif se tissant entre la mère et son bébé pourrait être défini comme un lien d'attachement.

Selon les théories de J.BOWLBY, l'attachement est un besoin primaire nécessaire pour la survie de l'enfant. Selon lui, un « système d'attachement » est activé et désactivé plusieurs fois par jour par l'enfant dès la naissance. Notons également que « *ce sont les interactions précoces et leurs rythmes répétés qui suscitent la mise en place du « style d'attachement »* » (5).

La proximité de l'adulte est recherchée par le bébé pour que l'on réponde à ses besoins, notamment les besoins de réassurance et de sécurité. Pour cela, il envoie des signaux précis (sourire, pleurs, succion non nutritionnelle, poursuite oculaire puis locomotrice, geste de tendre les bras pour être porté) afin d'alerter sa figure d'attachement (l'adulte), aussi appelée *caregiver*. Une fois la proximité rétablie, le système d'attachement se désactive. Le besoin manifesté a trouvé réponse, l'enfant peut se détendre et apprivoiser ses émotions.

- **Entre 0 et 3 mois**, le bébé est particulièrement dépendant de ces comportements d'attachement et les dirige de façon indifférenciée, même s'il semble plus apaisé lorsque c'est sa mère qui y répond.
- **Entre 3 et 6 mois**, la progression psychomotrice de l'enfant lui permet d'orienter plus finement les signaux qu'il envoie: il choisit alors de solliciter principalement sa figure d'attachement.
- **À partir de 6 mois**, l'enfant acquiert petit à petit de nouveaux outils pour entrer en communication, en parallèle d'une importante progression dans les niveaux d'évolution motrice. Il apprend à gérer la distance entre lui et sa figure d'attachement, notamment par le biais de jeux moteurs et/ou symboliques (par exemple le jeu du coucou/caché). La figure d'attachement devient alors une sorte de « base de sécurité » sur lequel le bébé revient s'appuyer régulièrement après avoir exploré le monde qui l'entoure, grâce à l'activation du « système d'exploration ».

Ce système d'exploration dépend du sentiment interne de sécurité de l'enfant: si ce sentiment est présent, le bébé devient petit explorateur. Cette capacité d'exploration et de considération de la figure d'attachement comme un base de sécurité fait référence à un attachement « sécurisé ».

Lorsque l'enfant n'est pas dans ce type d'attachement, il s'agit d'un signe d'alerte pour les professionnels accompagnant la dyade. Il peut alors être dans un type d'attachement insécure « évitant », « ambivalent-résistant » ou « désorganisé », mais n'est pas forcément pathologique. Ces divers types d'attachement conditionnent les stratégies relationnelles de l'enfant.

La théorie de l'attachement démontre d'ailleurs que les liens mère-bébé se construisent au fil des interactions. Ces liens n'étant pas complètement tissés à la naissance (seulement en partie grâce à la présence d'un dialogue tonique in-utero entre la mère et son bébé), ils se co-construisent au fil du temps. Il convient d'ajouter que les interactions sont construites par tâtonnements et ajustements réciproques. Il arrive donc qu'il y ait des « ratés », des erreurs d'interprétation. Toutefois, il semblerait qu'une « force » pousse les partenaires à ne pas renoncer à l'interaction malgré ces maladresses: d'après E. TRONICK, il s'agit de « l'expansion dyadique ».

D'après ce concept, les erreurs incitent à maintenir la communication sociale. Une étude (5) à propos des rythmes de l'interaction montre que les enfants les plus sécures et qui se développent le « mieux » ne sont pas ceux qui connaissent très peu les « loupés ». En effet, les deux tiers du temps de l'interaction entre eux et leurs parents sont des moments de désorganisation et de micro-coupeure. Ces « *micro-erreurs enrichissent l'intérêt et l'exploration, inégaux certes, mais partagés, des deux interlocuteurs* » et seraient tout à fait bénéfiques au développement du bébé.

Dans les premières semaines de vie, le bébé alterne entre des temps de sommeil assez longs et des périodes d'éveil courtes. Durant ces temps d'éveil, des soins doivent lui être prodigués. Ainsi, la mère entre principalement en interaction avec lui au moment de lui donner la tétée/le biberon, au moment de le changer, de l'accompagner au sommeil ou encore au moment du bain. Cette situation évolue avec le temps: les plages horaires d'éveil tendent à augmenter, laissant de plus en plus de place au jeu et à l'exploration.

Pour D.W. WINNICOTT, les soins quotidiens représentent ce qu'il nomme le *handling*. La mère manipule son bébé, principalement avec ses mains (« hands » en anglais), ce qui lui permet d'apporter à son bébé soins et affection, notamment par le biais de caresses et autres contacts affectifs cutanés, lors de l'habillage ou encore de la toilette. Ce *handling*, grâce au contact peau à peau, contribue à la construction du sentiment d'enveloppe chez le bébé.

Mais il ne s'agit pas que d'apporter des soins au bébé pour qu'il se porte bien. En effet, le « suffisamment bon » portage de la mère dépendrait aussi de la qualité du *holding* qu'elle propose à l'enfant. Ce *holding* (« to hold » en anglais signifie porter, maintenir) est la façon dont la mère porte physiquement et psychiquement son enfant.

Si ce portage est assuré de manière satisfaisante et régulière, il remplira alors une fonction de contenance et de protection contre les expériences angoissantes vécues dès la naissance. Il s'agit aussi d'éviter au maximum la discontinuité. Ainsi pourront naître les sentiments de confiance et

de sécurité chez l'enfant, participant au développement narcissique de base, qui est « *le garant d'un élargissement de soi du sujet et de l'ouverture de la conscience au monde externe* » (51, p.17).

Pour S.ROBERT-OUVRAY, « *le but fondamental du holding est d'aider l'enfant à acquérir la capacité d'exister seul sur ses propres appuis moteur et psychique sans débordement d'angoisse, sans vertige, sans désorganisation* » (51, p.13). De plus, les situations de *holding* et de *handling* offrent aussi l'occasion à la dyade d'entrer en interaction, notamment par le biais du dialogue tonico-prosodico-mimo-émotionnel évoqué précédemment.

Lors des interactions entre Mme P et Lila, c'est pratiquement toujours Mme P qui prend contact avec Lila. Cela commence par le regard, puis la voix. Ces entrées sont parfois brusques: Mme P appréciant peu la distance entre son visage et celui de Lila, elle s'approche parfois soudainement de Lila pour capter son attention.

Au début de leurs venues à l'HdJ, Lila sursautait et pouvait même se mettre à pleurer. Fin mars 2020, Lila est âgée de 8 mois et une semaine en âge réel, 7 mois en âge corrigé. Elle s'est habituée à ces entrées en relation et rit lorsqu'elle les vit. Une fois en relation, Mme P soutient Lila du regard. Lila reste accrochée à celui-ci et détourne rarement le sien, sauf lorsqu'elle s'intéresse à autre chose.

Dans ce dialogue, l'engagement du regard facilite l'entrée en relation. Il donne de nombreuses informations concernant l'état du bébé et l'émotion qu'il peut être en train de vivre. De plus, « *la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit* » (22, p.24).

Selon D.MARCELLI (22, p.24), le regard de la mère peut être de 3 types:

- Un regard qui « en-visage »: enveloppant, soutenant, doux.
- Un regard qui « dé-visage »: angoissant, inquiétant, ce type de regard fait que l'enfant rompt souvent le contact visuel.
- Un regard qui « in-envisage »: vide, absent, non dirigé.

Ainsi, « *les premières enveloppes du bébé qui se construisent via des modalités sensorielles de reconnaissance perceptives - la voix, le regard, l'anticipation des gestes, les mimiques, l'odorat - s'installent dans la continuité des relations et communications entre le bébé et ses figures d'attachement* » (41, p.22).

Se crée alors progressivement un « accordage affectif » entre la mère et son bébé: une valse se lance, dans un rythme et une continuité qui « *s'élaborent en prenant pour moteur les affects ou émotions entre les deux partenaires* » (41, p.23).

Cet accordage repose sur l'attention de la mère à son bébé: D.STERN explique que la mère « s'accorde » aux vécus émotionnels et affectifs de son bébé, les reflète par une modalité sensorielle, pour ensuite les traduire dans une autre modalité, en y ajoutant du sens. Cette expérience permet au bébé de se sentir considéré et compris, en plus de l'aider à prendre conscience de son état d'être.

Ainsi, « *pour se sentir tenu, rassemblé, un bébé doit être porté par une mère qui peut ressentir ce qui se passe, offrir un miroir, une harmonisation autant physique que psychique* » (4, p.1461). Soulignons encore une fois qu'ici, la « mère » désigne l'objet maternant: ce miroir offert au bébé peut donc être aussi celui du père ou de l'adulte en charge du bébé.

d. Le *holding* psychique du bébé

Avant de « holder » l'enfant physiquement, il est tout d'abord porté psychiquement. En effet, le futur parent construit une représentation dite « fantasmatique » et donc inconsciente de son futur enfant. Il crée aussi une représentation plus consciente de ce bébé à venir: le bébé « imaginaire », idéalisé, rêvé. Ainsi, lorsque la mère est enceinte, elle commence alors à porter son bébé tant physiquement que psychiquement, via la nidation dans l'utérus et les multiples projections et identifications qu'elle effectue à son propos.

Le bébé est alors « *porté dans l'imaginaire et les paroles de ceux qui l'attendent* » (19, p.95).

Ces projections sont souvent moins investies dans le cas d'un déni de grossesse ou d'une grossesse non désirée. Elles peuvent avoir un impact sur la construction des liens mère-bébé.

Au moment de la naissance, la mère rencontre son bébé « réel ». Elle lui donne un nom qui l'inscrit dans la lignée familiale et entre alors dans un mode de portage physique et psychique extra-utérin.

Nous remarquons ici que « *les manières de porter les bébés et d'entrer en relation avec eux sont tributaires de l'histoire singulière de chaque parent, composées d'éléments intimes, inconscients et familiaux* » (49, p.27). Lila est portée par sa famille d'accueil, ses parents, l'équipe soignante. Ce portage offert par divers acteurs est dépendant des possibilités de ses parents.

Selon D.W.WINNICOTT, une sensibilité particulière se développe chez la mère au cours de la grossesse, s'exprimant surtout dans les derniers mois qui précèdent la naissance et les premiers mois post-partum. Cette sensibilité serait « *le lit permettant le développement d'une relation intersubjective* » (14, p.43): il s'agit de la « *préoccupation maternelle primaire* ». Elle ouvre sur une « *étonnante capacité d'identification de la mère à son bébé* » (14, p.43) et ferait que l'attention de la mère serait pleinement orientée vers son bébé, afin d'identifier et répondre au mieux aux besoins de ce dernier.

Finalement, la mère peut porter psychiquement son bébé toute sa vie: elle le soutient, l'encourage, l'embrasse, le rassure. Elle se tient disponible et parfois s'inquiète pour lui. Elle l'accompagne dans le passage d'une dépendance totale à une dépendance relative.

Cette attention maternelle devient alors « *ce qui donne à la tenue physique du bébé la valeur d'une tenue psychique et lui permet de sentir ce rassemblement des différents éléments de lui même qui, si sa mère le lâche, vont provoquer l'angoisse d'une chute sans fin* » (4, p.1461). Cette expérience d'omnipotence participe alors à la construction du sentiment de continuité d'existence du bébé.

Dans la plupart des cas, la mère met alors tout autre intérêt de côté et se consacre pleinement à son bébé: ce remaniement est cité parmi d'autres par D.STERN lorsqu'il évoque le concept de « *constellation maternelle* ».

En effet, selon lui, les préoccupations des mères tournent autour de trois thèmes et donc trois discours:

- « « Celui de la mère avec sa propre mère en tant qu'enfant de cette mère,
- Le sien en tant que mère,
- Le sien avec son bébé, constituant ainsi une nouvelle « triade psychique » qu'il nomme « constellation maternelle » » (36, p.63).

Mme P a une mère atteinte d'une maladie psychiatrique. Elle a très peu de contacts avec elle et l'ensemble de sa famille. Il est donc possible que Mme P n'ait pas pu bénéficier d'un portage contenant.

Lorsqu'elle me décrit son parcours, j'apprends qu'elle s'est longtemps posée la question de savoir si elle allait « reproduire » le comportement de sa mère ou non. Le placement de Lila chez une assistante familiale la rassure et lui rappelle sa propre situation. Ainsi, elle s'en réjouit et pense que Lila peut bénéficier d'une « éducation stabilisante ».

À ce propos, nous pouvons nous interroger quant à l'avenir de Lila, porteuse de son histoire familiale particulière et des projections parentales. Va-t-elle les transformer ou s'inscrira-t-elle dans le même chemin de vie, le répétant à son tour?

De plus, depuis le mois de mars 2021, Mme P et son conjoint manifestent l'envie de s'occuper plus de leur fille. Mme P semble pourtant consciente que le placement est indispensable pour Lila, qui s'y est habituée. Que faire pour répondre à la demande de ces parents tout en respectant les besoins de leur fille?

La manière de porter un bébé dépend en partie du portage que la mère a elle-même reçu étant bébé, mais aussi des croyances et traditions familiales, des expériences vécues pendant sa grossesse et lors de l'accouchement. Cependant, il ne faut pas oublier que le bébé est aussi en mesure de s'exprimer lorsque les propositions parentales ne lui conviennent pas.

Il y a donc « *un ajustement permanent entre les offres du parent et les besoins de l'enfant, et certaines défaillances précoces peuvent tout à fait se réparer lorsque l'adulte est à l'écoute de son enfant* » (51, p.16).

La maternité suppose de se tourner pleinement vers son bébé, d'opérer à une sorte de branchement sensoriel et émotionnel vers un autre que soi. Pour cela, encore faut-il pouvoir puiser dans des ressources tant internes qu'externes. Ainsi, la mère doit aussi avoir la possibilité de « *s'appuyer sur d'autres pour trouver ses appuis narcissiques, pour construire de façon sereine cette nouvelle identité* » (36, p.64). Dans le cas de Mme P, le soutien de son conjoint, de la famille d'accueil et de l'équipe soignante est indispensable au développement de son identité de mère et des nouvelles compétences qu'elle doit développer.

J.CLERGET (19), psychanalyste et écrivain, propose le terme de « portance » pour décrire « ce qui se partage dans l'acte de porter, celui de se porter, celui d'être porté ».

La portance serait « la présence dans l'être avec (...). Une voix qui touche. Une main qui parle. Un regard qui soutient. Par eux, le contact est la touche des mots au coeur des mains ».

La portance repose aussi dans le fait de mettre en mots les éprouvés du bébé, de parler de lui, de s'en préoccuper. Le parent prend le rôle de porte-parole jusqu'à ce que le bébé utilise aisément sa langue maternelle.

La construction du lien mère-bébé est dépendante de la portance de la mère. En effet, « *Si la grande angoisse de beaucoup d'adultes est de « laisser tomber physiquement le bébé », le véritable danger est de le laisser « tomber » psychiquement »*» (51, p.14). Si le langage sensoriel n'est pas en harmonie avec les paroles adressées au bébé, celui-ci vit une expérience dépourvue de congruence et donc déstabilisante si elle est répétée. Pour que ce lien puisse se construire, un respect et une confiance en l'autre doit s'installer, dans un climat sécure soutenant l'édification du narcissisme du bébé.

S.ROBERT-OUVRAY ajoute à ce propos que « *porter psychiquement un enfant est plus de l'ordre du savoir être que du savoir faire* ». En tant que psychomotriciennes, il nous paraît difficile d'agir sur la qualité d'être des mères rencontrées à l'hôpital de jour. Cependant, nous pouvons supposer que notre propre manière d'être avec les dyades peut renforcer leurs sentiments internes de sécurité et donc les soutenir dans leurs maternités.

Enfin, d'après cette auteure, porter un enfant reposerait aussi sur le fait de:

- **Le comprendre:** ce travail psychique suppose un recours aux capacités d'empathie: « *le parent doit se mettre à la place du bébé, le comprendre dans ce qu'il vit, satisfaire ses besoins, tout cela sans se noyer dans l'angoisse et les projections personnelles* » (51, p.16).
- **Le regarder:** lorsqu'une interaction du regard a lieu entre le bébé et sa mère, le bébé « *construit son schéma corporel, intègre son corps comme un globalité vivante. Les vibrations pénètrent par les yeux et se répandent dans le corps entier. L'enfant se sent alors exister dans tout son corps jusqu'aux orteils* » (51, p.17).
- **L'accompagner:** le consoler, l'aider à la régulation tonico-émotionnelle...

Finalement, comme l'explique très bien A.BORGHINI, « *un bébé posé au sol, entouré de quelques jouets attractifs et accompagné juste ce qu'il faut par les émotions de son parent, de la surprise à l'émerveillement, va trouver la motivation pour découvrir le monde qui l'entoure et s'en saisir à pleine main* » (12, p.20).

2. Portage et soutien au développement psychomoteur

a. Être monitrice de portage et future psychomotricienne

Sensible au portage des bébés, je me suis formée aux techniques de portage à bras et à l'aide de moyens de portage (Écharpes, Slings, Porte-bébés, Mei-tai etc.) en août 2020.

Transmettre le portage est une pratique préventive qui permet d'aborder différents points. Tout d'abord, le portage à bras (pratiqué par les mères de l'hôpital de jour): certaines mères portent peu, ou bien proposent très peu d'appuis au bébé, ou encore des appuis qui le font se tenir de manière désaxée.

Avec ces mères, nous insistons sur l'importance de donner certains points appuis au bébé afin d'assurer sa sécurité et son bon développement:

- Un appui sous les fesses, provoquant si possible l'enroulement du rachis,
- Un appui au niveau du haut des épaules, de la nuque et de la tête, en particulier pour les bébés dont la maturation neuromotrice débute et dont la tête ne reste pas dans son axe lors des déplacements.

Le portage « sous les aisselles » des bébés est donc déconseillé, pour plusieurs raisons:

- Il occasionne des tensions musculaires chez le bébé,
- Le rachis n'est pas dans sa position physiologique d'enroulement,
- La sécurité pour le bébé n'est pas optimale (risque de glisser en bougeant par exemple),
- Cette position entraîne un étirement des muscles du rachis et des membres inférieurs ainsi qu'un mauvais placement de l'articulation de la hanche en pleine consolidation et un risque de tassement de vertèbres,
- Le bébé peut se sentir peu soutenu du fait du manque d'appuis dont il bénéficie. Le regroupement, au contraire, permet de limiter les angoisses du bébé.

Ces indications sont transmises par toute l'équipe oralement. Cependant, avec certaines mères, il est plus efficace de les transmettre par imitation, en leur permettant de le vivre directement, ou encore en leur faisant expérimenter dans leur corps l'importance de trouver de bons appuis. Il nous arrive régulièrement en séance de psychomotricité d'effectuer ce travail.

De plus, dans nos séances, il nous arrive de transmettre diverses positions de portage à bras (en plus des modes de transfert du sol jusqu'au corps du porteur).

Par exemple, nous proposons aux mères de s'installer confortablement le dos contre des coussins et de prendre et porter de différentes façons leurs bébés. En fonction des positions, l'interaction entre eux peut-être différente: la rencontre sous un nouvel angle peut aussi générer de l'émerveillement ou encore de la surprise.

La façon dont l'équipe porte les bébés joue également un rôle important dans la transmission du portage dit « physiologique », c'est-à-dire respectant la physiologie et le développement de l'enfant: certaines mères remarquent que les soignantes portent les bébés d'une certaine manière et reproduisent consciemment ou inconsciemment ces positions.

Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, le portage du bébé par sa mère dépend de la façon dont elle a été portée étant enfant, mais aussi de son degré de conscience corporelle.

J'ai donné plusieurs ateliers de portage aux dyades présentes à l'hôpital de jour. Bien entendu, ces ateliers se sont adressés à des mères que l'équipe et moi-même considérâmes comme en mesure de porter leurs bébés à l'aide d'un moyen de portage (ce qui sous-entend notamment de parvenir à le manipuler et l'utiliser en toute sécurité). Ces mères se situaient dans un dialogue tonico-émotionnel relativement ajusté avec leur bébé et possédaient déjà, pour la plupart, un moyen de portage personnel (dans le cas contraire, nous l'avons choisi ensemble). Certaines l'utilisaient même déjà avant d'effectuer l'atelier.

Dans ma pratique de monitrice de portage hors du cadre de l'hôpital de jour, les ateliers durent environ deux heures. Tout d'abord, je propose un questionnaire aux parents afin de cibler plus précisément leurs besoins. Ensuite, une fois réunis, je prends le temps de leur expliquer toutes les consignes de sécurité et l'importance de respecter la physiologie tant du parent que du bébé. Puis nous travaillons le portage à bras et terminons avec l'apprentissage de l'utilisation du moyen de portage choisi par les parents. Parfois, un deuxième atelier est nécessaire pour approfondir, apprendre un autre noeud d'écharpe, essayer d'autres moyens de portage... Le fait de prendre tout ce temps permet aussi de respecter le rythme et les besoins du bébé (tétée, change, sieste...), s'entraîner plusieurs fois aux réglages et surtout transmettre d'autres informations de prévention (prévention contre la dysplasie de hanche, informations concernant le fait d'installer son bébé en position assise avant qu'il ne sache s'y mettre et en sortir seul, etc).

Dans le cadre de l'hôpital de jour, il est compliqué d'effectuer des ateliers qui durent plus de 45 minutes. Heureusement, le fait d'avoir observé et rencontré les mères avant l'atelier me permet de cibler plus précisément les besoins et m'adapter. Aussi, je n'effectue que des ateliers individuels afin d'être au plus proche de la dyade, je ne suis jamais la seule professionnelle dans la salle et je m'assure que la mère effectue ou a effectué sa rééducation du périnée.

Les séances sont donc plus ciblées et je priorise la transmission des règles de sécurité (voies aériennes dégagées, position en cyphose du dos du bébé, pieds du bébé libres, mains du bébé proches de son visage, pas de sport pendant le moment de portage, etc.) en laissant beaucoup de temps à la mère pour s'entraîner, afin qu'elle reparte en sachant installer son bébé de manière sûre dans le moyen de portage.

Mon regard de future psychomotricienne me permet aussi d'attirer l'attention de la mère sur ce qu'il se joue pour elle corporellement: quelle posture adopte-t-elle? Ressent-elle des tensions ou

des douleurs? Si oui, où? Ressent-elle de la gêne, une certaine satisfaction, des émotions particulières? Trouve-t-elle le bébé « lourd » ou plutôt « léger »? Comment sait-elle qu'il est bien installé (notamment lorsqu'il s'agit d'un portage dans le dos)? Sent-elle son bébé se « reposer » et « s'arrondir » progressivement dans le moyen de portage? Se sent-elle stable et confortable? Qu'en est-il du bébé, qu'observe-t-elle par rapport à lui (souvent, les parents sont tellement concentrés sur la technicité du geste qu'ils sont moins attentif à ce qu'il se passe pour le bébé)?

La formation en psychomotricité attire mon regard sur les limites du portage, dont nous reparlerons. Elle me guide pour transmettre le portage en étant moins dans la « technicité »: j'observe aussi les interactions au sein de la dyade, le langage non-verbal au moment de l'installation, etc.

Les discussions peuvent aussi s'orienter autour du développement psychomoteur du bébé: par exemple, lorsque je juge ces explications pertinentes, j'aborde certaines notions psychomotrices comme le dialogue tonico-émotionnel. J'envisage d'ailleurs dans ma pratique future de proposer des ateliers autour du développement psychomoteur et du portage du jeune enfant.

Dans certaines cultures, la pratique du portage à l'aide de divers dispositifs est ancrée dans le temps (je pense particulièrement au portage en pagne en Afrique par exemple). Au sein de notre société, elle est de nouveau d'actualité. Nous remarquons qu'elle est particulièrement intéressante d'un point de vue psychomoteur et a de nombreux avantages.

b. Le portage à bras: une expérience psychomotrice riche

Dans sa vidéo « Le regard, le toucher, le portage: trois modalités vitales à propos du bébé », A.BORGHINI explique que « *le bébé est préparé pour entrer dans un monde où il va traiter ces trois éléments en même temps. (...) Il est préparé pour faire des coordinations multisensorielles* » (11).

Lorsque le bébé est porté dans les bras de sa mère, s'il a un soutien sous la nuque et sous les fesses, cette position l'amène à exprimer toutes ses compétences. Il peut notamment « *suivre des contrastes visuels mobiles et s'orienter vers les stimuli auditifs* » (37, p.99).

Ces appuis l'aident à rassembler et découvrir ses mains, mais aussi entrer en interaction. Ils facilitent le regroupement du bébé et donc son enroulement. S.ROBERT-OUVRAY indique d'ailleurs que cet enroulement est nécessaire à la découverte de soi et que la motricité du bébé, dès les premiers jours de sa vie, est dans un sens centripète. A.BORGHINI ajoute que les enfants passent par des « *périodes d'intériorisation, de construction intérieure du sentiment de conscience de soi* » permises par le portage à bras et qui selon les dires qu'elle reprend d'A.BULLINGER, représentent des « *échafaudages indispensables* » (12, p.17).

Ainsi, « *toutes connaissances et détermination de l'objet se feront sur ce mode spatial centripète et selon les états de tension qui le génère* » (52, p.60). Le portage à bras fait vivre au bébé cette expérience d'enroulement, soutient la mise en place des schèmes moteurs de base (possible grâce à la maturation neuromotrice) et étaye son développement psycho-affectif.

Les capacités de régulation tonique progressent suivant les lois céphalo-caudale et proximo-distale à partir de la sphère orale: lorsque le bébé est rassemblé, il lui est plus facile d'amener ses mains ou d'autres objets à la bouche, générant des « *signaux sensoriels, multimodaux et redondants* » (37, p.105). M.F.LIVOIR-PETERSON précise que l'intégration fonctionnelle de ces signaux dépend « *des ressources propres du bébé et de la manière dont il est porté* » (37, p.105). Ainsi, des bras fermes et tendres à la fois permettent au bébé de s'enrouler sur lui-même et de retrouver « *cette position fœtale réconfortante: le bassin en flexion, les mains jointes, parfois proches du visage, à portée de bouche. Les pieds aussi se joignent alors. Ils se frottent l'un contre l'autre, s'explorent* » (12, p.28). Cette auto-exploration de son corps dans une situation sécurisée aide le bébé à construire son schéma corporel.

Dans la situation de portage à bras, le bébé est en lien avec de nombreux flux sensoriels. Son sens vestibulaire est particulièrement sollicité. Ainsi, « *les mouvements du porteur et les bruits de son cœur, stimulent le système nerveux immature du bébé* » (26, p.37).

Il a aussi été montré que la quantité de stimulations kinesthésiques est corrélée aux comportements sensorimoteurs, sociaux et exploratoires du bébé. Ainsi, « *celui qui n'est pas porté, bougé, bercé est moins susceptible de prendre conscience de lui-même grâce aux sensations de mouvement passif, et il identifiera plus difficilement le toucher et le « tempo » de sa mère* » (43, p.151).

À propos du toucher, A.MONTAGU souligne que les stimulations tactiles sont nécessaires à l'équilibre de l'enfant: « *le développement plus ou moins précoce du système nerveux de l'enfant dépend en grande partie des stimulations tactiles qu'il reçoit* » (43, p.143). Ces stimulations permettent au bébé de ressentir ses limites corporelles et de prendre conscience des différentes parties de son corps. De plus, c'est par la proximité corporelle que le dialogue tonico-émotionnel est rendu possible.

Le tout petit a un besoin vital de contact, de sollicitude, d'affection et de bienveillance, comme le révèlent les expériences auprès de bébés développant un syndrome d'hospitalisme. De plus, si l'on satisfait les besoins de contacts (et plus généralement les besoins primaires du bébé) dès le début de sa vie, « *le nouveau né établit souvent un lien très sûr avec ses parents et développe les bases de sa confiance dans le monde* » (21, p.39).

Le portage à bras est donc un moyen d'apporter de la sécurité au bébé, qui reconnaît l'odeur, la voix, la tonicité de son porteur et est bercé au rythme de ses mouvements. La chaleur corporelle du porteur aide à la régulation de la température corporelle du bébé.

Actif dans le portage, le bébé à hauteur d'Hommes peut choisir d'entrer en relation ou de s'en couper. La position de ses mains près de la bouche l'aide à répondre à son besoin de succion. Le portage à la verticale limite les reflux du bébé et aide à la maturation de son système digestif.

Ainsi, cette expérience de portage à bras engage toute la psychomotricité du bébé, à savoir les sphères:

- **Cognitive et relationnelle:** le système nerveux du bébé est stimulé par tous les flux sensoriels qui lui parviennent, notamment tactiles, visuels, proprioceptifs et vestibulaires. Le bain de langage dans lequel il est plongé en étant dans les bras du porteur l'immerge dans sa culture et dans l'apprentissage de sa langue maternelle. Les interactions mère-bébé peuvent être facilitées par la proximité physique induite.
- **Psycho-affective:** le bébé trouve de la sécurité contre le parent qui « filtre » et interprète le monde. Les bercements l'accompagnent, les contacts cutanés l'apaisent. Les appuis proposés permettent un équilibre et une aide à la régulation tonique entre les musculaires antérieures et postérieures, limitant l'hyperextension désorganisatrice du bébé, souvent associée à de l'angoisse. Le portage peut aussi faciliter la mise en place du lien d'attachement.
- **Sensori-motrice:** le portage permet la bonne maturation de l'articulation coxo-fémorale (hanche), la sollicitation de la proprioception (particulièrement en lien avec la conscience de soi) et de toute la sensorialité du bébé. Les mouvements induits par les déplacements ou bercements du porteur favorisent la libération d'une potentielle accumulation d'énergie au cours de la journée, ce qui peut limiter les pleurs de décharge.

3. Limites du portage

a. Limites du portage pour l'enfant et son parent

Le portage possède de nombreux avantages et sûrement de ce fait, il est peu remis en question. Je tiens à préciser que les limites exposées ici ne sont certainement pas exhaustives et que cette réflexion mériterait d'être approfondie.

Tout d'abord, il est nécessaire que la mère et le bébé se sentent bien et que le portage ne génère pas de tensions musculaires ou douleurs, ce qui arrive fréquemment dans les cas de mauvaise installation. Qu'il s'agisse d'un portage à bras ou à l'aide de divers moyens de portage, l'essentiel repose sur le confort et la sécurité du porteur et du porté. Pour le parent, le portage à bras est quotidien et peut fatiguer, surtout lorsqu'il est prolongé.

De plus, pour bien se développer, le bébé a besoin de temps au sol. En effet, « *les bébés bougent pour vivre. Ils acquièrent une base de force grâce aux réflexes et aux modèles de mouvement profondément ancrés dans leur cerveau. À partir de ces réflexes et de ces patrons moteurs (schèmes moteurs), ils apprennent à se déplacer dans toutes les combinaisons de mouvements possibles et sur tous les plans de mouvement* » (3, p.28). Pour développer sa psychomotricité et intégrer les réflexes archaïques, le bébé doit bouger.

Allongé sur le dos ou sur le ventre, le bébé ressent des appuis différents que ceux vécus lors de la situation de portage. Il peut s'amuser à saisir des objets lorsque sa motricité volontaire s'affirme sur la motricité réflexe, les mettre à la bouche, essayer de se retourner... Ce temps au sol est propice au jeu et à la découverte, avec le parent ou sous son regard. L'utilisation du cosy/transat/relax est déconseillée (ou seulement pour des temps très courts) du fait qu'elle limite cette conduite exploratoire du tout petit, en particulier l'exploration des espaces péri-corporels droit et gauche. De plus « *il a été observé que certains enfants mis de façon trop prolongée en station assise dans un transat pouvaient développer une légère malformation du dos ou un état des muscles dysharmonieux* » (44, p.45).

Régulièrement déposé sur le dos au sol, le bébé reconnaît cette position et développe sa motricité en partant de celle-ci. La répétition d'expériences (par exemple les retournements) lui permet d'intégrer celles-ci dans son corps et de traverser les divers Niveaux d'Évolution Motrice (N.E.M) en alimentant sa mémoire corporelle. Les contacts avec le sol lui donnent des informations à propos de son corps, l'aidant à construire son schéma corporel.

Dans chaque N.E.M, le bébé s'attelle à différents « exercices » qui accroissent sa mobilité: prendre appui, se repousser, tirer, effectuer des torsions, trouver son équilibre... Ainsi, « *changer de posture, s'exercer à se maintenir dans une posture donnée, autant d'actes qui constituent un réel apprentissage dans lequel l'enfant découvre de nouvelles possibilités corporelles ou de nouvelles difficultés* » (44, p.63).

Ainsi, à l'hôpital de jour, le bébé est pris dans les bras dès qu'il en a besoin, l'équipe soignante étant présente pour étayer la mère à repérer ce besoin si nécessaire. La motricité libre est favorisée et les bébés disposent de jeux adaptés à leur âge.

En séance de psychomotricité, nous veillons à rappeler l'importance de prendre dans les bras le bébé et éviter de le laisser pleurer. En effet, certaines croyances sont encore ancrées, comme celle disant qu'un bébé « trop porté » devient dépendant. Comme le souligne A.BORGHINI, « *un enfant a besoin des bras mais pas tout le temps. Un enfant a besoin de se sentir rassuré mais il a aussi besoin de se sentir autonome. Il s'agit d'un équilibre à trouver* » (12, p.54).

Ainsi, le portage laisse le bébé « *atteindre sans heurts les phases de différenciation. C'est à cette condition qu'il accède naturellement à la séparation. C'est ainsi, paradoxalement, que notre bébé deviendra libre... parce qu'il aura été « retenu »* » (26, p.78).

J.CLERGET nous rappelle tout de même que « *porter veut dire porter dans la distinction des êtres, dans la séparation. Au sein du porter est la reconnaissance de l'altérité des sujets en présence* » (19, p.98). Ainsi, l'action de porter un enfant est nécessaire mais ne doit pas être abusive ni intrusive, ce dernier ayant besoin de temps au sol pour découvrir le monde, se développer et surtout s'individualiser.

M.MALHER différencie la séparation qui « *fait référence à la sortie de l'enfant de cette fusion symbiotique avec la mère* », de l'individuation qui « *est constituée par les réalisations de l'enfant montrant qu'il assume ses propres caractéristiques* » (57, p.28).

Le bébé est tout d'abord en symbiose avec sa mère, même s'il dépend plus d'elle qu'elle de lui.

Pour résumer, le processus de séparation-individuation se diviserait en quatre phases:

- **Phase d'éclosion (de 4-5 à 9 mois):** l'enfant se différencie progressivement de sa mère.
- **Phase des essais (de 9 à 15-18 mois):** l'enfant exerce sa locomotion et atteint le « *pic de sa toute puissance magique* ». L'auteure décrit un « *oubli relatif de la présence maternelle* » qui est graduellement remplacé par un comportement actif d'approche, d'un niveau plus élevé.
- **Phase de rapprochement (de 18 à 24 mois):** elle est due au fait qu'« *à mesure que le petit prend conscience de sa capacité de s'éloigner physiquement de sa mère, il semble éprouver le besoin accru et le désir de voir celle-ci partager avec lui toute nouvelle acquisition d'aptitude ou d'expérience* ». Dans cette phase, l'angoisse de séparation peut-être forte.
- **Phase de consolidation de l'individualité (après 24 mois):** elle arrive en même temps que la permanence de l'objet décrite par J.PIAGET et le début de la construction des représentations du monde.

M. MALHER ajoute « *« la symbiose et le comportement de « soutien » de la mère ont été proches de l'optimum, plus le partenaire symbiotique a bien préparé l'enfant à « éclore » doucement et graduellement de l'orbite symbiotique – c'est-à-dire sans trop tirer sur ses propres ressources » » (38, p.65). Cela rejoint la théorie de l'attachement exposée par J.BOWLBY et l'idée de la « base de sécurité » que représente la mère.*

Lorsqu'elle se déplace dans l'HdJ, Mme P a une démarche lente, peu fluide, teintée de légers déséquilibres et de gêne causés par des douleurs. Elle est peu à l'écoute de celles-ci et prend parfois des postures qui semblent lui faire mal. Elle peine à passer de la position allongée à debout et ne peut porter Lila dans ce genre de transferts. Il nous est possible de travailler avec elle différentes façons de porter Lila dans ses bras.

Lors d'une demi-journée de décembre 2020, Mme P a réussi à trouver un « équilibre dans le portage » selon ses propos. Pour cela, nous l'avons guidée de nos mots et par l'imitation. Au début, Mme P pensait que le portage ne se faisait que grâce à la force des bras. Finalement, elle se rendra compte que Lila pouvait prendre appui sur sa hanche. Cette nouvelle position soulagea Mme P, qui trouvait alors Lila plus légère. Nous n'avons jamais revu Mme P porter sa fille de cette façon et la voyons peu changer de position pour la porter. Elle aura toutefois vécu cette expérience une fois et s'en resserra peut être à l'avenir.

b. Limites rencontrées à l'hôpital de jour du Réseau de Psychiatrie Périnatale

Les limites du soin sont dépendantes de nombreux facteurs, notamment temporo-spatiaux, matériels, environnementaux et inhérents à la maladie psychique.

Tout d'abord, l'hôpital de jour propose un cadre spécifique d'accueil des dyades: elles se rendent une à deux journées par semaine sur place. Sur toute la région, maximum 8 dyades par jour peuvent être accueillies au sein de cet hôpital de jour. Nous pouvons supposer qu'il existe d'autres dyades en difficultés qui ne peuvent être admises par souci de proximité avec le lieu d'accueil, mais aussi du fait de l'effectif limité. Lorsque l'hôpital accueille 8 dyades, les locaux sont quasiment surchargés et il devient compliqué pour les dyades de trouver de l'espace pour s'isoler.

Ensuite, l'admission des dyades dépend aussi de la communication au sein du réseau de psychiatrie périnatale ainsi que des décisions judiciaires prises. Par exemple, la PMI de secteur est régulièrement en charge de trouver une assistante maternelle agréée pour le placement d'un bébé et cela peut prendre du temps, implique de communiquer les informations et difficultés rencontrées et de s'accorder avec les équipes soignantes sur le discours à tenir auprès de la patiente.

Les limites du soin proviennent aussi de l'environnement de vie des mères. Certaines vivent dans un contexte d'isolement, de précarité, voire de violence. Elles peuvent manquer de repères, de points d'appuis, de sécurité. Ainsi, les premiers échanges avec leur bébé sont potentiellement « *empreints de fragilité, qui risque de transparaître dans la structuration des enveloppes psychiques du bébé* » (49, p.26).

Le portage du bébé ne peut être optimal si le porteur n'a pas ou peu de points d'appuis. De plus, ce contexte peut les préoccuper et nuire fortement à leur disponibilité psychique. Leurs pensées peuvent devenir envahissantes et compliquer le mouvement de « branchement sensoriel » et affectif à leur bébé. L'équipe de soin a peu d'emprise sur ces conditions de vie, même s'il est possible d'effectuer des informations préoccupantes lorsque la situation devient trop dangereuse pour la mère et/ou le bébé.

De plus, la qualité du portage de la mère dépend aussi de l'introjection de son propre maternage lorsqu'elle était bébé. Certaines mères ont vécu des événements traumatiques pendant l'enfance et/ou n'ont pas pu bénéficier d'un portage adéquat. Pour construire leur identité de mère, elles puisent dans ce qu'elles ont vécu et parfois le réitèrent inconsciemment. Les professionnelles de soin ont peu de moyens d'agir sur ces conduites qui semblent presque innées.

Notons ensuite que « *les pathologies mentales parentales entravent inévitablement la qualité des processus interactionnels* » (55, p.4), qui sont le support de la construction du lien mère-bébé. L'étayage proposé par l'équipe soignante dépendra directement de l'état psychique de la mère et de ses ressources mobilisables au moment des soins.

La symptomatologie psychiatrique de la mère la met en difficulté. Les traitements médicamenteux peuvent l'aider mais ne suffisent pas toujours à calmer l'angoisse ou stabiliser complètement son état. Les soins non-médicamenteux sont complémentaires et indispensables, notamment lorsque l'état de préoccupation de la mère devient trop important et engendre du stress, une perte de confiance en soi, de l'agressivité, etc. Il s'agit surtout d'éviter la discontinuité dans l'échange entre la mère et son bébé, conséquence fréquente de la maladie psychique. La disponibilité psychique de la mère ne doit pas être trop fluctuante, au risque de déstabiliser le bébé.

L'indisponibilité psychique occasionne parfois de la culpabilité et affecte le lien affectif et la qualité du portage. Certaines mères ne parviennent plus à regarder leur bébé ou effectuer ses soins. Cela peut notamment arriver dans les cas de dépression maternelle. La culpabilité peut aussi provenir du fait que la plupart des mères souhaitent le meilleur pour leur enfant mais ne parviennent pas à leur offrir (selon elles). Cela suppose que ces mères puissent avoir du recul sur leurs actes et façons d'être, ce qui n'est pas le cas de toutes les patientes accueillies à l'HdJ.

En effet, certaines mères présentent un défaut de fonction réflexive maternelle, fonction à la base de la construction des états mentaux du bébé. Elles ne peuvent expliquer à leur bébé ce qu'il est en train de vivre, de même qu'elles ont des difficultés à aller à la rencontre de leurs propres états internes. Or, c'est grâce à la répétition d'expériences adéquates proposées par la mère que le bébé pourra associer une ou plusieurs sensations corporelles avec leur perception puis leur représentation.

Dans la continuité de cette fonction réflexive se développe le symbolisme, qui permettra ensuite à l'enfant de se représenter un objet matériel ou humain absent. Lorsque les mères ne parviennent pas à décrypter les états de leurs bébés, cette boucle sensation-perception-représentation est entravée, ce qui peut avoir des conséquences majeures sur le développement du bébé. Un accueil d'une voire deux journées maximum par semaine, ne donne pas ou peu la possibilité de pallier aux manques que ces mères mettent en lumière.

Dans les moments de *handling*, certaines mères s'enferment dans la technicité du soin, procédant de manière mécanique, presque sans entrer en relation avec leur bébé. Leur toucher peut être brusque ou au contraire trop dans l'effleurage. Ce défaut d'ajustement tonico-émotionnel est parfois lié à de l'ambivalence et des irrégularités interactionnelles qui génèrent de l'insécurité chez le bébé.

Le défaut d'ajustement amène parfois à un manque de cohérence dans le portage: le bébé vit alors une expérience qualifiée de « dys-stimulante » par A.BORGHINI, car elle empêche le bébé d'intégrer correctement ce qu'il est en train de se passer à cause du manque de congruence de l'expérience vécue. Le manque d'adaptation au bébé et la difficulté à se mettre à la place de l'autre sont des difficultés courantes inhérentes à la maladie psychique et auxquelles l'équipe tente de pallier.

Enfin, les limites majeures sont temporelles: les mères souffrant de maladies psychiques rencontrent très fréquemment d'importantes difficultés d'adaptation. Leur bébé grandit rapidement, ses besoins changent presque chaque jour, il se développe « vite ». Malgré tous les efforts déployés, l'équipe soignante ne peut pousser la mère à s'adapter plus efficacement que ce qu'elle essaie déjà. Il faut parfois abandonner l'idée que l'évolution au sein de la dyade sera synchronisée et accordée dans le temps, le bébé s'adaptant plus vite et déployant souvent plus de ressources que la mère. Cet écart entre la temporalité de la maladie psychiatrique et la temporalité développementale du bébé peut amener au placement de ce dernier dans une famille d'accueil, voire une adoption.

Le trouble schizo-affectif de type bipolaire dont souffre Mme P a un fort impact sur sa façon de porter Lila. Dans son cas, il me semble que c'est la désorganisation qui est le principal symptôme entravant la qualité du portage, mais les difficultés d'élaboration et le défaut d'adaptation aux situations nouvelles pèsent aussi. Comment peut-on réagir de manière adaptée lorsque l'on ne parvient pas à trouver seule une réponse cohérente à donner? Que faire quand tout nous submerge et que bébé a besoin de nous? Les réponses protocolaires ne sont-elles pas elles-mêmes créatrices de difficultés à venir?

Mme P a également un passé chargé de prises en soin diverses, notamment pour son trouble des conduites alimentaires, corrélé à ses changements d'humeur. La façon dont elle vit son corps conditionne la qualité des interactions et le portage qu'elle offre à sa fille. Comment s'ajuster corporellement lorsqu'il est déjà compliqué de vivre et ressentir son corps? Comment porter son enfant lorsqu'il est déjà difficile de se porter soi-même?

c. Conclusion

Le portage physique et psychique est naturel. Il rassure et sécurise le bébé, le fait se sentir exister et soutenu. Portage et lien affectif sont intimement liés: pour porter l'enfant et *être avec* lui dans le portage il est nécessaire de s'attacher à lui. À l'inverse, il paraît difficile de s'attacher à un bébé que l'on ne soutient pas du regard, à qui on ne pense pas, avec qui on ne communique pas par la voix, les mimiques, le dialogue tonico-émotionnel. Dans la pratique psychomotrice à l'hôpital de jour, le portage est entravé pour de nombreuses raisons, notamment à cause de la maladie psychique de la mère et ses difficultés d'adaptation en conséquence. Dans ce lieu, « trouver un équilibre dans le portage » n'est pas évident.

Pour les soignantes et en particulier la psychomotricienne, il s'agit de porter la dyade, de soutenir les interactions qui naissent, d'offrir des moments simples et riches de sens qui aideront à créer ce lien. Dans les moments d'interaction, la mère porte son bébé par le regard, la voix, dans ses pensées, parfois dans ses bras.

Le portage par la voix offert par la mère et les soignantes est particulièrement intéressant. En effet, la voix est quasi-omniprésente dans les interactions et le bébé y est sensible. C'est aussi un portage que les soignantes utilisent au quotidien pour porter les mères, contrairement au portage physique qui est plus rare (la proximité corporelle et le toucher étant parfois intrusifs et peu adaptés). Ce mode de portage contribue à la construction de l'enveloppe psychique, puisque celle-ci prend racine sur des éprouvés corporels, comme l'explique D.ANZIEU.

En mars 2021, Mme P a demandé d'arrêter le soin à l'HdJ, se sentant toujours observée et jugée et se plaignant de rencontrer trop d'intervenants. L'accueil de Mme P fut alors réduit à une demi-journée par semaine, le vendredi matin. Depuis, en séance de psychomotricité, Mme P se montre de plus en plus actrice de la séance, voulant « faire » et nous laissant moins de place pour effectuer des propositions. Le portage par la voix devient un outil précieux pour continuer d'accompagner cette dyade. Explorons à présent la voix au cœur des interactions et son utilité comme outil de soin.

III. ENVELOPPE SONORE ET PARENTALITÉ

1. Le monde intra-utérin et la naissance

a. Le son dans le berceau utérin

L'espace utérin est le premier espace de vie du bébé. Selon N.BERGMAN, médecin spécialisé dans les soins aux prématurés en Afrique du Sud, le corps de la mère est « l'habitat naturel du bébé » (21, p.20) et ce tout au long de la grossesse ainsi que lors des premiers mois suivants la naissance. Il souligne les bienfaits de la proximité corporelle du bébé avec sa mère pendant toute la période post-natale et affirme qu'elle aide à répondre plus rapidement aux besoins du tout-petit. Nous pouvons nuancer ses propos en ajoutant que cette proximité peut être bénéfique tant qu'elle est partagée avec d'autres expériences comme les temps au sol et que l'ajustement tonico-émotionnel n'est pas trop entravé.

Dans le berceau utérin, les compétences du fœtus se développent. Entre le 2e et le 7e mois de grossesse, la sensorialité se construit, mais tous les sens ne mûrissent pas à la même vitesse. S'établit tout d'abord la sensibilité tactile somesthésique et profonde (proprioceptive), puis la sensibilité chimiosensorielle (gustation et olfaction), la sensibilité vestibulaire (déplacement du corps et équilibration), la sensibilité auditive et enfin la sensibilité visuelle.

Les premiers mouvements fœtaux apparaissent généralement entre la 15e et la 20e Semaine d'Aménorrhée (SA). La paroi utérine est en contact avec le fœtus et réagit à ses mouvements: elle s'étire, se contracte, se tend... Elle l'adosse et le regroupe, concédant à « *stabiliser de premières liaisons sensori-toniques* » (37, p.116) selon M.F.LIVOIR PETERSON.

L'espace utérin protège, enveloppe et porte physiquement le fœtus, tout en régulant les flux sensoriels qui lui parviennent. Il existe alors déjà une forme de dialogue tonique entre le bébé et sa mère. Cette fusion amorce le tissage des premiers liens affectifs entre la mère et son bébé. Le fœtus réagit aussi à ce qu'il perçoit de l'environnement extérieur (sons, mouvements de la mère, etc.), comme le montrent les modulations de son rythme cardiaque enregistrées lors d'études scientifiques.

Dans un premier temps, le fœtus perçoit les sons uniquement par le biais des vibrations parvenues à la surface de son corps. Ces vibrations peuvent être celles du battement du cœur de sa mère, de l'activité placentaire, de la respiration, des bruits de la digestion, « *des tissus abdominaux au liquide amniotique par l'intermédiaire de la colonne vertébrale et des ailes du bassin* » (34, p.115). La sensibilité de la peau du fœtus passe par les fibres sensibles des nerfs rachidiens qui innervent des bandes cutanées nommées dermatomes. Ces zones de sensibilité sont disposées sur toute la surface du corps et dépendent des racines nerveuses au niveau de la colonne vertébrale. La sensibilité de la peau du visage dépend du nerf trijumeau (V), divisé en 3 branches (**voir Annexe 0**).

Les vibrations du son et donc des voix sont réceptionnées par les capteurs cutanés lorsqu'elles exercent une pression sur la peau. Il s'agit d'une véritable « première empreinte sonore » (27, p.17), qui sera ensuite complétée par les informations auditives captées. Plus tard, notre peau continue d'ailleurs de réagir à certaines vibrations: par exemple il arrive qu'en écoutant de la musique, nos poils se hérissent.

Anatomiquement, l'oreille se divise en trois parties: oreille externe, moyenne et interne. Les vibrations sonores parviennent au tympan et le font vibrer telle la peau d'un tambour. Ensuite, l'onde sonore chemine jusqu'à l'oreille interne par l'intermédiaire de la chaîne des osselets de l'oreille moyenne, avant d'être transmise au cortex en passant par la cochlée. L'oreille interne joue aussi un rôle dans l'équilibration et l'ajustement tonico-postural grâce à la présence de neurones vestibulaires en lien avec le cervelet.

L'oreille perçoit différents paramètres de la voix:

- **La hauteur:** un son peut être qualifié de grave, médium, ou encore aigu. La hauteur dépend du nombre de vibrations/oscillations émises: plus elles sont rapides, rapprochées et courtes et plus le son est aigu. Elle s'exprime en *Hertz* et varie selon l'âge, le sexe, la culture ou encore l'état émotionnel de l'individu.
- **La durée:** nommée également « tenue du son », elle dépend de la pression de l'air expiré. Le son est donc lié au souffle et possède un début, une durée et une fin. Le souffle met en pression et en vibration les cordes vocales. Au nombre de deux, ces cordes vibrent et ondulent lors de l'expiration, produisant l'onde sonore audible.
- **Le timbre:** il s'agit de la résultante audible du modelage des résonateurs du son émis grâce à la vibration des cordes vocales. Il donne une couleur personnelle à notre voix, nous donne notre « identité vocale ». Les résonateurs sont les cavités pharyngienne, buccale et nasale dans lesquelles les sons se chargent d'harmonique, déterminent et font varier le timbre.
- **L'intensité:** l'oreille perçoit les murmures et les cris. L'intensité moyenne usuelle correspond à la voix parlée pour la plupart d'entre nous, mais cela dépend du seuil de tolérance de chacun. L'intensité dépend également de la façon dont le son est « projeté » grâce aux muscles phonateurs tels que la langue, les lèvres et les joues, qui guident et composent le son.

À partir de la 16e SA, l'oreille interne du fœtus a terminé sa maturation mais les conduits auditifs sont obstrués. Le fœtus devient particulièrement sensible à la voix de sa mère, transmise par conduction osseuse. Jusqu'à 35 SA, le fœtus est considéré comme « malentendant » car il n'entend que les sons très graves et suffisamment intenses pour couvrir les bruits inhérents aux activités cardio-vasculaires et digestives de la mère.

Ces sons graves vibrent plus lentement que les sons aigus et sont donc mieux captés au niveau cutané. À partir de la 36e SA, le fœtus peut entendre les conversations d'un volume normal. À ce stade de développement, *« son audition est très proche de celle d'un nouveau-né: le fœtus réagit à des stimulations sonores par des mouvements et des modifications cardiaques, accélération ou décélération en fonction de leurs caractéristiques acoustiques et de son état comportemental »* (25, p.51).

Le fœtus perçoit alors une grande variété de sonorités et devient sensible à la musique. Ces sonorités sont naturellement filtrées et modifiées par l'abdomen de la mère au moment de leur passage au travers du liquide amniotique, organes et tissus corporels.

Ainsi, la voix de sa mère lui est doublement transmise, la rendant plus forte et plus audible que toutes les autres voix qu'il peut entendre, même si elle est partiellement modifiée. Elle est aussi chargée d'affects: le fœtus vit les émotions de sa mère en même temps qu'elle. Par exemple, *« quand elle parle avec colère, sa respiration, son rythme cardiaque et son degré de tension musculaire, de même que le mouvement de son diaphragme changent, de sorte que le fœtus n'entend pas seulement la voix courroucée de sa mère: il la sent »* (34, p.122).

Même après sa naissance, le bébé ressent l'émotion dans la voix: elle est tout d'abord captée par ses vibrations au niveau cutané et auditif, puis ressentie émotionnellement par le cerveau reptilien, avant d'arriver jusqu'au cortex où le son sera analysé. Ainsi, *« l'émotion devient affect, passerelle vers le monde de la raison. La voix domine, les mots pilotent »* (1, p.131).

Le fœtus est aussi capable de percevoir les rythmes et leurs irrégularités, souvent accompagnées de modifications corporelles liées aux émotions. Le flot de sonorités internes au corps maternel est plutôt continu, tandis que la voix de sa mère et de son entourage sont plus discontinues.

Cette ambiance sonore créée est qualifiée d'« enveloppe sonore » pour le bébé: elle l'accompagne chaque jour depuis le début de sa vie. Ainsi, pour le fœtus, la voix de sa mère *« constitue l'ouverture de son premier poème symphonique avec ses mélodies, ses prosodies, ses rythmes »* (1, p.42).

La voix se module en fonction des états émotionnels et affectifs de la personne qui s'exprime. Elle est aussi modifiée en fonction de l'intonation que l'on met dans nos mots, mais aussi par notre physiologie, notre environnement, notre histoire personnelle, etc.

Pour le fœtus, la voix de sa mère et des personnes de son entourage font partie intégrante de l'ambiance sonore dans laquelle il baigne dès le début de sa vie.

Cette voix *« habite le corps du fœtus, elle devient alors sa voix, elle fait vibrer son corps de l'intérieur (...) et ses cadences l'entraînent, se logent en lui. La voix de la mère est elle-même imprégnée de culture, des rythmes de la langue mais aussi des inflexions particulières qu'elle a développé avec les siens, qu'elle a peut-être transformées en voyageant »* (29, p.50).

b. Le chant prénatal: un support à la création des liens précoces

Je me forme actuellement au chant prénatal aux côtés d'une professeure de Psychophonie en parallèle de ma dernière année de formation en psychomotricité. Lors des ateliers de chant prénatal, je rencontre des femmes enceintes, parfois accompagnées de leur conjoint, le temps d'1h30, dans une salle dédiée.

Le chant prénatal découle de la Psychophonie, méthode fondée par M.L.AUCHER. Cette cantatrice et professeure de chant du XXe siècle a étudié les effets du son sur le corps humain. Ses travaux ont permis de créer une cartographie corporelle des « points du chanteur »: il s'agit des lieux du corps qui servent de soutien à la voix et ceux dont l'ouverture ou l'activation favorisent son épanouissement. Ces points entrent en vibration avec une fréquence musicale particulière (**voir Annexe 1**). Pour parvenir à construire cette carte, M.L.AUCHER s'est aussi appuyée sur les connaissances de la médecine traditionnelle chinoise mises en lien avec l'étude de la résonance: un matériau entre spontanément en vibration lorsqu'il est entouré d'un son à la même fréquence que la sienne.

M.L.AUCHER a observé que les femmes enceintes qui chantaient pendant la grossesse donnaient naissance à des bébés ayant un tonus du haut du corps plus harmonieux que la moyenne. Elle relate que les doigts de ces bébés étaient ouverts, le pouce venant au contact des autres doigts, dès la naissance. De plus, « *ces petites mains agiles se portaient tantôt à droite, tantôt à gauche, dans la même direction que son regard attentif* » (6, p.177), soulignant une très bonne coordination oculo-manuelle. Elle stipule alors que les stimulations sonores reçues pendant la vie intra-utérine laisseraient une empreinte sur le fœtus et l'aideraient à se développer.

Elle ajoute que lorsque c'est le futur père qui chante à la maison, les bébés bougent très bien le bas de leurs corps. Ainsi, « *la voix féminine « touche » le corps du fœtus approximativement du haut de la tête à la taille, et la voix masculine « touche » le corps approximativement des genoux à la poitrine* » » (6, p.118).

Associée avec F.LEBOYER, obstétricien accordant une grande place au bien-être fœtal, M.ODENT, chirurgien et obstétricien, et C.VERDIERE, sage-femme, elle adapta ses séances de chant aux femmes enceintes et leurs conjoints: le chant prénatal était né.

Ses observations m'interpellent. En quoi la pratique du chant pendant la grossesse permettrait de rendre ces bébés si ouverts et agiles dès la naissance? Quels sont les liens entre le chant prénatal et la voix dans les interactions précoces et la construction des liens affectifs?

Mon expérimentation du chant prénatal m'amène à faire de nombreux liens avec la psychomotricité. Je tenterai alors d'expliquer ici ces liens.

Les séances se déroulent généralement en 3 parties: le réveil corporel, suivi du temps de vocalises et enfin les chants.

Pendant le temps de réveil corporel: les participant.e.s sont accueilli.e.s dans un cadre de rencontre déterminé et bienveillant. Les couples ont à leur disposition tapis, coussins, gros ballons, couvertures. Après un moment d'échange, le travail commence avec un temps de recentrage guidé par la voix de l'encadrante. Des exercices de respirations sont proposés, utiles pour revenir à soi. La colonne du souffle, du périnée jusqu'à la bouche, s'active et tonifie la musculature. Le souffle est activé par la sangle abdominale: c'est là, au creux du ventre et de son bassin, que la femme enceinte est habitée. Son bébé, au centre de son corps, vient parfois lui rappeler qu'il ressent les contractions abdominales liées au mouvement de la respiration par de petits mouvements.

Le travail du souffle emmène vers une intériorisation propice à la construction d'une meilleure conscience corporelle. Nous invitons les participants à s'étirer autant de fois que nécessaire, bailler, souffler, tout en effectuant les mouvements qui viennent à eux spontanément. Ce réveil corporel préparatoire peut aussi passer par un temps de percussions corporelles, de mouvements de bassin afin de délier cette zone fortement sollicitée au moment de la naissance, ou encore d'exercices en lien avec l'axe corporel, l'ajustement tonico-postural, l'ancrage, etc. Ils visent aussi à procurer de la détente musculaire et nerveuse. Il s'agit d'activer toute la sensorialité des participants afin d'être dans un état de phonation optimal, la voix ne pouvant bien s'exprimer sans une bonne conscience corporelle connectée aux divers flux sensoriels.

Pendant le temps de vocalises: la respiration est plus consciente, la disponibilité des participants devient meilleure. Des voyelles sont chantées, parfois de manière « prolongée » afin d'apprendre à allonger le souffle, ce qui sera utile pour accompagner les vagues de contractions au moment du temps de travail de naissance. Les vocalises font entrer en vibration tout le corps. Elles demandent un certain ajustement tonique ainsi que de l'écoute de ses sensations et de ses besoins. Elles aident à échauffer la voix et à la découvrir tranquillement. Ces vocalises servent aussi à « *diriger le souffle, fortifier les reins, allumer les postes d'amplification sonore: tête, poitrine, ventre ; ranimer l'énergie ou la pacifier* » (27, p.224).

M.L.AUCHER ajoute que l'humain prend connaissance de lui-même « *par les sons des vibrations physiques qu'émettent tous les corps vivants* ». Selon elle, la réception du son sur le corps peut amener à de la décontraction, de l'assouplissement et de la disponibilité. Elle considère l'Homme comme un « *instrument récepteur d'abord, comme instrument émetteur ensuite* » (7, p.22). Cela souligne l'importance d'écouter sa voix et surtout d'écouter autrui avant d'émettre une quelconque réponse.

Les vibrations émises résonnent tant à l'extérieur du corps de la mère qu'à travers elle, par l'entrée en résonance du crâne et de la colonne vertébrale jusqu'au bassin qui, de par sa forme, résonne comme une « *voute de cathédrale inversée* » (33, p.14).

Le temps de vocalises se termine sur un temps de silence et d'entrée en connexion avec le bébé.

Pendant les chants adressés à l'enfant à naître: M.L.AUCHER a composé tout un répertoire de chansons prénatales et de diction en lien avec les différentes phases de la grossesse. La future mère voire les futurs parents s'adressent au bébé à naître, lui envoient messages et affection. Le fait de s'adresser à cet être permet au.x futur.s parent.s de le considérer, lui donner une place, l'inscrire comme individu appartenant à une famille qui l'attend, dans un moment intime. Le couple se prépare à la vie future aux cotés du bébé, l'imagine. Lorsque le conjoint est présent, il s'agit d'une belle occasion d'entrer en relation avec le bébé, qui perçoit particulièrement bien les vibrations vocales du père, plus graves que celles de la mère. L'encadrante peut proposer au futur père des techniques pour masser la future mère, à l'aide de ses mains et/ou de sa voix en dirigeant les vibrations graves produites sur le corps de la future mère.

Cet atelier soutient également le tissage des liens précoces parent.s-bébé. Le futur parent peut découvrir et sentir son bébé, qui réagit parfois en bougeant à son tour, mouvements qu'il peut interpréter. Les chansons sont l'aboutissement des séances, regroupant le travail de la posture, de la respiration et des vocalises. Les participants n'ont pas besoin de savoir bien chanter pour profiter des bénéfices de la séance.

Actuellement, grâce aux progrès techniques, le taux de mortalité materno-foetale a fortement diminué. Cependant, la technicité amène parfois les femmes à rationaliser davantage, intellectualiser la grossesse, le développement, etc. Ce n'est pourtant pas grâce à l'activité du cortex qu'il est possible de donner naissance: il s'agit d'un processus physiologique commandé par le cerveau reptilien, qui prend le dessus sur le cortex lorsque la femme se connecte à ses sensations corporelles. Cela est rendu possible grâce à une relative acceptation de ce qu'elle perçoit, en toute confiance et sécurité. La naissance est intime et marquante, tant pour la mère que pour le bébé.

Le chant prénatal propose aux futurs parents de venir habiter leur corps, « *et par le son, le rendre vivant et présent jusque dans ses recoins inexplorés. Il s'agit d'un pas à pas intime avec le ressenti, pour accorder son corps, instrument vibrant, par des promenades vibratoires où nous emmènent les sons et les vocalises* » (27, p.225). Cette pratique favorise l'ouverture physique tout d'abord, progressive, pendant la grossesse, pour arriver à une ouverture maximale au moment de l'accouchement. Enfin, pour les futurs parents, elle guide vers une ouverture totale du coeur pour accueillir le nouvel être humain. Par le chant s'expriment les émotions, surtout celles qui semblent inexprimables: la femme enceinte vit en elle-même de telles transformations qu'elle peut être « submergée », « envahie » par ce nouvel état. Dans cette situation, « *chanter, c'est encore ce que l'on peut faire de mieux quand les mots sont trop difficiles à dire* » (30, p.77).

De plus, « *le groupe, un instant, l'aide à porter ce petit, lui dit implicitement qu'il l'attend, qu'il fait déjà partie de notre communauté humaine* » (30, p.81). Une enveloppe sonore (et) groupale se crée, qui soutient et protège les participants grâce aux vibrations entrant en contact avec la surface corporelle et l'oreille de chacun. Le concept d'enveloppe sonore sera développé un peu plus tard dans cet écrit.

c. Le temps de la co-naissance

La mère qui accouche peut accompagner le travail de naissance par la voix. L'utilisation du souffle et des vibrations aide à l'ouverture et à la détente des muscles de la bouche et de la gorge, et plus globalement l'ensemble de la musculature. Le relâchement des muscles de la ceinture abdominale et du périnée permettra au col de l'utérus de se dilater plus efficacement. Le squelette étant une formidable caisse de résonance, les vibrations émises par les cordes vocales se transmettent dans tout le corps au travers de la colonne vertébrale, au niveau du bassin et de la cage thoracique. Les fréquences basses (sons graves) « *permettent la détente et une plus grande présence dans la partie inférieure du corps. Elles ont également un effet antalgique grâce à la libération d'endorphines, substances opiacées endogènes* » (33, p.12). Associées à des voyelles chantées comme le « O » et le « A », elles soutiennent l'ouverture globale et massent le bébé et sa mère conjointement. La voix du père, souvent plus grave que celle de la mère, peut aussi masser la dyade. Les fréquences plus hautes stimulent le système nerveux et apportent de l'énergie.

Le bébé venant de naître n'est plus porté physiquement dans le ventre de sa mère. Il peut être soutenu dans les bras de cette dernière, parfois déposé en appui sur sa poitrine. Dans ses premières minutes de vie, il bénéficie toujours d'un apport en oxygène grâce à l'activité placentaire qui continue tant que le cordon ombilical n'est pas coupé. Peu de temps après son passage dans le canal de la naissance, il prendra sa première inspiration: douloureuse, l'expiration qui suivra sortira souvent sous forme de cri. Ainsi, « *quelle qu'en soit la raison, par réflexe, les cordes vocales se ferment et, là où l'expiration aurait pu être silencieuse, la voix surgit. Premier souffle, premier son* » (31, p.32).

Selon P.H.WOLFF, il existe 5 types de cris dès la naissance - cri de faim, cri de colère, cri de douleur, cri de frustration, cri de plaisir - , ainsi que le « faux cri de détresse » qui apparaît vers la 3e semaine de vie du bébé. Il s'agirait d'une des premières réaction circulaire vocale: « *il est relativement indépendant de l'état de malaise psychique: le bébé utilise ce gémissement prolongé pour attirer l'attention de sa mère* » (40, p.232). Son apparition coïnciderait avec un enrichissement du registre vocal du bébé.

Les cris du bébé ainsi que ses pleurs poussent l'adulte à agir afin de mettre un terme à l'état de détresse perçue. Ils suscitent des affects intenses et parfois un sentiment « d'urgence », qui permet aussi d'amorcer des épisodes d'interaction.

Dès le premier cri du bébé se forme alors une sorte de « cordon ombilical acoustique », aidant le bébé à rester en lien par la voix avec sa mère. La parole est souvent utilisée par les parents dès ces premiers instants de leur relation avec le bébé. Leur voix demeure « *celle qui va le nommer, lui permettre de prendre corps et de se relier à sa mère, qui va lui permettre de prendre sa place dans le monde* » (13, p.71). De plus, d'après H.STORIK, en fonction des variations culturelles, il existe deux styles interactifs distincts: type distal et type proximal.

- **L'interaction distale** implique comme vecteur d'échange la voix et le regard principalement. Une certaine distance physique est présente entre la mère et le bébé, dont le portage physique est surtout assurée par l'utilisation de matériel (transats, berceaux, poussettes etc.). Ce contact distal caractérise davantage les sociétés occidentales, où les bébés sont portés contre le corps de leur parent principalement dans l'intimité du cocon familial et moins à l'extérieur.
- **L'interaction proximale** est plus présente dans les sociétés non occidentales comme en Afrique de l'ouest. Les bébés sont portés sur le dos de leur mère une bonne partie de la journée. Ils les accompagnent au travail et dans leurs activités. Ainsi, « *le bébé découvre le monde à hauteur d'humain, on lui parle et on le manipule beaucoup ; celui-ci joue sur le corps de sa mère et est bercé par ses pas* » (49, p.24). Les interactions tonico-émotionnelles sont valorisées au détriment des contacts visuels. Les interactions vocales sont aussi présentes dans ce mode d'interaction.

Le nouveau né possède déjà de nombreuses compétences. Il est notamment capable de distinguer des flux auditifs: « *il reconnaît, d'une part, le timbre d'une voix et/ou la prosodie particulière d'un locuteur, la voix maternelle indépendamment de ce qu'elle dit et, d'autre part, le contour mélodique et/ou des traits structuraux d'une comptine, d'un chant, de la, ou des langues maternelles indépendamment de la voix* » (25, p.53).

Le chant prénatal est donc intéressant de ce point de vue, car il confronte le nouveau-né à des sonorités connues qui peuvent alors le rassurer en lui donnant un sentiment de continuité. Cela se confirme dans les études montrant que le nouveau-né est capable « *de détecter des différences inhabituelles (en hauteur, en intensité ou en durée) au sein de pseudo-mots seulement s'il y a été familiarisé in utero* » (25, p.53).

Il est également capable de tourner les yeux vers une source, qui indique qu'une « *véritable forme de localisation auditive (coordination de fonctionnement auditif et visuel) semble être possible sans apprentissage* » (46, p.149).

À la naissance, le nouveau-né préfère la voix de sa mère à celle d'une autre voix féminine. Il montre également une préférence pour « *une comptine, ou un chant, définis spécialement par les expérimentateurs et régulièrement répétés par la mère pendant les six dernières semaines de sa grossesse* » (25, p.51). L'hypothèse d'une mémoire foetale des sonorités est donc confirmée. Les chansons, berceuses, comptines pourront alors être utilisées afin de calmer le bébé ou partager un moment d'interaction avec lui. La voix, qui est avant tout corporelle, devient « *un instrument qui s'accorde à l'autre* » (1, p.221).

Une autre étude montre qu'« *une capacité conversationnelle est déjà présente à la naissance avec une temporalité fine de moins d'une seconde* » (25, p.128). Cette communication innée entre la mère et son bébé serait due au fait qu'ils auraient appris à se « connaître » dans la période prénatale. Mais dans cette étude d'aussi belles interactions ont été observées entre le père et son bébé, ce qui amène à poser l'hypothèse d'une prédisposition à interagir chez le bébé.

Cette hypothèse se confirme à travers plusieurs études (25, p.126): le bébé a « *la capacité innée de communication et naît avec les moyens de parvenir à une compréhension intime de l'état mental émotionnel d'un partenaire attentif* ». Cette capacité de partage sympathique se nommerait « intersubjectivité innée » et reposerait sur les ressources internes du nouveau-né (autorégulation) et sur un « *étayage sympathique efficace du partenaire* » (hétérorégulation).

Dans cette perspective, la dyade deviendrait le lieu où la mère et le bébé se rencontrent mais aussi se « ratent », « *résultat d'une combinaison subtile de la capacité des deux partenaires de percevoir la motivation de l'autre à communiquer* », en référence aux travaux de E.TRONICK évoqués précédemment. L'expérience intersubjective « *lie le corps visible aux ressentis invisibles et relie surtout les personnes dans leurs vécus intimes. Elle est à la fois le résultat et la condition de l'accordage temporel et rythmique des voix et des gestes expressifs* » (29, p.50). L'interaction vocale au sein de la dyade est indissociable de l'interaction globale, c'est-à-dire posturale, visuelle, tonique, gestuelle, par les mimiques, la respiration etc.

Partager une pulsation commune, se synchroniser mais aussi persévérer suite à la désynchronisation fait partie du processus interactionnel. D'ailleurs, « *des bébés nés jusqu'à deux mois avant terme sont capables de synchroniser leurs expressions vocales avec celles d'un adulte pour participer à des « protoconversations »* » (24, p.56). Ainsi, le temps de synchronisation interactive partagé « *favorise l'intégration de schémas comportementaux dotés d'une certaine organisation temporelle et l'intégration de routines interactives spécifiques à la dyade* » (25, p.132): ce que nomme D.MARCELLI les « macro-rythmes » et « micro-rythmes » interactionnels. L'interaction vocale est caractérisée par des invariants temporels stables couplés à une variabilité temporelle sensible.

D.MARCELLI explique que le rythme « *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* » (39, p.124). Il existe alors une tension entre un besoin de régularité/répétition, trouvée dans l'agencement de macro-rythmes quotidiens, et une attente de surprise/étonnement, à travers les micro-rythmes.

Les **macro-rythmes** sont toutes les activités de soin relativement fixes d'une journée à l'autre que le bébé peut ainsi anticiper et grâce auxquelles il se trouve apaisé.

Les **micro-rythmes** se créent au moment d'une séparation entre la mère et le bébé, occasionnant de l'attente. Ces séparations peuvent être présentes dans l'interaction au sein de la dyade, lors de temps ludiques, de tromperie, de jeu. Elles sont « *du domaine de l'aléatoire, du gratuit, de l'inutile, du changement, de la surprise* » (39, p.126).

Les macro-rythmes créent une routine sécurisante et rassurante pour le bébé grâce à leur répétition permanente. Leur installation fait que les micro-rythmes ne sont pas vécus comme destructeurs pour le bébé.

La dyade en relation forme alors un système dyadique où chaque modification chez l'un entraîne une réorganisation des deux partenaires: l'échange se co-construit.

Fin mars 2021, Lila a 8 mois d'âge réel. Elle exprime ses besoins avec des signaux qui sont de plus en plus explicites pour Mme P. Pourtant, cette dernière se repère surtout grâce aux horaires de repas, de sieste, de temps d'éveil indiqués dans le carnet qu'elle reçoit de l'assistante familiale. Dans ce carnet est noté chaque soin effectué à Lila pendant les jours où elle est placée et l'heure à laquelle il est réalisé. Les éventuelles nouveautés sont aussi notées (changement de biberon par exemple). Ainsi, les temps de soin de Lila sont très bien installés dans le rythme de la journée et elle garde de nombreux repères, notamment matériels, entre le lieu de vie de l'assistante familiale et chez ses parents.

Cependant, Mme P n'introduit que très peu de temps de nouveauté dans le quotidien. Tout est calqué sur ce qui est noté dans le carnet transmis. Dès qu'un nouveau paramètre entre en jeu, Mme P est déstabilisée. Elle parvient parfois à faire appel à l'équipe soignante. Une fois qu'elle trouve solution à son problème, sa réponse aux besoins nouveaux est opératoire, identique aux réponses fournies par l'équipe. Par exemple, Mme P me récite parfois ce qu'elle doit faire si elle repère que Lila a une poussée dentaire. Elle m'explique, dans l'ordre, les actions à effectuer. Cette pauvreté dans la nouveauté couplée à l'inadaptation de Mme P lors de changements concernant Lila affecte cette dernière: les « surprises » sont aussi indispensables que la stabilité induite par les macro-rythmes dans le développement de l'enfant.

Comme l'explique D.MARCELLI, les micro-rythmes étant spontanés dans la relation, ils sont rarement considérés comme faisant partie des soins, même s'ils en sont. Mme P n'introduit que très peu de surprise et de changement. Il ne s'agit alors plus de micro-rythmes puisqu'ils ne sont pas enveloppants ni bordés par la mère.

Dans les situations de soin, les gestes de Mme P sont assez mécaniques et saccadés. J'observe peu de jeu entre elles dans ces moments, Mme P étant concentrée sur la technicité des gestes à effectuer et Lila sur autre chose. Les temps de surprise, d'interaction et de jeux comme le coucou/caché se retrouvent surtout dans les moments d'éveil de Lila.

Dans cette situation, le ton, le rythme et le sens des paroles de Mme P représentent des éléments pertinents cliniquement, mais les réactions de Lila le sont aussi: elle ne réagit que très peu aux paroles de sa mère et la regarde peu, concentrée sur autre chose. Nous pouvons faire l'hypothèse que cette coupure dans l'interaction vient du fait que Mme P est concentrée sur la tâche et donc moins présente à la relation avec Lila. De ce fait, cette dernière a choisi de tourner son attention vers d'autres flux sensoriels. Nous voyons ici l'importance d'observer les réactions du bébé aux paroles de la mère, mais aussi « *l'attention qu'il porte à sa mère, en particulier sur le mode visuel, les vocalisations ou les sourires qui peuvent répondre à sa mère* » (40, p.137).

2. Voix et interactions en psychiatrie périnatale

a. La voix dans les interactions mère-bébé

Selon le Modèle de la Régulation Mutuelle (MRM), les interactions entre mère et bébé sont perçues comme des « tentatives d'ajustement l'un à l'autre » ou chacun s'autorégule et où les deux acteurs se régulent conjointement et réagissent de manière bidirectionnelle.

Dans ce modèle, trois critères définissent la qualité des interactions: la synchronie, la mutualité et la contingence.

- **La synchronie** caractérise le temps de l'interaction et l'ajustement mutuel des états affectifs de la dyade ou de chacun des partenaires au même instant. Elle est propre à chaque dyade et son taux n'est jamais supérieur à 30%: comme nous l'avons déjà vu, la plupart du temps, les partenaires se « ratent ».
- **La mutualité** s'observe lorsque les deux partenaires sont dans le même mouvement, la même intention. Il ne s'agit pas de réciprocité compte tenu de l'imaturité psychique du bébé.
- **La contingence** qualifie un comportement qui répond de manière appropriée aux signaux qui l'ont déclenché. Le comportement maternel est dit « *non-contingent quand il n'est pas réglé sur les signaux du bébé, anti-contingent lorsqu'il donne une réponse contraire à ce que celui-ci recherche, contingent lorsque les interactions sont mutuelles et accordées* » (25, p.258).

Nous observons ici que Lila se coupe de la relation avec sa mère. Malgré la grande capacité d'adaptation du bébé, il arrive que les situations de « ratés » comme celle-ci provoquent un retrait

Pour Mme P, il est difficile de s'ajuster à Lila. Fin octobre 2020, alors que Lila a 3 mois en âge réel et 3 semaines en âge corrigé, Mme P ne parvient pas à l'endormir dans ses bras. En effet, elle adopte un comportement qui serait qualifié selon le MRM d' « anti-contingent »: elle parle fort près de son visage, lui pince le nez et les joues en riant, lui attrape les mains et les secoue, parfois la dépose sur son tapis d'éveil. Dans ces moments, Lila montre pourtant des signes de fatigue: elle baille, cligne des yeux, tourne la tête à l'opposé des stimulations que propose sa mère. Mme P semble les percevoir mais ne s'ajuste pas à ces signaux. En fin mars 2021, Lila est âgée de 8 mois en âge réel et 6 mois et 3 semaines en âge corrigé. Elle est parfois accompagnée au sommeil par les soignantes mais c'est surtout sa mère qui se charge de cela. Elle dépose Lila dans sa poussette et se déplace jusqu'à ce qu'elle s'endorme, ce qui semble bien fonctionner. Cependant, parfois déstabilisée par les pleurs bruyants de Lila, Mme P fera au plus vite pour la déposer dans la poussette, oubliant par exemple de la changer ou de lui mettre son manteau si elle doit partir. Dans ces cas, une fois Lila endormie, elle la réveille pour l'habiller ou la changer puis la repose dans la poussette.

relationnel du bébé. Il s'observe particulièrement lorsqu'il y a une répétition de comportements anti-contingents ou non contingents: le bébé ne supporte plus ce manque de congruence avec ce qu'il vit.

Le MRM observe les comportements et les affects (manifestations émotionnelles), les expressions du visage et les vocalisations (prosodie, contenu sémantique). Pour communiquer, le bébé utilise sa tonicité, ses mimiques, son regard, sa voix. Il s'exprime en fonction de ce qu'il perçoit de son interlocuteur et notamment de sa voix.

Selon la théorie de la musicalité communicative, la prosodie de la voix, c'est-à-dire son caractère musical, permet au bébé « d'entrer dans la danse » des interactions sociales qui mènent aux activités langagières. Elle s'observe dans trois dimensions sonores coordonnées entre elles:

- **La pulsation**, c'est-à-dire le rythme ressenti dans l'interaction. Certaines syllabes, motifs ou phrases sont parfois répétées plusieurs fois et donnent cette impression de périodicité dans l'échange. Ainsi, une interaction vocale mère-bébé est constituée d'épisodes de vocalisations entrecoupés de pauses courtes et compris entre deux silences plus longs. Selon D.STERN, « le « timing » de ces phases d'échange et de pauses longues est proche de celui qui caractérise les dialogues adultes » (24, p.60).
- **La qualité**, c'est-à-dire le lien entre l'expression, la vocalise et l'émotion. Par exemple, l'excitation joyeuse se caractérise souvent par un rythme de vocalise qui s'accélère. Le timbre, la hauteur et l'intensité sont des indices de cette dimension.
- **La narrativité**, c'est-à-dire le déroulement séquencé de l'interaction, comprenant un début, un développement avec souvent un « moment de rencontre » ou de « crise » où l'excitation est à son plus haut niveau et enfin un dénouement final. Cela crée une « expérience d'imagination partagée fondée sur les variations rythmiques et qualitatives du son » (25, p.87). Cette narration s'exprime au travers des variations d'intensité et de hauteur des voix qui « orientent les fils de la tension narrative qui monte et qui redescend, afin de maintenir l'attention, gérer l'excitation et amener la séparation par le calme retrouvé des voix et des corps » (29, p.52).

Non cité dans cette théorie, le « phrasé » règle aussi l'interaction: il s'agit de ce processus cyclique de vocalisations puis silences. Les groupes de vocalisations/silences se terminent généralement par une chute de l'intensité sonore, de la hauteur ou par un allongement final du son. Ces caractéristiques se retrouvent dans le langage parlé, dans la musique et même dans les chants d'oiseaux.

Dans l'interaction avec Lila, Mme P répète souvent son prénom en prolongeant la dernière lettre et en montant dans les aigus sur la deuxième syllabe. Elle dit souvent aussi « cacahuète, touc, touc » en accentuant les « touc » comme des notes piquées. Au début de leur hospitalisation, ces motifs vocaux étaient souvent émis conjointement à un rapprochement physique brusque de Mme P vers Lila, ce qui faisait sursauter cette dernière. Actuellement, Lila a intégré ces modes d'entrée en relation et y réagit la plupart du temps en souriant. De plus, Mme P ne les propose plus que sur des temps d'éveil, ce qui facilite l'entrée en relation du fait de la meilleure disponibilité de Lila.

Ainsi se créent des « formes tracées par les voix et les gestes, leurs qualités, la façon dont elles accélèrent ou ralentissent, s'expriment ou se devinent, et sont anticipées, qui constituent une sorte de vocabulaire de l'émotion subtil » (29, p.49). D.STERN nomme ce vocabulaire infiniment varié « contour dynamique du ressenti », ou « contour de vitalité »: il rejoint la théorie de la musicalité communicative en expliquant que les formes de communication du bébé dans les premiers mois sont plus proches de la musique que du langage. De plus, comme la musique, ces formes « ne transmettent pas de contenus spécifiques, pas d'idées circonscrites, mais plutôt des ressentis en mouvement, des souvenirs diffus, des affiliations » (29, p.49).

Ainsi, au début de sa vie, l'enfant perçoit principalement le para-langage (le timbre, l'intensité de la voix, son rythme, ses silences, hésitations, coupures) pour progressivement intégrer de plus en plus de mots (processus de représentation) et comprendre le langage verbal. Le para-langage fait partie de ce que l'on nomme le langage non-verbal, c'est-à-dire ce que nous communiquons le corps d'autrui par son regard, ses expressions faciales, sa posture, ses gestes, la proxémie qu'il instaure, ses éventuelles réactions de prestance etc.

b. Clinique de la voix en psychiatrie périnatale

Les bébés s'intéressent à la voix et sa musique. Le « parler-bébé » ou « baby-talk », langage employé naturellement par la plupart des mères accueillies à l'hôpital de jour lorsqu'elles s'adresse à leur bébé, est différent du langage utilisé entre adultes. Dans la plupart des cas, les gestes et expressions faciales des mères s'adaptent en fonction des préférences perceptives du bébé. Le « baby-talk » présente les caractéristiques suivantes:

- La hauteur qui augmente d'un octave plus haut (la voix devient plus aiguë),
- Le registre qui est plus large,
- La terminaison montante (fin de phrase avec un ton ascendant),
- La tendance à parler plus lentement et murmurer plus souvent,
- Le fait de faire des phrases plus courtes,
- L'accentuation de deux syllabes différentes dans un mot qui n'en a généralement qu'une seule accentuée.

Ce « baby-talk » attire les bébés, qui participent alors « *au flux musical de la parole de l'adulte en rejoignant vocalement les expressions modulées, en imitant les sons ou en complétant les unités expressives sonores* » (25, p.86). Dès les premières semaines de vie ont été identifiés des « tours de paroles » mais aussi des moments où les nourrissons vocalisent à l'unisson avec l'adulte, notamment lorsque l'émotion vécue est partagée. S'amorce alors une sorte de « dialogue vocal imaginaire » selon D.STERN: la mère monologue en s'adressant à son bébé, lui laissant un temps de silence pour une éventuelle réponse verbale impossible. Respectant les règles du dialogue, la mère donne à l'enfant la place d'interlocuteur, de sujet parlant authentique à venir.

Dans ces intervalles sonores, le silence est rendu présent, comme « *une première distance qui marque la différenciation et la séparation entre la mère et son enfant, et la reconnaissance de l'un comme séparé et distinct de l'autre* » (15, p.103).

Dès la naissance, nous avons vu que le bébé utilise sa tonicité, ses pleurs ou encore ses cris pour communiquer. Entre 6 et 8 semaines de vie, ses vocalises changent et deviennent moins nasalisées et plus résonnantes. Elles ne sont « *ni des pleurs, ni des appels liés à ses besoins vitaux, ni des bruits végétatifs liés à ses états physiologiques* » (13, p.72) et sont perçues par l'adulte comme des invitations à communiquer ou comme des réponses à ses sollicitations.

Aux alentours de 3 mois de vie, la gamme de phonèmes s'enrichit, les sons deviennent plus précis et sont combinés entre eux: c'est l'entrée dans le babillage.

Vers le 4e mois de vie, le bébé effectue des cris, sons soufflés et vibratoires, sons de gorge etc. C'est une période « *de grande créativité sonore où le bébé s'adonne à ces explorations de sonorités autant lorsqu'il est en présence d'autres personnes que lorsqu'il est seul* » (25, p.88).

Jusqu'à 6 mois, le bébé développe un répertoire de sons qui balaye toutes les langues humaines. La voix de sa mère s'y adapte: sa hauteur est à son maximum aux 6 mois du bébé. À cette période,

la boucle audio-phonatoire se met en place: le bébé commence peu à peu à contrôler sa voix. Dès 6 mois et jusqu'au 12e mois, sa voix va se spécialiser et ne produire plus que les sons propres à la communauté linguistique dans laquelle il se trouve.

Le bébé se situe alors moins dans l'expression et l'exploration de sa voix et cherche davantage à se faire comprendre en utilisant celle-ci: les sons prennent une valeur linguistique. En parallèle, la hauteur et la chaleur de la voix de la mère déclinent et passé le premier anniversaire du bébé, elle devient plus informative et directive.

Ainsi, la voix est « *un corps-instrument impalpable omniprésent* » (1, p.165): à la fois physique et psychique, elle est chargée d'affects et de représentations. Elle est aussi:

- ***Un support identitaire:*** grâce à l'exploration vocale qu'effectue le bébé, ce dernier devient progressivement apte à distinguer ses propres productions vocales de celles d'autrui, ce qui amorce le processus de différenciation et donc d'individualisation. La voix « *« passe de l'un à l'autre, elle est véhicule, mais aussi véhiculée, forme et substance (...). Le bébé qui découvre la potentialité de sa propre voix apprend en même temps à jouer avec le temps du partage dans lequel elle s'inscrit et à maîtriser les limites de l'espace entre le « je » et le « tu »* » (16, p.105).
- ***Un étayage à la construction des représentations corporelles:*** la voix vibre à l'intérieur et à l'extérieur du corps, permettant une progressive différenciation du dedans et du dehors. G.CORNUT parle d'ailleurs de « schéma corporel vocal » (20, p.42) constitué de l'intégration des perceptions auditives, visuelles et affectives.
- ***Un outil de la relation:*** un bain sonore se crée au moment de l'échange, propice au développement du langage. Les activités vocales en écho sont source de plaisir comme dans l'échange de regards et de sourires. Les interactions deviennent rapidement un jeu, un amusement réciproque, qui soutient l'attrait à la communication.

M.F.CASTAREDE est une psychologue et psychanalyste s'intéressant à la voix. Elle explique que pour parvenir au langage, l'enfant doit « *être accueilli dans sa manière de se dire et de communiquer* » (18): le bébé s'approprie la langue maternelle grâce à l'exploration de sa propre voix seul et lors des interactions, moment clé de partage où il se sent écouté, pris en considération, reçu, accueilli.

Tant dans sa voix grâce au tour de parole mis en place que dans ses gestes, l'adulte doit laisser la liberté, le temps et l'espace au bébé de s'exprimer. L'utilisation de la lenteur dans les gestes vient « *souligner la rencontre mais aussi la règle* » (56): l'adulte retient et ralentit son mouvement, diminue sa force, tourne son attention vers le bébé et chacune de ses réactions, en prenant le temps. L'espace de la rencontre se crée. Cet ajustement tonico-émotionnel fin est parfois difficile à déployer chez certaines mères accueillies, qui parfois s'enferment dans la rapidité, l'efficacité et la technicité des soins sans y mettre de nuances.

L'investissement dans la relation du bébé dépend aussi de son degré d'habitude à recevoir des réponses aux signaux qu'il envoie. Ces réponses doivent être en adéquation avec sa demande, régulières (une même réponse pour une même demande) et systématiques (une demande amène presque toujours une réponse). Les situations de discontinuité sont défavorables pour le bébé.

Heureusement, la plupart des mères se « connectent » assez spontanément aux états affectifs de leur bébé, en adoptant souvent en réponse le « baby-talk ». Cette coordination entre l'état du bébé et l'expression de l'adulte semble avoir lieu sans conscience manifeste de la part de l'adulte. Dans l'interaction se crée alors un « miroir émotionnel dynamique » afin de soutenir les états positifs du bébé et atténuer les états négatifs: il s'agit d'un phénomène de régulation. Ainsi, « *un bébé peut parvenir à maintenir un état alerte propice à la communication lorsque le parent se comporte de façon contingente* » (25, p.130).

Lila est un bébé qui apprécie particulièrement l'interaction, qui sourit et vocalise beaucoup, cherche du regard. Elle observe son environnement et réagit aux flux sonores de manière adaptée. Son développement vocal est normal.

La prosodie de Mme P correspond au « baby-talk » évoqué ci-dessus lorsqu'elle s'adresse à Lila. Le traitement médicamenteux de Mme P l'aide à stabiliser son trouble schizo-affectif. Dans la schizophrénie, notamment en période de décompensation, la voix change. Le retrait affectif s'exprime à travers une monotonie de l'intonation, des faibles variations de la hauteur de la voix, une mélodie moins riche, mais aussi des variations de tempo associées à des incohérences de la pensée. Ces indices apparaissent parfois progressivement ou subitement et ne s'observent pas: ils s'entendent dans l'échange.

En psychiatrie périnatale, nous remarquons que l'utilisation de la voix à des fins de communication avec le bébé n'est pas forcément évidente. Les mères souffrant de dépression ont parfois une voix éteinte, non adressée au bébé, faible de tonus. Cela peut avoir des conséquences sur la qualité des échanges avec leur bébé. Certaines mères ne parlent que très peu à leur bébé, ne sachant pas « quoi leur dire » ou n'en saisissant pas l'intérêt. Leur disponibilité psychique n'étant pas toujours optimale, la verbalisation de ce qu'elles observent de leur bébé devient compliquée, tout comme la verbalisation de leurs propres vécus corporels.

La voix peut aussi se situer dans les extrêmes concernant son rythme: dans les cas de troubles bipolaires par exemple, elle est parfois très rapide, presque sans pauses ni silences, à la limite de la logorrhée, ou bien absente.

Au sein de l'hôpital de jour, la plupart des mères accueillies ont un traitement médicamenteux qui leur permet de stabiliser leur maladie. Cependant, la voix reflétant très clairement les états affectifs, elle est un indice précieux sur l'état général de la mère. De longs silences chez une mère

habituellement bavarde peuvent laisser supposer la présence d'angoisses. Ce langage paraverbal s'associant au contenu échangé dans les échanges verbaux guident l'équipe soignante dans l'accompagnement de ces mères et de la construction du lien avec leur bébé. L'étude du développement vocal du bébé ainsi que l'analyse du « baby-talk » permet alors de saisir encore plus justement les modifications subtiles de la voix des mères accueillies et de ce qui se joue dans la relation. En effet, le « soutien parental intuitif du développement vocal et verbal du bébé » (48, p.31) dépend de l'accordage mélodique et rythmique constituant la base des échanges mère-bébé.

Mme P a des difficultés de modulation sensorielle, en particulier sonore. Dès que l'environnement ambiant est trop bruyant pour elle, elle se désorganise. Cette désorganisation a un impact fort sur Lila: Mme P ne parvient plus à s'organiser pour effectuer les soins dont Lila a besoin, ou bien le déroulé de l'action est décousu. Il est souvent nécessaire d'accompagner Mme P dans l'élaboration et la planification de l'action à effectuer dans ces moments.

Mme P est parfois capable de sentir qu'elle est saturée au niveau sonore: dans ces cas, elle récupère Lila et cherche une pièce au sein de l'hôpital de jour pour s'isoler. Lorsque je lui demande ce que l'excès de bruit provoque chez elle, elle monte ses mains proches de sa tête en verbalisant que le bruit « lui monte à la tête » et que « c'est désagréable ».

Il lui arrive aussi de s'isoler sans que le volume sonore et l'agitation soient importants, afin de « protéger Lila » du bruit. Mme P projette souvent ses propres états sur sa fille et lorsque nous en discutons, elle semble persuadée que sa fille ne supporte pas le bruit. Pourtant, Lila ne semble pas déstabilisée dans le salon des mamans et apprécie le contact avec les autres bébés. Elle écoute les conversations des adultes, vocalise avec les autres bébés, prend part à la constitution du bain sonore.

Nous constatons ici que l'ambiance sonore générée par le groupe des mamans et leurs bébés au sein du salon des mamans peut aussi avoir un effet désorganisateur suivant les capacités de modulation et d'intégration sensorielle de chacun. Pour Mme P, elle ne semble pas être rassurante, ni contenante, bien au contraire: elle est intrusive.

Conscientes de cela, la psychomotricienne et moi-même sommes particulièrement vigilantes à cette ambiance sonore et l'agitation qui l'accompagne. Nous n'hésitons pas à proposer régulièrement à Mme P de s'isoler avec sa fille. Souffrant d'un trouble schizo-affectif, nous pouvons aussi émettre l'hypothèse que Mme P a des enveloppes psychocorporelles fragiles qui la font se sentir intrusée plus facilement que la normale: dès qu'elle sature au niveau sensoriel, un sentiment d'insécurité pourrait alors apparaître, ce qui motiverait Mme P à s'isoler pour se protéger.

c. L'enveloppe sonore

Selon D.FALK, il existe une continuité dans l'évolution de l'espèce humaine entre le toucher et le son, entre un *holding* physique et un *holding* sonore. En effet, le bébé ne pouvant être porté contre le corps de sa mère constamment, c'est le rythme et la mélodie de la voix de sa mère qui prennent le relai pour assouvir le besoin d'être porté. La voix « *devient enveloppe, devient corps, rend l'autre présent en son absence, raccourcit le temps en comblant le manque* » (29, p.55). L'enveloppe sonore est constituée des sons émis par l'environnement et par le bébé, le rassure et l'aide à apprivoiser la distanciation corporelle.

Selon D.ANZIEU, l'enveloppe sonore est « *une enveloppe souple et ferme qui délimite et unifie (...) une peau vivante pour les pensées* » (29, p.55). Elle contient et régule l'excitation dans l'échange. Son caractère élastique provient de « *la dialectique dynamique entre stabilité rythmique et variabilité expressive* » (28, p.14). Lorsque la mère « donne le rythme », elle crée une enveloppe contenant qui se décompose en temps forts et temps faibles (sortes de macro-rythmes et micro-rythmes) qui se succèdent avec régularité. Pour que l'« orchestration » de l'échange soit bonne, une certaine harmonie du langage verbal et non-verbal et un ajustement des affects, reflets de l'accordage entre les partenaires, doivent s'installer.

D.ANZIEU évoque la présence dans les temps d'interaction d'un « miroir sonore », nommé aussi « peau audiophonique » servant à la construction du Moi-Peau et donc des enveloppes psychocorporelles. Il écrit : « *avant que le regard et le sourire de la mère qui le nourrit et le soigne ne renvoient à l'enfant une image de lui qui lui soit visuellement perceptible et qu'il intériorise pour renforcer son Soi et ébaucher son Moi, le bain mélodique (la voix de la mère, ses chansons, la musique qu'elle fait écouter) met à sa disposition un premier miroir sonore dont il use d'abord par ses cris (que la voix maternelle apaise en réponse), puis par son gazouillis, enfin par ses jeux d'articulation phonématique* » (15, p.98). Les échanges sonores permettent au bébé de recevoir en miroir une image de lui-même dans l'immédiateté de l'échange, le miroir sonore et le miroir visuel étant à la base de la construction narcissique.

La mère renvoie au bébé quelque chose du « pareil » (imitation, reprise des vocalises, modulations à partir de ce qu'elle perçoit du bébé) mais aussi du « différent » par le biais de l'enrichissement passant par la mise en mots ou l'utilisation d'autres canaux sensoriels. Cet « accordage affectif » basé sur les échanges vocaux permet au bébé d'enrichir ses représentations, son expressivité et l'introduit dans le processus d'individuation.

E.LECOURT se basant sur les travaux de D.ANZIEU affirme que le bain sonore est fondamental pour introduire le nourrisson dans l'univers humain et lui donne des qualités de contenance, d'harmonie et de continuité rappelant le milieu intra-utérin. Cependant, le simple bain sonore ne suffirait pas à constituer une enveloppe : la condition serait qu'advienne « *une mentalisation du vécu sonore, étayé sur les expériences tactiles et visuelles* » (15, p.99). L'enveloppe sonore associée aux autres enveloppes sensorielles (tactile, visuelle, olfactive etc) sert de base au

développement psychique et à l'avènement du sentiment d'existence du Soi. Ainsi, les sonorités relationnelles « *touchent, caressent, enveloppent, protègent des intrusions* » (15, p.99): elles constituent pour le nourrisson une première protection pare-excitante.

Au sein de l'hôpital de jour du Réseau de Psychiatrie Périnatale, nous observons des défauts d'ajustement du « miroir sonore »: les mères ont des difficultés à s'ajuster dans l'échange avec leur bébé, ce qui constitue une des raisons pour lesquelles elles bénéficient de soins conjoints.

D.ANZIEU définit alors trois formes de défaut du miroir sonore (42, p.17):

- **La discordance:** lorsque le miroir sonore intervient à contre-temps des manifestations du bébé,
- **La brusquerie:** quand le miroir sonore passe de l'insuffisance à l'excessivité de manière arbitraire et incompréhensible pour le bébé,
- **L'impersonnalité:** lorsque la mère ne renseigne le bébé ni sur ce qu'il ressent, ni sur ce qu'elle ressent, ou bien en se parlant à elle-même devant lui, que ce soit à voix haute par la parole ou lors des moments de silence. Le miroir sonore n'est structurant que si la mère exprime à son bébé quelque chose d'elle et de lui.

Lorsque le bébé ne se sent pas contenu, exister psychiquement, porté par sa mère, il développe ce qu'appelle A.BULLINGER des « agrippements sensoriels ». Il se concentre sur une source sensorielle et la fixe: par exemple un point lumineux au plafond, un son, une contraction musculaire dans son corps. Selon E.BICK, cela permet au bébé de « *sauvegarder son identité en se collant à ses perceptions, mobilisant son attention comme s'il avait besoin de se protéger d'éprouvés trop intenses, d'angoisses déstabilisantes* » (41, p.28). Le déploiement de ce moyen de défense a des conséquences chez les jeunes enfants adoptant des conduites comme l'évitement de regard, la dérégulation émotionnelle, le « gel émotionnel » ou encore la « lutte » contre les angoisses, contre les autres enfants, contre l'autorité...

Ainsi, les enveloppes psychocorporelles du bébé se construisent différemment en fonction du vécu corporel ressenti dans l'interaction. Ces enveloppes n'auront pas toujours la même qualité, souplesse et fermeté:

- Si l'enfant se sent en sécurité et a intériorisé l'attention que l'on lui adresse, il pourra se tourner vers le monde en se sentant unifié et différent d'autrui. Chaque entrée en relation à l'autre sera l'occasion d'attirer sa curiosité et ouvrira un espace de rencontre.
- Si l'enfant a du trop souvent se défendre contre l'intrusion, rester sur la défensive voire être dans le retrait relationnel, ses enveloppes seront plus fragiles. Autrui sera parfois envisagé comme « *une partie de lui, potentiellement intrusif, excitant ou « sauveur* » » (41, p.29), ce qui évoque la fusion mère-bébé du début de vie.

Finalement, « *les premiers enveloppements qui se construisent via des modalités sensorielles de reconnaissance perceptives - la voix, le regard, l'anticipation des gestes, les mimiques, l'odorat - s'installent dans la continuité des relations, et communications entre le bébé et ses figures d'attachement* » (41, p.22).

3. Portage thérapeutique par la voix

a. Construction d'un atelier de chant post-natal à l'hôpital de jour

Inspirée par ce que j'observe lors des ateliers de chant prénatal et en séance de psychomotricité à l'hôpital de jour, j'ai décidé de penser un atelier « Chant maman-bébé » à destination des dyades.

Cet atelier s'est construit selon le déroulé d'une séance de chant prénatal, en prenant en compte certains paramètres propres à l'hôpital:

- **Nombre de participant.e.s:** en plus des mères, il y a aussi les bébés, dans leurs états de disponibilité du moment.
- **Cadre temporel:** il est difficile d'effectuer une séance de plus de 45 minutes à l'hôpital et les dyades ne s'y rendent qu'un à deux jours par semaine.
- **Cadre spatial:** la salle de psychomotricité n'est pas très grande et lorsque l'hôpital accueille de nombreuses mères sur la journée, elle n'est parfois pas disponible.
- **Cadre matériel:** privilégier le minimum de matériel possible afin de rester dans un atelier simple, dont l'installation est rapide afin de s'adapter aux rythmes des dyades.
- **Cadre psychique:** l'atelier est construit sur les bases théoriques de la Psychophonie, des études effectuées à propos des compétences du bébé, en lien avec le développement psychomoteur et l'étude des interactions mère-bébé.

Il s'agit de proposer une séance individuelle à une dyade en fonction de la problématique observée et de son projet de soin. Bien entendu, l'atelier serait adaptable en fonction des besoins manifestés, surtout concernant la dernière partie (chants).

L'atelier pourrait débiter et se terminer par un temps de verbalisation des ressentis, un retour sur ce qui a été vécu. La maladie psychique entrave parfois la disponibilité psychique ainsi que les capacités d'élaboration, mais il me paraît important de proposer cet espace de parole où les mères peuvent déposer ce qu'elles souhaitent, dans la mesure du possible.

L'encadrement de l'atelier se ferait par une psychomotricienne et une seconde encadrante (infirmière, stagiaire en psychomotricité, auxiliaire de puériculture, psychologue...). Mettant en mouvement les dyades, il est intéressant d'avoir un regard particulier sur ce qu'il se joue au niveau du langage corporel des mères et de leurs bébés. De plus, les exercices de respiration ou de vocalises se doivent d'être accompagnés: mettant en lumière et/ou libérant de tensions corporelles, ils peuvent occasionner de la gêne, l'envie de pleurer, de parler, d'exprimer certaines émotions etc. L'hôpital de jour offre des soins conjoints mère-bébé ayant pour objectif d'accompagner la construction du lien au sein des dyades: cet atelier offrirait un instant privilégié entre la mère et son bébé, de plaisir et de communication dans le corps à corps et l'interaction.

Les axes de travail seraient:

- Proposer un temps de recentrage et de conscience corporelle à la maman afin de favoriser la connaissance de soi ainsi que la prise de conscience d'éventuelles tensions corporelles.
- Renforcer le lien mère/bébé en créant un moment d'échange et de partage grâce à des chants simples à retenir et reproduire, vecteurs de communication.
- Travailler sur la notion de portage dans son ensemble: portage physique par les bras, portage psychique par le regard, la voix, la dynamique de groupe, l'enveloppe sonore...
- Favoriser une meilleure régulation tonico-émotionnelle grâce aux exercices respiratoires et à l'exploration des vibrations dans le corps.
- Soutenir le développement psychomoteur de bébé grâce aux sensations apportées dans les moments de dialogue corporel, favorisant ainsi la bonne construction du schéma corporel, des coordinations, la communication et l'accordage psycho-affectif avec la mère.

Déroulement de l'atelier :

Début de séance: accueil de la participante et de son bébé, rituel de « météo du jour » pour faire le point sur les sensations du moment et les besoins associés.

Réveil corporel par le biais de percussions corporelles, étirements, techniques de respirations qui favorisent l'ancrage et la prise de conscience des appuis. Ce temps est réservé à la maman en fonction de son état tonique du moment et des besoins manifestés (détente, apaisement ou encore dynamisation). Le bébé serait installé sur le tapis devant elle avec des jouets et la possibilité d'entrer en interaction avec elle s'il le souhaite.

Exemples d'exercices de réveil corporel:

- « douche » sensorielle: faire semblant de se laver tout le corps avec les mains en les frottant, enlever les gouttes restantes pour se sécher à l'aide de mouvements de balayage des mains...
- Sentir les différents étages de la respiration: poser les mains devant la bouche et respirer bouche ouverte / poser les mains sur le haut du thorax, sur les côtes flottantes (flancs), sur le ventre, sur le bas du ventre et amener l'attention sur le mouvement respiratoire.
- Entendre par les mains et Percevoir les vibrations sonores (**Annexes 2 et 3**)

Respirations et vocalises : respirations guidées, exploration de la voix par la production de sons et de vocalises simples. Peut s'effectuer debout avec ou sans bébé dans les bras/dans un moyen de portage ou encore au sol avec bébé. Différentes postures seraient proposées et des images mentales seraient données afin de nourrir des intentions particulières dans l'émission du son. Tout comme dans les ateliers de chant prénatal, la respiration et les vibrations provoquées par les vocalises ramènent l'attention à ce qui se joue dans le corps. Ce travail s'avère complémentaire de

la rééducation du périnée grâce au travail du souffle et de conscience corporelle du plancher pelvien: plus ce dernier est tonique et plus la voix sera forte et puissante.

Exemples d'exercices de respiration et vocalises:

- Enroulement et déroulement sonorisés de la colonne et déroulé sonorisé des vertèbres au sol (**Annexes 4 et 5**)
- Reproduire une note de musique en soufflant dans une paille
- Vocalises simples sur « miam », « o », « a », « mo -o »...
- Exercices de soutien périnéal (**Annexes 6, 7 et 8**)

Temps de chant maman-bébé : proposition de berceuses, comptines et chants du monde aux paroles les plus simples possible, accessibles et nécessitant peu d'apprentissage. Les chants s'effectueraient (dans la mesure du possible) en mouvement/déplacement (balancements, marches, mouvements spontanés...), le bébé porté par sa mère. Si se déplacer en portant le bébé s'avère compliqué pour la mère, il est aussi possible de prendre bébé sur ses genoux en étant assise: la communication tonico-émotionnelle continue. La mère peut aussi s'installer en face à face avec son bébé et effectuer des comptines à gestes.

Les balancements et bercements s'inscrivent dans un rythme particulier, dans lequel la mère et le bébé sont emportés. Ces mouvements sont utiles pour « *intégrer le corps dans sa globalité* » (3, p.107) et sont à l'origine de multiples expériences sensori-psychomotrices pour le bébé et sa mère. Certaines techniques de balancements sont d'ailleurs utilisées afin d'aider à l'intégration de réflexes archaïques, notamment le réflexe de Moro, le réflexe tonique asymétrique du cou, le réflexe tonique symétrique du cou ou encore le réflexe tonique labyrinthique. De plus, ils apportent une détente corporelle et activent les sens vestibulaires et proprioceptifs.

Dans les marches, balancements et bercements les rythmes créés sont en lien avec la qualité des appuis et du repoussé du sol, de l'ajustement tonique, de la structuration spatio-temporelle ou encore des capacités de coordination/dissociation. In-utero, le bébé était bercé lorsque sa mère se déplaçait, notamment en marchant: la rotation de son bassin faisait vivre au fœtus un mouvement latéral, atténué par le liquide amniotique. Après la naissance, en chantant une berceuse, la mère se balance la plupart du temps spontanément de gauche à droite. La berceuse permet d'envelopper les bébés de sons et de mouvements qu'ils ont ressenti pendant 9 mois: elle est utilisée pour endormir bébés et enfants dans le monde entier depuis des générations.

Ces chants pourront ainsi être repris en dehors de l'atelier, notamment à la maison. Ainsi, « *les comptines, jeux corporels sensoriels et vocaux, les chansons partagées constituent un élément fédérateur entre l'adulte et l'enfant* » (27, p.239).

Exemple de berceuses, comptines, chansons à proposer (Annexes 9, 10, 11, 12 et 13):

- Comptines à gestes: « Les petites marionnettes » et « Tapent petites mains »
- Chanson avec bercements: « La mer est calme »

- Chanson avec marche et/ou balancements: « Un éléphant qui se balançait »
- Berceuse: « Dodo, l'enfant do »

Fin de séance: proposition d'un temps de verbalisation et d'échange.

L'atelier est pensé pour être adaptable tant à la mère qu'au bébé. Concernant la mère, il s'agirait de faire attention à son état de fatigue, sa disponibilité, sa manière d'habiter son corps pendant les mises en jeu corporelles. Contenance et sécurisation devront être dosées le plus justement possible afin de trouver un équilibre entre liberté/espace d'expression et propositions plus fermées. L'investigation d'éventuelles douleurs ou gênes sera aussi à effectuer en début de séance. Tout au long de l'atelier, les mouvements peuvent être stoppés ou simplifiés au besoin afin qu'ils restent toujours agréables à vivre.

Au cours de l'atelier, des pauses peuvent être faites afin de nourrir le bébé, l'accompagner au sommeil, le changer etc. Il est également possible de se servir des chants, des bercements, des marches, par exemple pour calmer les pleurs du bébé. Ces « outils » pourraient être réutilisés au quotidien par les mères si l'expérience a été vécue comme positive pour elles et le bébé. Il s'agit aussi de ne pas sur-solliciter le bébé: plongé dans ces expériences multi-sensorielles (adaptées en fonction de son âge), le moment partagé doit rester plaisant et ne pas générer « trop » d'excitation.

Cet atelier pourrait être proposé à Mme P et Lila afin d'accompagner l'ajustement tonico-émotionnel dans le portage et la sensibilité sonore de Mme P. Compte tenu de ses douleurs au genou, Mme P n'aurait peut être pas pu effectuer les marches et autres déplacements, mais il aurait été intéressant de proposer bercements et balancements en position debout et assise. De plus, Mme P repérant correctement les signaux de fatigue de sa fille mais ne lui proposant pas de bercements, cela aurait été l'occasion de l'y accompagner et faire vivre à cette dyade un accompagnement à l'endormissement dans une enveloppe sonore douce et contenant, Lila bercée par les chants de Mme P et les mouvements de son corps.

Dans cet atelier tout comme en séance de psychomotricité, la voix de la psychomotricienne est impliquée, verbalisant, soutenant, enveloppant, chantant avec ou laissant chanter. Les deux encadrantes s'impliqueraient corporellement avec la mère et son bébé, les portant psychiquement et physiquement.

Le chant implique notre corps tout entier, de même que notre imaginaire, notre mémoire, notre envie et notre capacité relationnelle. La vibration participe à la construction et au remaniement constant du schéma corporel et aide à la perception d'un corps « habité ». En psychiatrie périnatale, la voix est partout et il arrive régulièrement que les mères chantent en s'adressant à leur bébé.

b. Rôle de la voix des soignants

Depuis le début de ce mémoire est évoquée la voix physique, celle produite par la combinaison du souffle, de la coordinations de l'appareil vocal et de l'état tonico-émotionnel. Cette voix est entendue par autrui, nous choisissons de la faire vibrer afin d'entrer en relation. Elle est pour chaque membre de l'équipe soignante un moyen de communiquer, transmettre les informations, élaborer le soin. Elle guide les mères dans leurs questionnements, informe, partage les informations. Elles sont aussi un moyen d'entrer en relation avec les bébés accueillis, de les porter, les envelopper de chants et de douces paroles. L'équipe soignante porte les dyades et se décharge de ce poids lors du temps de supervision. L'institution joue alors ce rôle de « porteuse » du soin, comme nous l'avons évoqué dans la première partie de ce mémoire.

Une autre voix, plus communément appelée « voix intérieure » ou « intuition » joue aussi un rôle dans la manière d'être et de faire des soignants. Certains la considèrent comme un guide, d'autres l'écoutent peu. Il s'agit d'une voix silencieuse que l'on est seul à entendre. Elle est la « *matrice du pouvoir de notre voix audible* » (1, p.238) car c'est elle qui donne l'impulsion à nos projets, actions, décisions, paroles.

Tout au long de mon stage, j'ai essayé d'écouter mon intuition et ai tenté d'être dans un état de disponibilité et d'écoute profonde envers moi-même et envers autrui.

Le fait de proposer des soins conjoints mère-bébé mobilise nos capacités d'attention conjointe et nous amène souvent à un travail autour de la contenance, de la sécurisation, des enveloppes. Ce travail touche des niveaux très primitifs, voire archaïques en chacun de nous. Il m'est arrivé de ne pas avoir les mots justes, de rester silencieuse, d'être déstabilisée. Il m'est arrivé aussi de « trop » dire ou de ne pas oser dire.

Le silence laisse place aux questionnements, aux regards, mais surtout à l'intégration de ce qui vient d'être dit. Notre corps reçoit les vibrations produites par la voix d'autrui ou la nôtre et se les approprie dans ce temps qui peut-être considéré comme un retour à soi. Le silence « *remplit de sens la parole qui le précède* » (45, p.76). Il est la ponctuation orale du discours et l'ancre dans le moment présent. Le silence, lorsqu'il se manifeste en séance entre thérapeutes et patients, sollicite la capacité à être seul en présence de l'autre. Selon C.POTEL, « *la question de la présence/absence est au coeur de ce silence partagé où chacun est cependant séparé, individué* » (45, p.78).

La place du silence dans le soin doit aussi être respectée: c'est d'elle qu'émerge l'altérité. Il y a du silence et du son en alternance, créant des espaces et des rythmes, dans une concordance sensorielle progressive qui « *assure notre continuité existentielle, la mienne et celle de l'autre* » (15, p.106).

Ainsi, la voix est le reflet de l'identité professionnelle, de la présence à l'autre et à soi. Elle est intimement liée à notre respiration, modulable par notre conscience. La voix « *est immanence par son émotion et transcendance par la métamorphose de l'énergie du souffle en vibration* » (L, p.165), comme l'écrit si bien J.ABITOL. La voix des soignants s'adapte aux patient.e.s, se module, recherche la justesse et la guidance tout en laissant la place à l'expression de chacun. Cet ajustement est rendu possible grâce à l'empathie, qui permet de comprendre l'émotion du patient.

Au sein de l'hôpital, il est parfois difficile voire impossible de comprendre l'émotion des mères. La maladie psychique fait qu'elles adoptent parfois un fonctionnement différent de la norme, ce qui peut dérouter, questionner, perturber les soignants, leur renvoyer des choses difficilement représentables psychiquement. Dans ces cas où le mental ne peut expliquer ce qu'il se passe, l'intuition peut se révéler utile. Le bon ajustement de la voix en fonction de ce que l'on ressent peut instaurer un climat de sécurité dans la relation et devient alors un outil thérapeutique.

c. Conclusion

S'intéresser à la voix au sein des interactions permet de prendre conscience de son importance dans la construction des liens. L'enveloppe sonore qui se crée permet de « *contenir et de réguler l'excitation de l'échange pour amener une créativité constructive et non débordante* » (28, p.14).

Je ressens clairement l'effet de cette enveloppe sonore lors des ateliers de chant prénatal. La proposition d'un atelier autour de la voix, de la respiration, du son permet d'aborder de nombreuses notions psychomotrices en plus d'étayer la construction du lien mère-bébé.

Le *holding* sonore offert par les soignantes apporte aux mères de la contenance supplémentaire. Les mots transmis aux mères les guident, informent, transportent parfois. La plupart des mères donnent une grande légitimité à ces mots, les écoutent et parfois s'en imprègnent. Le *holding* physique de la dyade étant rare, ils prennent une grande place dans le portage de la dyade. Ces mots s'accompagnent d'une prosodie particulière, associée à un rythme adapté au tempo de la dyade.

Lila est un bébé qui aime communiquer. Il s'agit d'une puissante ressource, car par l'entrée en relation, elle tisse des liens avec celles et ceux qui s'occupent d'elle, qui lui offrent un soutien, un portage. Ce bébé bénéficie de nombreux points d'appuis qui lui sont indispensables afin de lui apporter de la stabilité, notamment émotionnelle. Ses compétences relationnelles sont excellentes et elle s'intéresse à son environnement. Malgré son léger retard de développement (en partie du à sa prématurité), Lila semble s'être faite aux contraintes que lui impose son placement et s'y adapte comme elle le peut. En avril 2021, la transition entre ses parents et sa famille d'accueil est difficile et un temps de réadaptation est nécessaire pendant au moins une journée. L'autonomie que souhaitent ses parents semble en inadéquation avec la situation: la dyade a encore besoin d'un important étayage.

Mme P est toujours très déstabilisée par le niveau sonore et l'agitation qui émane du salon des mamans. Sa désorganisation est en partie due à sa maladie mais sûrement liée à des difficultés de modulation sensorielle (sonore en particulier). Cela engendre de lourdes conséquences sur la manière dont elle s'occupe de sa fille. Lui faisant vivre des expériences peu congruentes, l'étayage des soignantes paraît indispensable tant pour guider Mme P que pour mettre du sens sur ce que vit Lila. Pour cela, les soignantes utilisent principalement leur voix: elles verbalisent, remarquent, commentent, suggèrent.

En psychomotricité, nous opérons aussi à un portage par la voix pour cette dyade. Mme P pose peu de questions mais nous interpelle régulièrement par le regard. Elle est en demande de berceuses à chanter en fin de séance lorsque Lila montre des signes de fatigue. Je ne l'ai jamais entendue chanter spontanément à sa fille, mais elle lui parle beaucoup. Mme P a besoin que l'on chante avec elle, que l'on crée une enveloppe sonore dans laquelle elle va ajouter sa voix. Depuis le début de leur prise en charge, elle utilise sa voix pour entrer en relation avec sa fille, mais avec des phrases qui se répètent, ce qui semble devenir lassant voire intrusif pour Lila. Cela rappelle son fonctionnement global très « figé » qui s'ajuste peu à sa fille et aux changements.

CONCLUSION

À travers l'étude de cas de Mme P et sa fille, nous nous sommes confrontés aux limites du portage. Nous avons mis en lumière le fait que ce portage physique et psychique in-utero du bébé amorce le processus de création du lien affectif, qui doit continuer de se tisser dans la relation mère-bébé dès la naissance. Les bras, les soins, les câlins, les regards, la posture, les gestes, les sourires, le toucher, les émotions partagées ou encore les mots prolongent le portage amniotique et constituent la base du portage dyadique. Tout un tissage vibratoire affectif et relationnel s'organise autour de la polarité maternelle, déstructuré dans les cas où la mère souffre d'une maladie psychiatrique. Des difficultés d'ajustement tonico-émotionnel surviennent, la qualité du portage est atteinte et la communication entravée. Le besoin de sécurité et d'enveloppement est accru.

La mère perçoit souvent moins bien le langage tonico-postural que la voix du bébé: en effet, les capacités vocales de ce dernier sont largement en avance sur ses capacités motrices. Lui-même enveloppé de sonore dès le début de sa vie, il se sert aisément de sa voix pour attirer l'attention de sa mère. Lorsque celle-ci répond à son besoin en le portant, lui offrant les soins dont il a besoin dans une dynamique relationnelle harmonieuse, le bébé peut se regrouper et intérioriser les expériences vécues. Ce retour à soi lui permet de construire sa confiance en lui, ses sentiments de sécurité interne et de continuité d'existence. Cette base lui servira ensuite à s'ouvrir au monde et apprivoiser les flux sensoriels qui l'entourent en choisissant de prendre appui dessus et non de s'agripper à eux.

L'écoute attentive de la voix, instrument de la relation, apparaît ici comme un moyen de portage thérapeutique pertinent dans la pratique psychomotrice. En effet, la racine de la voix est corporelle. Sa prosodie et son rythme donnent des indices sur l'état tonico-émotionnel de celui qui s'exprime. La voix porte en elle des messages explicites verbaux mais aussi implicites non-verbaux. Elle est le symbole d'une identité vocale, singulière au sujet et son histoire de vie.

Les voix des soignantes, comme celles des mères accueillies à l'hôpital de jour, sont des modes d'entrées en relation. Ces voix sécurisent, informent, verbalisent les vécus, accompagnent. Douces et fermes, elles enveloppent les dyades et les portent. Ce portage thérapeutique est rendu possible grâce au cadre thérapeutique qui enveloppe à son tour les soignantes de l'hôpital.

Enfin, il me semble que le rôle de soignant implique de prendre soin de soi afin d'être disponible pour prendre soin des autres. Les dyades se « reposent » sur l'équipe soignante, prennent appui sur elle: pour continuer à répondre à ce besoin de sécurité et de portage, l'écoute de son propre corps et de ses besoins paraît indispensable pour éviter l'épuisement de celles qui offrent à ces dyades la possibilité de (se) porter.

Enfin, « *ce n'est pas nous qui portons l'autre. Nous portons, quand il nous le demande, la possibilité qu'il se porte. Nous le portons à se porter, à se bien porter dans le cas échéant. Un petit d'Homme est porté à naître à la croisée de mains qui lui parlent et d'une voix qui le touche dans la portée d'un regard* » (19, p.97).

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Abitbol, J. (2016). *Le pouvoir de la voix*. Allary éditions.
- (2) Altmann de Litvan, M. (2008). *La berceuse*. ERES.
- (3) Anderson, T. (2018). *Original strength restoration : Réinitialisez-vous et retrouvez votre force originelle* (Ressources primordiales).
- (4) Anzieu-Premmereur, C. (2011). *Fondements maternels de la vie psychique*. *Revue française de psychanalyse*, 75(5), 1449.
- (5) Apter-Gordey, G. (2019). *Rythmes et interactions précoces*. Service universitaire de psychiatrie infanto-juvénile, Groupe hospitalier du Havre.
- (6) Aucher, M.-L. (1987). *En corps chanté*. Hommes & Groupes éditeurs.
- (7) Aucher, M.-L. (2003). *L'homme sonore*. Hommes et groupes éditeurs.
- (8) Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). *Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements*. *Enfances & Psy*, 49(4), 14.
- (9) Basuyau-Rouquette, B. (2008). *Le « portage » thérapeutique de la dyade mère-bébé en psychomotricité*. *Spirale*, n° 46(2), 71.
- (10) Bohers, E. (2015). *Enveloppe moi. Analyse de la spécificité de l'action du psychomotricité dans le soutien de l'intégrité psycho-corporelle du patient atteint de maladie grave* [Mémoire de Psychomotricité]. Université de Bordeaux.
- (11) Borghini, A. (2018, novembre 17). *Le regard, le toucher, le portage, trois modalités vitales pour le bébé*. Yapaka. <https://www.yapaka.be/video/video-le-regard-le-toucher-le-portage-trois-modalites-vitales-pour-le-bebe>
- (12) Borghini, A. (2020). *La découverte sensorielle et émotionnelle du bébé* (Yapaka.be).
- (13) Bouteloup, P. (2020). *De la voix en toute chose*. *Spirale*, N°95(3), 70.
- (14) Bruwier, G. (2012). *La grossesse psychique : L'aube des liens* (Éditions Fabert).
- (15) Cárdenas de Espasandín, M. (2008). *L'importance du sonore et la notion d'enveloppe*. In M. Altmann de Litvan, *La berceuse* (p. 95). ERES.
- (16) Castarède, M.-F., & Konopczynski, G. (Éds.). (2005). *Au commencement était la voix*. Erès.
- (17) Charpentier, E. (2013). *Toucher thérapeutique et psychomotricité : Soutien de l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée* [Mémoire de Psychomotricité]. Sorbonne.
- (18) Chaumié, A. (2014). *Je chante avec mon bébé : 107 chansons et comptines expliquées aux parents*. Enfance et musique.
- (19) Clerget, J. (2008). *Portance Phorie*. *Spirale*, n° 46(2), 91.
- (20) Cornut, G. (2009). *La voix*. Presses Universitaires de France.

- (21) Cortet, C., Guerrand-Frénaux, C., & Bost, A.-S. (2017). *Porter mon bébé : Comprendre, choisir et réussir le portage en écharpe*. Éditions de La Martinière.
- (22) Da Silva, A. (2020). *Le lien mère-bébé dans une unité de psychiatrie périnatale : Le rôle du psychomotricien auprès de cette dyade* [Mémoire de Psychomotricité]. Université de Bordeaux.
- (23) Delion, P. (2019). *Etre porté pour grandir* (Yapaka.be).
- (24) Devouche, E., & Gratier, M. (2001). *Microanalyse du rythme : Dans les échanges vocaux et gestuels entre la mère et son bébé de 10 semaines*. *Devenir*, 13(2), 55.
- (25) Devouche, E., Provasi, J., Apter-Gordey, G., Bijeljać-Babic, R., & Bobin-Bègue, A. (2019). *Le développement du bébé de la vie fœtale à la marche : Sensoriel, psychomoteur, cognitif, affectif, social*.
- (26) Didierjean-Jouveau, C.-S. (2015). *Porter bébé : Avantages et bienfaits*. Jouvence.
- (27) Durieux-Paris, A., & Cardinale, M.-J. (2018). *La psychophonie : Une approche vivante de la voix*. Courrier du livre.
- (28) Gratier, M. (2001). *Harmonies entre mère et bébé : Accordage et contretemps*. *Enfances & Psy*, 13(1), 9.
- (29) Gratier, M. (2007). *Les rythmes de l'intersubjectivité*. *Spirale*, n° 44(4), 47.
- (30) Hammani, F. (2008). *Le chant psychophonique aux prémices de la vie...* *Spirale*, n° 47(3), 75.
- (31) Hanrot, P., & Raut, J. (2019). *Crier, parler, chanter : Mystères et pouvoirs de la voix*.
- (32) Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. In Press.
- (33) Huré, C. (2017). *Dis maman, pourquoi tu chantes ? Le chant prénatal, étude qualitative auprès des patientes du centre hospitalier du Belvedere*. Centre hospitalier universitaire de Rouen.
- (34) Karpf, A. (2008). 5. *Le rôle de la voix maternelle*. In *La voix* (p. 109–148). Autrement.
- (35) Landon, P., & Baubry, L. (2020). *Intégration motrice primordiale : L'alphabet du mouvement*. Éditions Ressources Primordiales.
- (36) Le Gall-L'Hostis, S. (2018). *De l'indispensable constellation maternelle : Le regard d'une psychologue en pmi*. In D. Ratia-Armengol, *Quand les temps changent, les bébés changent-ils ?* (p. 59). ERES.
- (37) Livoir-Petersen, M.-F. (2011). *De l'organisme au corps dans l'approche sensori-tonique du développement*. *Contraste*, 34–35(1), 93.
- (38) Mahler, M., & Dupont, J. (2013). *Symbiose et séparation-individualisation*. *Le Coq-héron*, 213(2), 59.
- (39) Marcelli, D. (2007). *Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : La surprise dans l'interaction mère-bébé*. *Spirale*, n° 44(4), 123.

- (40) Mazet, P., & Stoléru, S. (2011). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant : Développement et interactions précoces*. Masson.
- (41) Mellier, D. (2018). *L'attention à l'autre* (Yapaka.be).
- (42) Michel, M. (2014). *Ecoutez...Le monde sonore : Support d'une construction identitaire*. [Mémoire de Psychomotricité]. Université de Bordeaux.
- (43) Montagu, A., & Leboyer, F. (1979). *La Peau et le toucher : Un premier langage*. Éditions du Seuil.
- (44) Pavy, P., & Rault, C. (2020). *Accompagner l'éveil psychomoteur : Le bien être du tout-petit de la naissance à la marche* (Mango). Mango.
- (45) Pelletier, M. (2020). *Du corps au son : La voix, support de la relation en psychomotricité* [Mémoire de Psychomotricité]. Université de Bordeaux.
- (46) Postel, J., & Postel, M. (1981). *Le nourrisson et son espace sonore*. In J. de Verbizier, *Psychiatrie et Société* (p. 145). ERES.
- (47) Potel Baranes, C. & Cairn.info. (2010). *Être psychomotricien*. ERES.
- (48) Prat, R. (2013). *Prendre une voix dans ses bras*. *Enfances & Psy*, 58(1), 29.
- (49) Riand, R., Plard, V., & Moro, M. R. (2008). *Familles et cultures : Porter, penser et rêver les bébés*. *Spirale*, n° 46(2), 19.
- (50) Robert-Ouvray, Suzanne B. (2009). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée de Brouwer.
- (51) Robert-Ouvray, Suzanne Brigitte. (2000). *Porter un enfant, c'est un savoir être*. *Métiers de la petite enfance*, 59.
- (52) Robert-Ouvray, Suzanne Brigitte. (2020). *Psychomotricité du bébé : La construction des liens corps-esprit* (Editions Desclée de Brouwer).
- (53) Sainte Rose, C. (2016). *Une enveloppe structurante, le cadre thérapeutique : Rôle du cadre thérapeutique en psychomotricité dans le soin groupal en pédopsychiatrie* [Mémoire de Psychomotricité]. Sorbonne.
- (54) Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Solal.
- (55) Sutter-Dallay, A.-L., & Guédeney, N. (2010). *Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites*. 37-200-B-20.
- (56) Vamos, J., & Schmidt, R. (2007). *Un rythme lent pour se lancer : La valeur des gestes lents de l'adulte dans les soins apportés au bébé*. *Spirale*, n° 44(4), 73.
- (57) Watillon, A. (2010). *Observation du bébé (Frédéric Delcor)*. Yapaka.be.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 11 |
| I. PORTAGE ET PSYCHOMOTRICITÉ AU SEIN DU RÉSEAU DE PSYCHIATRIE PÉRINATALE | 14 |
| 1. Présentation du cas clinique et du service de psychiatrie périnatale | 14 |
| a. Présentation de Mme P et de sa fille Lila | 14 |
| b. Présentation de la psychiatrie périnatale | 16 |
| c. Parcours de soin de cette dyade au sein du Réseau de Psychiatrie Périnatale | 19 |
| 2. Cadre thérapeutique et enveloppes | 21 |
| a. Le concept d'enveloppe | 21 |
| b. Cadre thérapeutique et enveloppe institutionnelle | 23 |
| c. La salle de psychomotricité: un espace contenant | 25 |
| 3. Portage thérapeutique en psychomotricité | 28 |
| a. Définition du portage dans la pratique psychomotrice | 28 |
| b. Portage thérapeutique offert par la psychomotricienne | 30 |
| c. Conclusion | 34 |
| II. PORTAGE ET LIMITES DANS LA CLINIQUE PSYCHOMOTRICE | 36 |
| 1. Portage: origine et pratique en psychomotricité | 36 |
| a. Le portage chez les mammifères | 36 |
| b. Portage et dialogue tonico-émotionnel | 39 |
| c. Portage et soins du bébé | 42 |
| d. Le holding psychique du bébé | 46 |
| 2. Portage et soutien au développement psychomoteur | 49 |
| a. Être monitrice de portage et future psychomotricienne | 49 |
| b. Le portage à bras: une expérience psychomotrice riche | 52 |
| 3. Limites du portage | 54 |
| a. Limites du portage pour l'enfant et son parent | 54 |
| b. Limites rencontrées à l'hôpital de jour du Réseau de Psychiatrie Périnatale | 57 |
| c. Conclusion | 60 |
| III. ENVELOPPE SONORE ET PARENTALITÉ | 61 |
| 1. Le monde intra-utérin et la naissance | 61 |
| a. Le son dans le berceau utérin | 61 |

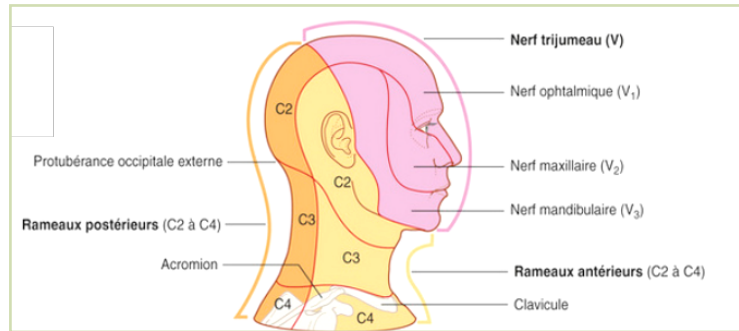
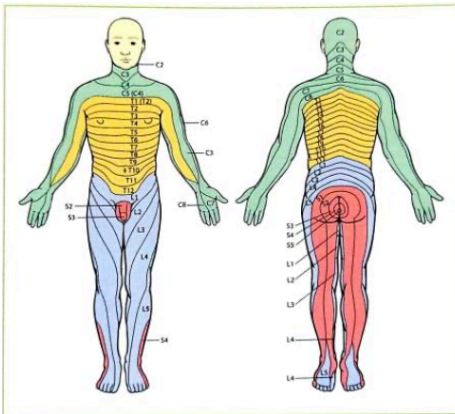
| | |
|--|-----------|
| b. Le chant prénatal: un support à la création des liens précoces | 64 |
| c. Le temps de la co-naissance | 67 |
| 2. Voix et interactions en psychiatrie périnatale | 71 |
| a. La voix dans les interactions mère-bébé | 71 |
| b. Clinique de la voix en psychiatrie périnatale | 74 |
| c. L'enveloppe sonore | 78 |
| 3. Portage thérapeutique par la voix | 80 |
| a. Construction d'un atelier de chant post-natal à l'hôpital de jour | 80 |
| b. Rôle de la voix des soignants | 84 |
| c. Conclusion | 86 |
| CONCLUSION | 87 |
| BIBLIOGRAPHIE | 88 |
| TABLE DES MATIERES | 91 |
| LEXIQUE | 93 |
| ANNEXES | 94 |

LEXIQUE

1. La **sleeve gastrectomie** une technique restrictive de chirurgie bariatrique destinée au traitement de l'obésité sévère, qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et, notamment, la partie contenant les cellules qui sécrètent l'hormone stimulant l'appétit (ghréline). **Source:** https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/brochure_obesite_patient_220909.pdf
2. Le **trouble schizo-affectif de type bipolaire** comprend le critère A de la schizophrénie (idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé avec parfois un comportement désorganisé ou catatonique et parfois des symptômes négatifs). Ces symptômes doivent être présente pendant au moins un mois et les critères d'un trouble de l'humeur (épisode dépressif ou manie) remplis simultanément. On y retrouve la présence d'idées délirantes ou d'hallucinations pendant au moins deux semaines hors période d'épisode dépressif ou maniaque. Le « type bipolaire » sous entend la présence d'au moins un épisode maniaque avec parfois un épisode dépressif. **Source:** https://atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3069/cim-10_fr_2017.pdf, page 187.
3. Le **Diazépam** est un médicament de la famille des benzodiazépines. Il possède des propriétés anxiolytiques. **Source:** <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/valium-roche-21418.html>
4. Le **Lithium** est un médicament normothymique de référence dans le traitement des troubles schizo-affectifs et des troubles bipolaires. **Source:** <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/lithium-2117.html>
5. Le **Léponex** est un médicament de la famille des neuroleptiques. Il a des propriétés antipsychotiques et est utilisé dans le traitement de la schizophrénie lorsque les autres traitements antipsychotiques sont restés inefficaces ou ont entraîné des effets indésirables difficiles à supporter. Ses effets pendant la grossesse sont mal connus. **Source:** <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/leponex-5475.html>
6. La **pré-éclampsie** est un état pathologique de la femme enceinte apparaissant après la 20e semaine de grossesse et caractérisé par une hypertension artérielle, une protéinurie (présence de protéines dans les urines) et une prise de poids avec œdème. Non traitée et surveillée, elle peut mettre en danger la vie de la femme et son enfant, particulièrement à cause de l'hypertension artérielle. **Source:** <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/preeclampsie/15500>

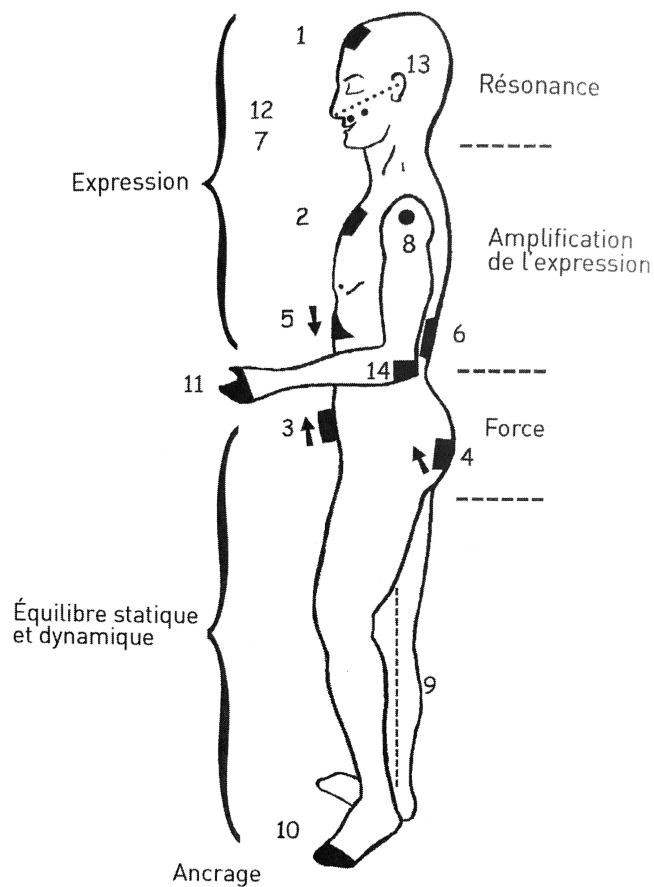
ANNEXES

• Annexe 0 (27):



Dermatomes cutanés

• Annexe 1 (27):



Les points du chanteur de la Psychophonie.

1. Résonance de tête.
2. Résonance de poitrine.
3. Point de départ du soutien du souffle.
4. Remontée d'énergie.
5. Gestion du souffle et expressivité.
6. À droite et à gauche : dilatation costale.
7. Place du son palatal.
8. Ouverture thoracique.
9. Sensation d'équilibre, relais d'énergie.
10. Prise de force à la terre.
11. En lien avec la verticalité, émission des aigus.
12. Sensation gustatives et olfactives.
13. Sourire intérieur.
14. Prolongement de l'ouverture costale.

- Annexes 2 et 3 (27) :

Entendre par les mains



Réceptivité par les mains.

- Placez les mains sur un ballon de baudruche préalablement gonflé à moitié.
- Émettez un son tenu sur « o », puis sur « i », puis variez la hauteur (plus grave, plus aiguë), puis chantez une mélodie facile – *Au clair de la lune* – en gardant vos mains contre le ballon.
- Demandez à une autre personne de chanter un « o » puis un « i » ou une mélodie facile, à quelques pas de vous.

Que percevez-vous dans vos mains ? Quelles différences entre le « o » et le « i » et les hauteurs différentes sur la mélodie ?

Percevoir les vibrations osseuses



Résonance tête et poitrine.

- Placez une main au sommet du crâne et l'autre sur la poitrine.
 - Prononcez en alterné « Miam » et « Miom » sur différentes hauteurs en voix parlée ou chantée.
-

- Annexes 4 et 5 (27):

Exercice enroulé et déroulé sonorisé de la colonne

Choisir un son «OM» plutôt dans le médium de la voix :

- Lâchez le poids de la tête et, tout en émettant le son OM, enroulez doucement vertèbre après vertèbre jusqu'au sternum.
- Inspirez entre les deux omoplates.
- Descendez à nouveau sur un OM un peu plus grave en enroulant jusqu'au niveau du plexus.
- Inspirez à nouveau au niveau des côtes arrière.
- Enroulez vos lombaires sur un son encore plus grave en restant dans une zone de confort et en fléchissant un peu vos genoux.
- Inspirez et remontez très lentement, en prenant appui sur vos pieds sur un SSS assez tonique, en veillant bien à ne relever la tête qu'en dernier.

Déroulé sonorisé des vertèbres au sol

Position allongée, jambes fléchies, pieds au sol.

- Prenez appui sur les pieds et soulevez le bassin puis la colonne, en décollant vertèbre par vertèbre jusqu'en haut des dorsales (au niveau des omoplates, si possible).
- Redescendez progressivement vertèbre par vertèbre en sonorisant sur O et en envoyant le son dans chaque vertèbre se déposant au sol, jusqu'à ce que toute la colonne vertébrale soit complètement déposée au sol. Ré-allongez doucement une jambe puis l'autre et observez la détente et l'empreinte de tout le dos et du bassin au sol.

Intérêt : la vibration éveille la conscience de l'axe vertébral, détend les tissus (automassage sonore), assouplit la colonne tout en tonifiant le bas du corps (pieds, bassin) et favorise le relâchement du sternum et de la pression sous-glottique.

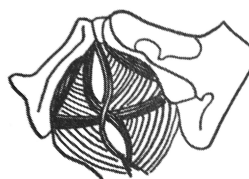
• Annexes 6, 7 et 8 (27):

Sentir le périnée: alternance entre tonification et détente

- Assis sur une chaise, pieds bien au sol, rapprochez l'espace entre les deux ischions', puis relâchez.
 - Expirez sur un KSSS tonique et bref en rapprochant vos deux ischions et en appuyant davantage vos pieds au sol, puis relâchez.
- On observe alors que le périnée se tonifie au cours de l'émission vocale et se relâche sur l'inspiration.

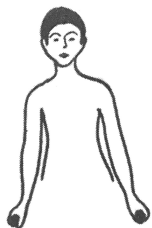


Plan profond

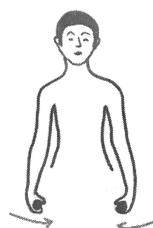


Plan superficiel

Périnée féminin



Rotation interne
des poignets,
phase inspiratoire



Rotation interne
des poignets,
phase expiratoire

Exercice du soutien périnéal

- Placez-vous debout dans votre axe, en appui sur les deux pieds assez rapprochés. Les bras sont le long du corps en tenant un rouleau de bois dans chaque main.
- Sur l'expiration, les mains tiennent fermement les rouleaux en réalisant une rotation interne des poignets, ce qui a pour effet de commander plus facilement la contraction du périnée. Les épaules restent basses et le thorax ouvert.
- Puis, en relâchant cette pression et le mouvement des poignets, on accueille l'inspiration de façon naturelle et non bruyante : les viscères abdominaux se détendent et n'entravent pas la descente du diaphragme, la production vocale est soutenue par le périnée, comme déléguée loin des cordes vocales.

- **Annexe 9:**

Tapent petites mains

Tapent, tapent, petites mains
Applaudir en rythme

Tourne, tourne petit moulin
Faire le moulin avec les mains

Nage, nage, petit poisson
Faire le poisson en collant les mains paume contre paume

Vole, vole, petit oiseau
Agiter les mains en l'air

Petit oiseau a bien volé
Petit poisson a bien nagé
Petit moulin a bien tourné
Petite main a bien frappé
Mêmes actions en sens inverse

• Annexe 10:

La mer est calme

Le bébé est en appui contre la mère qui peut être assise, debout, voire en déplacements. L'intensité du balancement varie en fonction du récit.

La mer est calme, la mer est calme, la mer est calme
Oh ! Un petit nuage

La mer s'agite, la mer s'agite, la mer s'agite
Il est parti

La mer est calme, la mer est calme, la mer est calme
Oh ! Un gros nuage
Un énorme nuage

C'est la tempête, le tonnerre, les éclairs
Oh ! Il est parti

La mer est calme, la mer est calme, la mer est calme

Dodo, l'enfant do

Après avoir vérifié que l'enfant et sa mère se sentent « confortables » dans le portage, des bercements peuvent être amorcés, dans un rythme lent et avec des paroles douces.

Dodo, l'enfant do
L'enfant dormira bien vite

Dodo, l'enfant do
L'enfant dormira bientôt

- Annexes 11 et 12:

Un éléphant qui se balançait

Peut se chanter en marchant sur le rythme, en se balançant de droite à gauche...

Un éléphant qui se balançait
Sur une toile, toile, toile, toile d'araignée
Et qui trouvait ce jeu tellement amusant
Que bientôt vint un deuxième éléphant

Doum, badoum, doum badoum badoum

Deux éléphants qui se balançaient
Sur une toile, toile, toile, toile d'araignée
Et qui trouvaient ce jeu tellement amusant
Que bientôt vint un troisième éléphant

Doum, badoum, doum badoum badoum

Trois éléphants qui se balançaient
Sur une toile, toile, toile, toile d'araignée
Et qui trouvaient ce jeu tellement amusant
Que bientôt vint un quatrième éléphant

Doum, badoum, doum badoum badoum
etc.

- **Annexe 13:**

Les petites marionnettes

*Les mains de la mère pivotent au rythme de la
chanson et disparaissent entre chaque couplet,
avant de réapparaître pour s'agiter de nouveau.*

Ainsi font, font, font

Les petites marionnettes

Ainsi font, font, font,

Trois p'tits tours

Et puis s'en vont

Puis elles danseront

Les petites marionnettes

Puis elles danseront

Et les enfants chanteront

Quand elles partiront

Les petites marionnettes

Quand elles partiront

Tous les enfants dormiront