



HAL
open science

Danser pour mieux se rencontrer : la danse comme médiateur de la dyade mère-bébé en psychiatrie périnatale

Louisa Menot

► To cite this version:

Louisa Menot. Danser pour mieux se rencontrer : la danse comme médiateur de la dyade mère-bébé en psychiatrie périnatale. Psychologie. 2023. dumas-04318122

HAL Id: dumas-04318122

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04318122v1>

Submitted on 1 Dec 2023

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 Universitaire des Sciences de la Réadaptation

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

Danser pour mieux se rencontrer

La danse comme médiateur de la dyade mère-bébé en
psychiatrie périnatale

MENOT Louisa

Née le 11 mai 2001 à La-Teste-de-Buch (33)

Directrice de mémoire : Fanny TASTAYRE

Mai 2023

REMERCIEMENTS

Je tiens très sincèrement à remercier :

L'institut de Formation en Psychomotricité et ses enseignants,

Les étudiants de ma promotion et plus particulièrement mes amis pour nos moments de questionnements, de bonheur et de partage,

Fanny Tastayre, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement, sa confiance et son soutien sans faille,

Amandine Rauzy, ma tutrice de stage, pour la richesse de nos échanges, son écoute toujours bienveillante et la transmission de sa passion pour le métier,

Frédérique Joncheray, mon autre tutrice de stage, pour son soutien, sa présence et nos moments de discussions et de partage riches de sens et d'émotions,

Solenn Le Boulvais, pour m'avoir permis de co-animer un atelier de danse-portage mère-bébé et de vivre des moments chargés d'émotions et d'amour,

Les patients et leurs familles que j'ai eu la chance de rencontrer sur mes différents lieux de stages durant ces 3 années de formation,

L'ensemble des professionnels de santé, les équipes administratives et hospitalières, pour leur accueil et le partage de leurs savoirs et de leurs expériences,

Mes professeures de danse, pour l'espace d'expression et d'évasion que vous m'offrez,

Ma famille, mes parents, ma soeur, mes amies et mon conjoint pour leur amour, leur réconfort, leur présence et leur soutien à chaque instant,

A vous tous un grand merci !

AVANT PROPOS

Dans ce mémoire, j'évoque beaucoup la "mère" comme repère, figure d'attachement et comme exemple et référence dans les pathologies. Il va de soi que ce qui est dit ici, pour elle, pourrait tout aussi bien s'appliquer au père ou à tout autre figure d'attachement de l'enfant.

De même je parle des "professionnelles" car toutes les personnes avec qui j'ai été amené à travailler sont des femmes. Bien évidemment, un homme pourrait tout à fait exercer dans ces services.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
I. LA CONSTRUCTION DU LIEN MÈRE-BÉBÉ : ÉLÉMENT INDISPENSABLE AU BON DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT	
Qu'en est-il lorsque la pathologie maternelle est présente ?.....	9
1. L'arrivée de bébé.....	10
2. Les compétences du nouveau-né au service du relationnel.....	15
3. Co-construction du lien mère-enfant.....	21
4. Comment la pathologie psychiatrique influence le lien d'attachement.....	29
II. LA DANSE DANS LA PRATIQUE PSYCHOMOTRICE.....	40
1. La danse, un moyen d'expression universel.....	41
2. Apports en psychomotricité.....	44
3. La danse au service des corps et des troubles du lien.....	47
4. Les limites de ce médiateur dans l'accompagnement mère-bébé.....	51
5. Ateliers danse et psychomotricité auprès de dyades mère-bébé en services de psychiatrie périnatale.....	55
III. LA DANSE AU SERVICE DE LA DYADE MÈRE-BÉBÉ EN UNITÉS DE PSYCHIATRIE PÉRINATALE - QUELS BÉNÉFICES ?.....	61
1. Créateur de liens entre la mère et son bébé.....	62
2. Créateur de liens entre les mères.....	74
3. La danse et la psychomotricienne comme "interprètes" entre la mère et son bébé.....	78
4. Un soutien au développement psychomoteur.....	82
5. Et l'accordage se fit..!.....	85
CONCLUSION.....	91
BIBLIOGRAPHIE.....	93
TABLE DES MATIÈRES.....	97
ANNEXES.....	100

**“La vie ce n’est pas attendre que les orages passent,
c’est apprendre à danser sous la pluie”**

Sénèque.

INTRODUCTION

Ma mère me répétait cette phrase à chaque période stressante de mon enfance. C'est d'ailleurs à elle que je dois ma passion pour la danse. Elle-même danseuse, je me souviens la regarder danser avec des yeux écarquillés quand j'étais petite. Pour nous la danse a toujours été synonyme de partage, de rapprochement, de relation. Cela a toujours constitué un espace où l'on se découvrait et où l'on se rencontrait autrement. Je suis intimement convaincue que ces instants de danse partagés ensemble ont contribué à créer cet attachement puissant qui nous lie.

Cette citation de Sénèque peut être rattachée au sujet même de ce mémoire. En effet, l'orage caractérise la pathologie maternelle entravant la mise en place de la capacité de la mère à entrer en relation avec son nourrisson et à créer du lien. Ce lien bien qu'immatériel est *primordial* pour le bébé. Tout au long de sa première année, le bébé et sa maman entretiennent une succession d'interactions appelées interactions précoces. Ce sont ces mêmes interactions qui conduiront à la création d'un lien d'attachement et c'est leur qualité qui déterminera le type d'attachement qui se tissera au sein de cette dyade. L'attachement, découverte psychologique et scientifique du siècle dernier, est décrit actuellement comme un besoin primaire disposant, en partie, de mécanismes innés. Il est essentiel au bon développement psychomoteur de l'enfant.

Mais qu'en est-il quand la pathologie psychiatrique maternelle est présente ? Le bébé, lui, ne peut pas attendre, il est bel et bien là, dans ce monde. Bien que sa mère éprouve des difficultés à s'occuper de lui, il va se développer. Il ne peut pas se mettre en pause, attendant que sa mère aille mieux et puisse lui apporter les réponses dont il a besoin. Il est donc impératif d'*apprendre à danser sous la pluie*, apprendre à faire avec cette pathologie maternelle et trouver des ajustements, des adaptations, des solutions pour que son développement n'en pâtisse pas trop.

Etant en stage dans une unité de psychiatrie périnatale, j'ai l'occasion de voir au quotidien des mamans pour qui ces interactions ne sont pas chose aisée, la relation à leur enfant n'est pas innée. Autour de ces dyades, de nombreuses professionnelles s'affairent dans le but d'accompagner et pallier au mieux ces difficultés.

Pratiquant la danse depuis plus de 15 ans, il m'est apparu assez tôt que danse et psychomotricité pouvaient s'allier. Durant toute ma formation à l'Institut de Formation en Psychomotricité, j'ai inclus la danse dans mes réflexions et ma pratique psychomotrice.

La danse est utilisée depuis longtemps en psychomotricité. Elle est une médiation aux multiples facettes qui a été théorisée par de nombreux auteurs tels que Catherine POTEL et Benoît LESAGE. On y retrouve certains grands axes de la psychomotricité tels que le tonus, le schéma corporel, l'espace, le temps, la latéralité, les coordinations, l'équilibre, la motricité globale, dans une dimension relationnelle. C'est un moyen d'expression à part entière. Danser est universel et met les humains en mouvement depuis la nuit des temps. Au fil d'une musique, d'une émotion ou d'un rythme, tout le monde a déjà dansé un jour. Même les bébés dansent, dès qu'ils ont acquis la station debout et parfois même assis. Ils s'agitent, se remuent, se secouent, tapent dans leur mains, souvent en imitant leurs parents.

La danse utilisée en psychomotricité peut être un médiateur à la relation. Elle implique des corps en relation et des esprits en relation également. C'est en utilisant la danse dans une séance de psychomotricité, dans un cadre thérapeutique clair, défini et garanti par le psychomotricien lui-même que l'on va tenter de moduler la relation de la mère à son enfant. Ici nous verrons comment, en incluant la danse dans une prise en charge en psychomotricité, la relation entre une mère en psychiatrie périnatale et son bébé peut être soutenue, aidée, guidée.

La danse utilisée dans ce cadre, peut-elle médiatiser la rencontre entre la mère et son enfant ? Peut-elle soutenir l'émergence de ces interactions et leur qualité, mobiliser les processus psychiques maternels et ses ressources pour favoriser l'investissement de son bébé ? Dans une prise en charge dyadique, la danse pourrait-elle induire une nouvelle dynamique relationnelle ? L'un des objectifs pourrait être que chacun trouve sa place au sein de cette dyade, à une plus "juste" distance relationnelle.

Aussi, notre accompagnement et notre étayage en psychomotricité permettraient-ils à cette relation de se colorer plus positivement ? Il peut s'agir aussi tout simplement d'un moment agréable et de plaisir partagé, donner la possibilité de rencontrer son bébé autrement et de revaloriser la mère dans ses capacités à être une "*mère suffisamment bonne*" comme le dit D.W. WINNICOTT. La danse ici, pourrait certainement soutenir la capacité maternelle malgré la(les) pathologie(s) des mamans et ainsi aider les dyades à *danser sous la pluie*.

Comment l'utilisation de la médiation danse en psychomotricité peut-elle servir au renforcement du lien d'attachement, soutenir les interactions mère-bébé et amener vers une nouvelle dynamique relationnelle ?

Afin de répondre à cette question, je vérifierai plusieurs hypothèses. Selon la première, la médiation danse dans un atelier offre un espace-temps structuré et sécurisé permettant aux mères atteintes de pathologies psychiatriques une plus grande disponibilité psychique et attentionnelle à leur bébé. La seconde suppose qu'un accompagnement psychomoteur proposant la médiation danse amènerait la dyade en mouvement ce qui faciliterait l'ajustement du dialogue tonico-émotionnel et l'accordage affectif entre la mère et son bébé. D'après la troisième, les mécanismes psycho-corporels induits par la danse couplés à l'étayage de la psychomotricienne viennent nourrir le lien d'attachement et redonnent un élan vital à la relation mère-bébé.

Pour répondre à cette problématique, nous évoquerons, dans un premier temps, la construction du lien mère-enfant et comment la pathologie maternelle peut la mettre à mal. Puis, nous approfondirons la notion de danse et sa place en psychomotricité. Enfin, nous verrons que la danse est un véritable outil thérapeutique particulièrement intéressant dans la pratique psychomotrice et dans l'accompagnement de dyades mère-bébé, au sein de services de psychiatrie périnatale.

Chapitre I

**LA CONSTRUCTION DU LIEN MÈRE-BÉBÉ : ÉLÉMENT
INDISPENSABLE AU BON DÉVELOPPEMENT
PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT**

Qu'en est-il lorsque la pathologie maternelle est présente ?

1. L'arrivée de bébé

La naissance d'un bébé ne se résume pas au jour où il quitte le ventre maternel et arrive dans notre monde. Ce moment bouleversant qu'est la venue au monde d'un enfant signe aussi une deuxième naissance : la naissance d'une mère, métamorphosant ainsi son identité de femme.

a. Les processus psychiques et physiques au cours de la grossesse

La naissance d'un bébé signe l'accession de la femme à la **maternité**. Ce terme désigne un état, la qualité de mère (27) et fait écho au terme de "**parentalité**". D'après M. LAMOUR et M. BARRACO, cela désigne "*l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leurs enfants à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique. C'est un processus maturatif.*" (5, p.4).

L'accession à la maternité génère une crise identitaire et des remaniements psychiques et physiques profonds. "*La conception de l'enfant provoque chez la femme un véritable raz de marée émotionnel, un bouleversement psychique, dont les aspects physiologiques sous-jacents, notamment hormonaux, ne doivent pas faire oublier les enjeux psychologiques*" (5, p.14). En devenant mère, la femme développe une organisation mentale radicalement différente de celle qu'elle avait avant.

La grossesse est une période de fantasmes, de désirs et de questionnements. Pendant cette gestation psychique, la mère va vivre de nombreux changements qui vont la conduire peu à peu à s'imaginer son enfant. Selon B. CYRULNIK, "*bébé est imaginé avant d'être perçu, parlé avant d'être entendu*" (13, p.28). Selon D. STERN "*une mère doit naître psychologiquement tout autant que son bébé naît physiquement*" (45, p.9). Il affirme que la femme enceinte vit 3 étapes qui vont lui permettre d'atteindre sa nouvelle identité, le sentiment d'être mère :

- La première étape consiste à "se préparer à devenir mère" : elle a lieu pendant la grossesse jusqu'après la naissance. C'est la phase pendant laquelle la mère accomplit la majeure partie du travail psychologique anticipatoire et nécessaire à la préparation de la maternité. A ce moment-là, l'imagination de la femme est entièrement occupée à

nourrir des rêves, des peurs, des espoirs et des fantasmes autour de sa future identité de mère. L'esprit de la mère conçoit un bébé imaginaire, créant ainsi un premier lien.

Parfois cette étape n'est pas vraiment investie par la mère (déli de grossesse, naissance prématurée...). Le travail psychique n'a pas eu lieu ou est inachevé ; ce bébé imaginaire existe peu. A l'inverse, le bébé imaginaire peut avoir été tellement investi que le bébé réel sera inévitablement décevant.

- La deuxième étape correspond à la "naissance d'une mère" et s'intéresse aux mois qui suivent la naissance. C'est l'étape où la mère prend conscience de la responsabilité qu'elle a envers son bébé. Elle saisit qu'elle doit alors assurer la survie de son enfant, sa croissance et son bien-être mais aussi construire un lien d'attachement avec lui.

Pour les mamans que nous rencontrons en psychiatrie périnatale, cette étape est bien difficile à vivre. Elles n'ont pas forcément confiance en leurs compétences maternelles et ne trouvent pas toujours les moyens *suffisamment bons* pour répondre à leur bébé.

Nous rencontrons Alma et sa maman Mme M.. Alma est au sein de sa mère, éveillée mais ne tète pas. Nous nous mettons à discuter et Mme nous explique qu'Alma a des difficultés de sommeil, elle ne peut dormir qu'au sein de sa mère, même la nuit. Au fil de la conversation, nous comprenons que Mme n'a pas trouvé d'autres réponses aux besoins de sa fille que la mise au sein. Alma, du haut de ses 6 mois, ne se nourrit qu'au sein. Quand elle pleure, Mme lui propose le sein et désormais, il est très difficile de calmer Alma autrement que par cette réponse. Mme s'en veut, se déprécie et doute de ses capacités à être une bonne mère. Elle vient chercher de l'aide pour pouvoir se "détacher de sa fille et se reposer".

- La dernière étape est celle pendant laquelle la mère va prendre conscience de sa nouvelle identité de mère et l'intégrer dans le reste de sa vie. Elle réalise qui elle est devenue et qui elle veut devenir tout en prenant en compte son bébé.

Au cours de cette gestation, les représentations maternelles s'affirment et s'affinent. D'ailleurs, la période où ces représentations sont les plus actives se situe entre le quatrième et le huitième mois de grossesse (5), moment où les mouvements du fœtus sont ressentis par la mère et constituent la preuve irréfutable de son existence (45). La mère laisse alors libre cours

à son imagination et à l'interprétation des mouvements de son bébé "*ce bébé donne toujours des coups de pied quand il entend de la musique. Ce sera un musicien*" (45, p.44). Selon B. BAYLE, il y a deux sortes de représentations. Celles autour de l'enfant, où la mère construit progressivement une image différenciée de son petit en lui attribuant un caractère, un tempérament et des qualités distinctives potentiellement d'ordre héréditaire. En parallèle, la mère voit émerger des représentations autour de son rôle maternel. Elle anticipe la façon dont elle sera mère. Elle imagine la relation qui la reliera à son bébé. Dans le cas où les représentations sont nombreuses, riches et cohérentes, la femme prépare son rôle de mère de façon adaptée. Au contraire, si ses représentations sont pauvres, réduites et peu investies affectivement, la femme restera à distance de sa grossesse, et risque d'investir et de s'occuper de son bébé sur un mode opératoire.

L'échographie marque un moment puissant dans le vécu de la grossesse, chargé émotionnellement. Elle peut avoir des répercussions sur l'imaginaire maternel. Elle concrétise la venue d'un bébé dans un futur proche et peut accélérer la prise de conscience de la grossesse.

D. WINNICOTT parle de "**préoccupation maternelle primaire**" (54). Il s'agit d'un mode de fonctionnement psychique, qui se développe graduellement pendant la grossesse, dure quelques semaines après la naissance de l'enfant et a tendance à être refoulé par la suite. Cette *préoccupation maternelle primaire* plonge la future maman dans un repli narcissique lui permettant de développer une certaine faculté d'identification et une hypersensibilité particulière au bébé qui lui sera nécessaire pour l'accueillir dans les meilleures conditions et s'adapter le mieux possible à lui. Cependant, quand cette hypersensibilité est trop présente, elle rend la mère hypervigilante, qui s'inquiète tout le temps et va sans cesse vérifier si son bébé respire par exemple. Cette hypervigilance peut provoquer des troubles du sommeil et mener à un épuisement maternel, surtout si la mère n'a pas de soutien extérieur. M. BYDLOWSKI rejoint D. WINNICOTT sur cette notion et parle de **transparence psychique**. La vie psychique de la femme apparaît avec une authenticité nouvelle. La mère peut être exposée à des remémorations infantiles. Cette période peut la sensibiliser à son passé et l'amener à entamer des démarches qu'elle n'aurait jamais faites sans grossesse.

Devenir mère conduit aussi à la perte d'une certaine liberté car la venue au monde d'un bébé signifie obligation et responsabilité face à ce petit-être totalement dépendant (néoténie).

La grossesse touche non seulement le psychisme de la femme mais aussi toute la dimension physique. Elle “impose” la présence d’un être humain à l’intérieur du ventre féminin, transformant celui-ci en un véritable berceau maternel. La femme a tout un travail d’acceptation de cette relation corporellement fusionnelle à faire. De plus, elle doit faire face, au fil des mois, à un nouveau corps qu’elle doit perpétuellement réapprivoiser. Plus le fœtus grandit et plus son corps s’accompagne de changements : prise de poids, ventre qui grossit, rétention d’eau, douleurs aux seins... Pour certaines femmes, ces changements physiques seront bien vécus car le corps accomplit sa fonction. Pour d’autres, ces modifications peuvent être difficilement acceptables car plus ou moins contrôlables. A cette période, l’image du corps est profondément remaniée et la perception du corps est complexe.

b. La naissance : moment de mise en place des fonctions maternelles

Le jour de la naissance marque une première rencontre entre le nouveau-né et sa mère. Le nouveau-né change de milieu et passe du monde intra utérin à notre monde, un monde aérien. B. CYRULNIK nous dit que dès sa naissance, le bébé devient émetteur de signaux et de sonorités. C’est le milieu maternant, qui, en réagissant, entre dans une danse interactionnelle. D. WINNICOTT décrit le concept d’une “*mère ordinaire normalement dévouée*” (54). Il pense que, naturellement, la mère possède des qualités pour être une *mère suffisamment bonne*, ni trop bonne, ni pas assez. Il ajoute qu’un équilibre entre ses qualités et quelques défaillances est nécessaire à la bonne santé et au bon développement du bébé.

D. STERN explique que le fait d’avoir un bébé influence les sentiments et les actions en augmentant l’acuité du système sensoriel et réceptif, rendant ainsi, la mère plus apte et plus sensible à percevoir l’ensemble des signaux que son bébé envoie. Dès les premiers instants de vie de son enfant, la mère va interpréter et charger de signification tout ce qu’elle perçoit de lui (signaux adressés ou non). Ces représentations viennent modifier l’ajustement tonico-postural. La mère, plongée dans un bain sensoriel nouveau, peut alors réagir aux signaux (13) du bébé en créant une sensorialité qui lui répond : se mettre à vocaliser, nommer son bébé, le prendre dans ses bras...

Pour la mère, la naissance représente un événement central à la fois traumatique et miraculeux, chargé d’émotions et de conséquences inoubliables. Cette naissance s’accompagne d’un sentiment de perte et de vide qui peut générer l’angoisse du ventre vide. Il est temps pour la mère de faire le deuil de son enfant du dedans pour accueillir pleinement

l'enfant réel du dehors (30). Toutefois, la façon dont va se dérouler l'accouchement va aussi avoir un impact sur la création du lien dans les premiers temps de vie du bébé. Si lors de l'accouchement, il est nécessaire de pratiquer une césarienne (surtout si elle n'était pas programmée), la mère peut se sentir dépossédée d'un de ses rôles : celui de mettre son enfant au monde. Ce traumatisme peut être d'autant plus violent si elle a dû subir une anesthésie générale. La mère peut alors être envahie par un sentiment de culpabilité et l'impression d'être passée à côté de ce moment si important.

La grossesse et l'accouchement sont le lieu d'un bouleversement corporel et hormonal qui se juxtaposent à un réaménagement intrapsychique et émotionnel important. Se mêlent différentes émotions telles que la joie, le plaisir, la fierté mais aussi le doute, l'angoisse, qui s'intensifient avec l'imaginaire. Une fragilité, un événement stressant peuvent alors laisser apparaître certains troubles de l'humeur pendant cette période et venir entraver la disponibilité de la mère aux échanges avec son bébé.

L'accouchement fait de la mère une "*mère physique*" (45, p.27). La délivrance du bébé est aussi synonyme de changements physiques. La femme va au bout de ses forces, au delà de ses limites, de l'endurance et de la douleur pour "expulser" son enfant. Après cet effort considérable, le corps de la femme en est profondément marqué. Il doit d'abord cicatriser de cet événement avant de potentiellement revenir à son état antérieur. La femme peut ne pas reconnaître son corps qui s'est profondément modifié et qui peut rester marqué. Elle peut s'en détourner, s'en désintéresser, ne plus l'investir, ne plus le soigner... Si certains mouvements sont compliqués à effectuer au départ, la femme peut minimiser ses expériences corporelles et ses mouvements par peur de réactiver la douleur. Il est donc essentiel qu'elle accepte son corps même marqué par la vie qu'il a créé. En parallèle, la femme est engagée physiquement dans de nouvelles tâches qu'elle apprend : donner le sein, porter, jouer, endormir son bébé...

Toutes les étapes que nous venons d'évoquer ont une fonction organisatrice du rapport de la mère à son enfant et de la relation qu'ils tisseront tous les deux. On ne naît pas mère, on le devient. On le devient psychiquement et physiquement au terme d'un long processus développemental identificatoire. La maternité est une nouvelle identité portée par la femme devenue mère. Cela lui fait découvrir de nouvelles compétences et un nouveau fonctionnement.

2. Les compétences du nouveau-né au service du relationnel

a. Le bagage sensoriel du nourrisson

Dans le ventre maternel, la sensorialité du bébé se construit progressivement. Tous les sens vont maturer selon un ordre chronologique bien précis (49, p. 37).

Le tact est le premier système sensitif à se mettre en place chez le fœtus. Il perçoit les premières sensations dès le 2^{ème} mois de grossesse. Son dos étant en contact contre la paroi utérine, le bébé va être nourri en permanence de sensations tactiles de plus en plus élaborées. Il perçoit les changements de posture de sa mère et y réagit en bougeant et en changeant de position à son tour. Aux alentours du 4^{ème} mois, la mère commence à percevoir les mouvements de son bébé ce qui est “*un signal fort de vitalité et de communication*” (49, p.39). C’est un véritable dialogue tonique qui se met en place. A la naissance, les échanges tactiles sont les canaux de communication privilégiés entre la mère et son bébé (2, p.20). Le peau à peau, les caresses rappellent le vécu intra-utérin au bébé et le rassurent.

Lors d'un de mes stages en service de néonatalogie, je rencontre Yanis un bébé né prématuré à 25 semaines d'Aménorrhées (SA) + 3 jours. Yanis est souvent seul dans le service. Ses parents, ayant appris la grossesse 2 jours avant l'accouchement du fait d'un déni de grossesse, n'avaient pas prévu d'accueillir un nourrisson et encore moins imaginé se heurter à la prématurité. Ils décident de le reconnaître après avoir hésité. Ils rendent visite à leur bébé une fois par semaine le temps d'une heure ou deux. Yanis est irrité et irritable, il pleure souvent et semble inconfortable lors des soins. Ses moments d'apaisement sont rares. Il ne se calme quasiment que dans les bras, ceux d'une infirmière, ceux de la psychomotricienne ou ceux d'une bénévoles qui lui procure un contact sécurisant et contenant. La psychomotricienne du service participe aux soins à quatre mains pour aider l'enfant à rester dans un enroulement physiologique et à se rassembler afin qu'il soit plus confortable lors des nombreuses stimulations engendrées par les soins. A travers un toucher doux et enveloppant, elle le masse et lui offre un soutien postural pour l'aider à supporter les soins.

On voit là toute l'importance du toucher, du portage et son rôle dans l'apaisement des nouveau-nés.

La sensibilité vestibulaire fournit des informations sur la position du corps dans l'espace et de ses déplacements. Ce système est mature et fonctionnel aux alentours du 6^{ème} mois. In utero, le fœtus est bercé dans le liquide amniotique et reçoit en continu des stimuli proprioceptifs. Ces informations lui proviennent de ses propres mouvements dans le liquide amniotique et des changements de positions/déplacements de sa mère (49, p.46). A la naissance, le bébé se retrouve soumis à la gravité qui, associée à son immaturité motrice et son hypotonie lui font vivre un état de détresse (2, p.21). Ses mouvements sont contraints par cette force contre laquelle il lutte. Les stimuli vestibulaires vont lui être principalement offerts lors des mobilisations et des temps de soins, de portage... Les bercements pour apaiser le bébé lui font revivre cet état d'apesanteur.

Le système gustatif est mature à 3 mois de grossesse. Le bébé baignant dans le liquide amniotique montre déjà une sensibilité particulière à certaines substances. En effet, il avale et régurgite régulièrement les saveurs du liquide amniotique constituées de molécules odorantes et aromatiques (49, p.47) variant selon les habitudes alimentaires de la mère. Le bébé naîtra avec un répertoire de préférences gustatives qui lui est propre. Il est, dès la naissance, en capacité de reconnaître le lait maternel.

L'olfaction est étroitement liée au système gustatif. Dès la naissance, le nouveau-né reconnaît les "substances" de son entourage avec lesquelles il s'est familiarisé in utero. Dès le 2^{ème} jour de vie, le bébé reconnaît l'odeur de sa mère et est capable de s'orienter vers elle (notamment lors de la tétée). En parallèle, la mère développe, elle aussi, une olfaction fine et mémorise l'odeur de son bébé (49, p.50) ce qui favorise la création des premiers liens entre elle et son bébé. Pendant les premiers mois, les contacts qu'échangent la mère avec lui sont principalement corporels. Les odeurs jouent un rôle clé dans les interactions maman-bébé.

L'audition est fonctionnelle autour de la 25^{ème} semaine de grossesse. Dans le ventre, le fœtus est plongé dans un bain sonore permanent, relativement constant et rythmé, composé de sons endogènes (battements cardiaques, respiration, bruits viscéraux), et de sons extérieurs filtrés par le liquide amniotique et la paroi utérine. In utero, on observe des réponses comportementales à certains bruits. L'audition offre au bébé des repères sensoriels qui lui permettent de créer du lien entre le monde intra-utérin et le monde extérieur. A la naissance, le bébé a mémorisé et reconnaît la voix de sa mère. Il montre une préférence, réagit, s'oriente vers elle et peut s'apaiser quand elle lui parle.

La vision est le dernier sens à maturer. Elle est présente dès la 28^{ème} semaine de grossesse. A la naissance, les capacités visuelles du bébé sont faibles et se développeront par la suite. Il peut quand même orienter son regard et voir distinctement à 20 cm de lui. Cette distance correspond à celle entre le visage de la mère et celui du bébé lors de l'allaitement. Dès la 6^{ème} semaine de vie, le bébé ouvre plus ses yeux et adresse des regards à sa mère. Le contact oeil à oeil entre la mère et son bébé contribue majoritairement à créer un lien affectif. Au terme de son 3^{ème} mois de vie, l'enfant est capable de suivre du regard les trajets et déplacements de sa mère et peut donc entrer en interaction avec elle à distance.

Mme K. et sa fille Alice, âgée de 10 mois, sont dans le salon des mamans à l'hôpital de jour de psychiatrie périnatale. Mme est assise dans un coin de la pièce tandis qu'Alice est à plat ventre sur le tapis d'éveil. Après avoir exploré des objets en autonomie, Alice se tourne vers sa mère, la regarde et semble l'appeler en vocalisant clairement dans sa direction. Mme met quelques secondes à réagir mais quand elle regarde sa fille, cette dernière s'anime et lui sourit largement avant de repartir à la recherche d'un autre jouet plus loin sur le tapis.

Dès la naissance, le bébé perçoit et traite les informations de son environnement et peut ainsi entrer en relation. La mise en relation des différentes modalités sensorielles s'effectue progressivement. Au début, le bébé n'est pas encore capable d'analyser toutes les stimulations sensorielles qu'il reçoit. C'est à l'adulte de filtrer à sa place. Au fil de son développement, des coordinations entre les modalités sensorielles et motrices vont se mettre en place : les *coordinations intermodales* ou *intersensorielles* (49, p.66). Progressivement, toutes ces sensations s'organisent et prennent sens pour le bébé. Ce dernier peut alors élaborer une représentation cohérente du monde qui l'entoure, c'est l'inter-sensorialité.

b. Les compétences motrices

Dès sa vie intra utérine, le bébé est un être en mouvement, il commence à bouger. A la naissance, sa motricité, bien qu'immature, va lui servir pour interagir avec son environnement. Le développement psychomoteur, comprenant la maturation neurologique et l'apprentissage des grandes acquisitions motrices, est régi par 3 lois auxquelles on peut se référer :

- **La loi de succession** : cette loi regroupe elle-même 2 lois :

- la loi céphalo-caudale en lien avec la myélinisation des fibres nerveuses, stipule que le bébé va avoir un contrôle de plus en plus efficace d'abord sur les muscles du visage puis, sur tous les autres en descendant petit à petit jusqu'aux membres inférieurs. Voilà pourquoi le bébé utilise ses mains avant ses pieds.
 - la loi proximo-distale souligne que le contrôle volontaire des muscles part de l'axe avant de s'étendre vers les extrémités.
- **La loi de différenciation** explicite le fait que le bébé va progressivement passer d'une motricité globale et involontaire à une motricité volontaire. Le bébé gagnera en précision et sa motricité n'en sera que plus riche et élaborée.
 - **La loi de variabilité** s'attache à nous rappeler que ces avancées dans le développement psychomoteur de l'enfant ne sont pas uniformes et continues. C'est une alternance permanente de périodes de progressions, de régressions, de stagnations et de temps d'intégrations. Chaque enfant a son propre rythme.

Il est essentiel de préciser que l'expérience, encouragée par un environnement plus ou moins stimulant, va retentir sur la maturation et peut l'accélérer. A l'inverse, le manque d'expérience peut retarder la maturation et ralentir l'enfant dans son développement.

Le **tonus** est défini comme un état de tension des muscles permanent, involontaire et d'intensité variable. Il mature selon les lois de développement citées ci-dessus. Il existe le tonus de fond qui traduit la répartition tonique du corps ; le tonus postural qui aide à la préparation et au soutien du mouvement tout en étant vecteur d'émotions et le tonus d'action qui assure une chorégraphie musculaire enchaînant contraction et décontraction nous permettant d'entrer en mouvement. S. ROBERT-OUVRAY décrit le tonus comme étant "*le principal agent de la communication émotionnelle*" et ajoute même que, toute notre vie, "*la tonicité est notre baromètre et notre carte d'identité psychocorporelle*" (40, p.44-45). Le bébé né avec un tonus de fond réparti de manière non homogène. Il présente une hypotonie du tronc et une hypertonie des membres. Progressivement, le tonus des membres va se relâcher d'abord au niveau des membres supérieurs puis des membres inférieurs en suivant. Au fil de ses premiers mois de vie, l'enfant va progressivement gagner en renforcement tonique au niveau de son axe ce qui va lui permettre de maintenir sa tête d'abord, puis son tronc. Cette évolution du tonus va être concomitante et en lien à celle des acquisitions motrices.

A la naissance, le bébé exprime une **motricité réflexe**, présente depuis la vie utérine. Il s'agit de mouvements automatiques et involontaires apparaissant à la suite d'une stimulation externe (bruit, toucher...) ou interne (angoisse, douleur...). La présence de ses nombreux réflexes dits réflexes archaïques (réflexe de *Moro*, *grasping* réflexe, le réflexe de *succion automatique*...) est physiologique au cours des premiers mois de vie du nourrisson et témoigne du bon développement du système nerveux et du tonus musculaire (18, p.40). Ces réflexes vont progressivement disparaître aux alentours de 4 mois de vie post-natale. Ce sont des pré câblages innés du nourrisson “*vus comme des montages sensori-moteurs isolés et non coordonnés entre eux*” (49, p.67) qui assurent les premières interactions avec sa mère. A titre d'exemple, une mère, caressant son bébé au niveau de la région péribuccale, génère un stimulus cutané qui entraîne un mouvement d'orientation de la bouche et de la tête du bébé en direction de son contact. Cette situation n'est pas anodine aux yeux de la mère car elle place son bébé comme acteur engagé dans la rencontre et dans une réciprocité (2, p.23).

Progressivement, cette motricité réflexe va s'estomper pour laisser place à une motricité volontaire. L'enfant entre dans une grande période d'acquisitions motrices et va commencer à mouvoir son corps de manière plus globale. Dans son livre (18), M. FORESTIER décrit plusieurs étapes de *découvertes* pendant lesquelles le bébé découvre son corps, ses fonctions (locomotrices, jeu, communication, exploration de l'espace...) et ses possibilités gestuelles. Voici quelques étapes clés du développement psychomoteur :

- La tenue de tête vers 3 mois
- La préhension volontaire vers 5 mois
- Les retournements dos-ventre puis ventre-dos vers 5-6 mois
- La station assise autonome vers 7 mois
- Le ramper et le 4 pattes vers 8-9 mois
- La station debout vers 10-14 mois
- L'acquisition de la marche vers 10-18 mois

Au fil de ses acquisitions le bébé est de plus en plus autonome pour faire ses propres déplacements. Il peut alors aller à la rencontre et au contact de sa mère. Ces acquisitions motrices sont autant essentielles pour le développement psychomoteur du bébé qu'utiles pour la mise en place et la consolidation des liens mère-bébé. “*La fonction motrice est avant tout une fonction de relation car nous bougeons pour aller vers, un objet à découvrir, un espace à explorer, un humain à rencontrer...*” (12, p.208).

c. Les compétences sociales

Nous découvrons progressivement à quel point le bébé est un être compétent. Le bébé va mettre toutes ses compétences sensorielles et motrices au service de la relation. Il possède donc d'incroyables compétences sociales lui permettant d'être un élément actif dans ses relations et d'échanger avec ses semblables. Il est capable de communiquer via la communication non-verbale d'abord, puis verbale ensuite. En effet, durant ses premiers mois sur Terre, le bébé exprime corporellement ce qu'il ressent à travers des états de tension ou de détente corporelle, des mimiques faciales, des regards ou des cris et des pleurs faisant office de signaux d'appel. C'est vers 2 mois que les gazouillis apparaissent et lui servent à solliciter sa mère.

Le bébé utilise aussi l'imitation. C'est un outil dont il se sert pour communiquer et qu'il possède dès sa naissance. Très vite, il est capable de reproduire des expressions faciales qu'il observe comme la protrusion de la langue et l'ouverture de la bouche (12, p.112). Un peu plus tard, aux environs de 3-4 mois, l'imitation concernera les éléments de langage, bébé imitera vocalement des sons vocaux. Dans les compétences sociales du nourrisson, on retrouve aussi le sourire qui a une forte valeur communicative pour les humains. Un sourire de bébé crée l'émerveillement dans son entourage qui y est réceptif. C'est vers 2 mois que le bébé se met à sourire, par imitation d'abord puis, intentionnellement. C'est un sourire adressé qui prend toute sa valeur de communication dans la relation.

Comme le dit B. CYRULNIK : *“les bébés sont compétents bien avant de naître”* (13). Les compétences du bébé sont nombreuses et lui sont essentielles pour entrer en relation avec le monde qui l'entoure. Les exercer n'est pas si simple, cela dépend du fonctionnement de l'enfant, de son environnement et de ses états de vigilance. Les états de vigilance sont rattachés à un état tonique particulier et à une sensibilité aux signaux extérieurs du tout-petit. Selon les états de vigilance décrits par T. B. BRAZELTON (2, p.26), c'est quand il est en état 4, dans un éveil calme et attentif, que le bébé est pleinement disponible pour l'interaction et réceptif à son entourage. Avec toutes ses compétences, le bébé est donc un partenaire actif dans l'interaction et la relation.

3. Co-construction du lien mère-enfant

Pour construire une relation il faut être deux et, dans la relation mère-enfant, l'un et l'autre ont autant leur rôle à jouer. Entre eux s'instaure une mise en mouvement psychique et corporelle donnant lieu à une multitude d'interactions. Le lien affectif qui va se tisser est indispensable au développement de l'enfant.

a. **Les interactions précoces...**

Une interaction est définie comme une “*réaction réciproque de deux phénomènes qui évoluent dans le même système*” (5, p.41). S. LÉBOVICI précise qu'il existe un lien entre les comportements du bébé à valeur de communication et les réponses de la mère, et inversement (28, p.168). Classiquement, on distingue trois types d'interactions :

❖ *Les interactions comportementales*

Également appelées *interactions réelles*, ce sont les interactions directement observables. Il s'agit de la manière dont le comportement du bébé et celui de sa mère s'accordent l'un par rapport à l'autre. Elles comprennent 3 catégories :

Interactions corporelles : Les interactions corporelles ciblent “*l'ensemble des échanges passant par le corps*” (17) : c'est ce que H. WALLON nomme le *dialogue tonique*. J. DE AJURIAGUERRA approfondira ce concept en parlant de *dialogue tonico-émotionnel*. D'après lui, il s'agit du reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre (4, p.14). Il place alors tonus et émotions au cœur du dialogue et de la communication entre la mère et son bébé.

Les interactions corporelles comprennent également le **holding** et le **handling** de D. WINNICOTT. Le *holding* correspond à la façon dont l'enfant est porté, tenu physiquement et psychiquement de manière plus ou moins contenante et sécurisante. Le *handling* caractérise les soins de maternage (nourrir, soigner, laver le bébé...) et la façon dont l'enfant va être manipulé. Le maintien physique de l'enfant par la mère assure une fonction de protection contre des expériences angoissantes et assure un sentiment de sécurité interne. S. ROBERT-OUVRAY reprend cette notion et la développe sous le terme de *holding psychomoteur*. “*Le holding psychomoteur se définit comme un ensemble de manières d'être et de faire qui prend en compte tous les niveaux d'organisation du sujet, tonique, sensoriel,*

affectif, représentatif et langagier.” (40). Les interactions corporelles attestent donc de la façon dont l'enfant est porté, tenu, soutenu, touché et maintenu par la mère mais c'est également la manière dont le nourrisson réagit à cela, s'ajuste et se moule dans les bras.

“Il existe une véritable interaction entre les postures de l'enfant et de la mère : détente ou raidissement de l'un, confort ou inconfort de l'autre, attention ou désintérêt des deux. [...] Les réponses du nourrisson aux stimuli de la mère sont perçues comme une incitation à continuer ou à interrompre” (17, p. 6).

Lors d'une séance de psychomotricité en service de psychiatrie périnatale, nous accueillons Mme H. et son fils Gaston (9 mois). Gaston est tonique et actif. Mme quant à elle, semble avoir du mal à s'ajuster et suivre les mouvements de son fils dans ses bras. Elle nous dit être très fatiguée car elle s'occupe seule de son fils la journée et nous parle de ses angoisses d'être trop fatiguée et de ne pas réussir à continuer de s'occuper de lui à cause de cela. La psychomotricienne propose alors à Mme de s'installer confortablement, dos au mur, contre des coussins mis à dispositions et d'installer son fils contre son ventre et sa poitrine. Mme est alors invitée à prendre de grandes inspirations par le nez et à souffler par la bouche. Très vite, au bout de 3-4 cycles respiratoires, les épaules et les bras de Mme s'abaissent et se relâchent, elle semble plus apaisée et détendue. Gaston finira par s'endormir quelques minutes plus tard.

Interactions visuelles : Elles caractérisent les échanges de regards entre la mère et son bébé, souvent empreints d'émotions. Le regard constitue un mode de communication privilégié. La tétée est un moment clé pour les échanges mutuels de regards entre les deux partenaires. Cette bidirectionnalité a des effets sur la mère (gratification, reconnaissance) et sur le bébé (renforcement de son regard envers sa mère, sécurité).

D. WINNICOTT évoque la *fonction miroir*, le bébé se voit dans le visage et les yeux de sa mère. La mère va renvoyer à l'enfant ce qu'elle a perçu, ressenti et compris de lui et de son état affectif. S. LEBOVICI parle de *regard mutuel* et insiste sur le fait que le bébé se voit dans le visage de sa mère mais qu'elle aussi se voit dans le visage et le regard de son enfant. Les échanges de regard sont donc un moteur essentiel à la relation.

Interactions vocales : Il s'agit des échanges de paroles, de vocalises, de sons entre les membres de la dyade. La mère parle à son bébé en modulant la prosodie, les intonations, le rythme de sa voix. Cela a des effets sur le bébé qui "*paraît entraîné, dans sa motricité par la musique du langage maternel*". F. DOLTO va même plus loin et avance l'idée qu'il faut parler à son bébé car celui-ci entend et comprend ce qu'on lui dit. Le bébé, lui, utilise des cris comme moyen de communication privilégié, "*les pleurs et les cris constituent le premier langage du bébé qui exprime ainsi, non seulement ses besoins mais aussi ses affects.*" (17, p. 6). Ces appels du bébé peuvent être le déclencheur d'affects poussant la mère à réagir pour répondre à son enfant et limiter son état de détresse. Ils ont pour but de susciter le rapprochement et la proximité de la mère.

En clinique, on observe bien que quand une maman parle beaucoup à son bébé, celui-ci a tendance à beaucoup plus babiller qu'un bébé à qui la maman parle peu. On observe aussi l'importance des interactions vocales au travers de la prosodie et des intonations que la maman peut prendre ou pas pour s'adresser à son bébé. Une mère qui a une voix monotone va moins attirer l'attention de son bébé qu'une mère qui joue avec l'intonation de sa voix quand elle s'adresse à lui.

❖ *Les interactions affectives*

Il s'agit du climat émotionnel et affectif dans lequel a lieu l'interaction, au vécu agréable ou désagréable de la situation et de la communication. Les affects sont au cœur de la communication mère-enfant. Comme le précise L. VAIVRE-DOURET "*la tonalité affective globale des échanges entre les partenaires de l'interaction est toujours une donnée fondamentale (plaisir, bien-être, tristesse, ennui, indifférence, insécurité, haine...)*" (49).

Daniel STERN parle d'ailleurs de l'*accordage affectif* (5, p.43). C'est un moment où la dyade partage les mêmes états affectifs et comportementaux parfois sur un mode transmodal. La mère renvoie à son bébé ce qu'il a pu exprimer sur un mode sensoriel ou moteur, en utilisant un autre canal. Par exemple, une modulation de la voix de la mère peut s'accorder à un mouvement de son bébé. Ce qui correspond n'est pas le comportement en soi mais l'état affectif et émotionnel des deux partenaires. Il y a donc un partage d'affects. L'accordage affectif permet au nourrisson de faire l'expérience du partage de sa vie émotionnelle et de percevoir les affects éprouvés par la mère. L'accordage affectif participe donc à la compréhension du bébé et permettra ensuite d'associer une signification à un comportement.

J'ai eu l'occasion, exceptionnellement, d'assister à une séance de psychomotricité précédant l'atelier danse à l'Unité Ambulatoire Pédopsychiatrique (UAPP) et accueillant Mme R. et sa fille Aria, âgée de 18 mois en âge réel, 16 mois en âge corrigé.

Le début de vie d'Aria a été compliqué tout comme le début de la maternité de Mme. Mme et son conjoint ont effectué un parcours de Procréation Médicalement Assistée (PMA) car ils n'arrivaient pas à concevoir d'enfant. Après une énième fécondation in-vitro (FIV), Mme apprend qu'elle est enceinte de triplés. Sur conseils médicaux, Mme effectue une réduction embryonnaire car la grossesse est à risque et Mme est âgée de 41 ans. La grossesse a été très suivie sur le plan médical et bien que Mme était heureuse d'accueillir des jumeaux, elle n'en était pas moins angoissée. L'accouchement a été prématuré à 30 semaines d'aménorrhées (SA) et un des bébés est décédé, Aria est la seule survivante. Mme, qui présentait déjà un trouble anxieux antérieur à la grossesse, est alors entrée dans une dépression post-partum sévère dont elle se sort difficilement aujourd'hui, toujours associée à son trouble anxieux. Elle a été hospitalisée 3 semaines au temps plein du réseau de psychiatrie périnatale pour un épisode mixte du post-partum et a ensuite été suivie à l'hôpital de jour. Le relai a été pris depuis le mois de janvier par l'UAPP pour une poursuite du suivi pour Mme et un soutien au développement psychomoteur d'Aria.

Ce jour-là, nous discutons avec elle pendant qu'Aria explore les objets, assise contre le ventre de sa mère. La mère revient sur la douleur psychique mais aussi physique qu'elle a ressentie lors des premiers mois après la naissance d'Aria. Elle évoque le travail de deuil qui a été difficile à faire et la peur massive qu'elle avait de perdre Aria. A ce moment précis, Aria s'anime, vocalise, regarde sa mère, lui sourit comme pour lui dire "regarde maman, je suis en vie et je vais bien".

Ce moment illustre parfaitement l'accordage affectif entre la mère et son enfant.

❖ Les interactions fantasmatiques

L'observation des interactions fantasmatiques peut venir donner du sens à des éléments difficiles à cerner comme certains comportements de la mère, par exemple. En effet, la vie psychique, imaginaire (consciente) et fantasmatique (inconsciente) de la mère a un rôle non négligeable dans l'organisation et la mise en place des interactions. Cette vie imaginaire et fantasmatique replonge la mère dans son histoire personnelle et familiale. La vie psychique maternelle contribue à modeler celle du bébé. Les discours et certains comportements de la

mère sont imprégnés de cette activité fantasmatique. On peut se rendre compte de ces interactions fantasmatiques en prêtant attention à ce que la mère dit de son bébé et de ce qu'il suscite chez elle, si cela la renvoie à des événements de son passé, de choses qu'elle ne veut pas reproduire par exemple. Parfois, la mère projette certaines intentions, affects, comportements volontaires sur son bébé qui sont "pathologiques" et biaisées par ses représentations et ses fantasmes.

A l'hôpital de jour, j'ai eu l'occasion de rencontrer et d'observer Emile et sa maman. Mme B. n'avait pas prévu d'avoir un enfant et est encore jeune étudiante. Assise sur un canapé, elle parle avec une infirmière. Elle tient verticalement, contre elle, son bébé dans les bras. Son fils a tout juste 1 mois, il ne tient pas encore sa tête et n'a pas encore acquis toute la maîtrise de sa motricité volontaire. A plusieurs reprises, il soulève sa tête et la relâche quelques secondes plus tard. Celle-ci "cogne" légèrement contre la clavicule de sa maman qui finit par dire "je ne m'attendais pas à ce que mon fils me donne des coups de boule et me tape". Se sentant alors persécutée et prêtant à son enfant la volonté et l'intention de faire mal à sa mère, Mme amène, au sein des interactions, des affects négatifs et l'investit d'une manière biaisée. Certainement en conséquence de cette fausse lecture de lui, le regard de son fils est peu souvent dirigé vers sa mère et, même au sein, son regard est plus souvent dans le vide que plongé dans celui de celle qui le nourrit.

L'observation de cette scène nous a rendu (l'infirmière présente et moi) inconfortable et nous avons tenté de moduler ses dires, de la guider et de lui expliquer là où en est son enfant dans son développement dans l'espoir de moduler les croyances de cette maman.

Ainsi, chez un bébé en bonne santé, les interactions vont concourir à un développement harmonieux et à un éveil qualitatif. Pour le bon déroulé de ces interactions, il est nécessaire qu'il y ait une disponibilité (psychique, affective) de la mère, de la souplesse dans ses réponses, une stabilité, une continuité et une cohérence dans le temps. Si ces conditions ne sont pas réunies, les interactions seront perturbées dans leur venue et leur expression. Des interactions précoces inadaptées peuvent aboutir à des comportements aversifs du bébé : cris, pleurs, rejet, schèmes d'hyperextension, bébé difficilement consolable, malmenant alors la relation mère-bébé.

b. ... pour aboutir à l'attachement

L'attachement vient d'un besoin inné et vital du bébé de créer un lien d'attachement vers un adulte afin que celui-ci assure sa protection et son sentiment de sécurité interne, nécessaire à sa survie (5, p.31). Ce lien s'établit progressivement au fil des interactions précoces entre le bébé et sa figure d'attachement. Il est spécifique d'une relation.

Le bébé est un être en plein développement qui présente une grande vulnérabilité et qui a besoin d'être protégé pendant cette période (22). C'est la figure d'attachement, souvent la mère de l'enfant, qui assure cette protection. Le bébé, lui, est équipé d'un système comportemental d'attachement. D'après J. BOWLBY, l'objectif du système d'attachement est "*le maintien de la proximité souhaitée et nécessaire avec la figure d'attachement en fonction des circonstances*" (22, p.23). Il va même jusqu'à affirmer que ce système a un rôle dans la régulation émotionnelle, le développement des relations sociales et la connaissance de l'environnement de l'enfant. Il prouve donc que l'attachement est éminemment nécessaire au développement de l'enfant. L'attachement est un système motivationnel avec un but à atteindre. L'objectif est de retrouver la proximité physique avec la figure d'attachement, lorsque le bébé perçoit des conditions de danger ou de stress (internes : liées à l'enfant, ou externes : liées à l'environnement), pour qu'elle réponde à ses besoins de sécurité et de réassurance. Pour cela, le bébé va utiliser des comportements d'attachements. J. BOWLBY classe ces comportements chez l'enfant en 4 catégories :

- les comportements **aversifs** : cris, pleurs... amènent le caregiver à proximité pour les faire cesser.
- les comportements **de signalisation** : vocalises, sourires... Ils attirent et font perdurer la proximité avec la figure d'attachement.
- les comportements **actifs** : s'approcher et suivre. Ils apparaissent une fois que le bébé est en capacité de se déplacer d'une quelconque manière.
- la **succion non nutritionnelle** qui a pour but de maintenir la proximité corporelle avec la mère.

Plus l'enfant est dans une situation de stress ou de menace, plus il va avoir besoin de raccourcir la distance avec son caregiver. La distance "optimale" c'est l'enfant qui la donne. Une fois cette proximité atteinte, le système d'attachement se désactive. Le besoin a été satisfait et l'enfant peut alors se détendre.

Le **caregiver** (*prendre soin de*), aussi appelé **figure d'attachement**, est la personne qui s'engage émotionnellement et durablement dans le temps auprès de l'enfant, vers qui s'oriente préférentiellement le lien d'attachement et dont la proximité est recherchée. Le caregiver a, normalement, la volonté de répondre aux besoins d'attachement du bébé, de proposer des stratégies de protection efficaces et a une capacité de lire et de comprendre justement les signaux du bébé. La figure d'attachement doit donc présenter certaines qualités (22, p.34) :

- la **sensibilité** : c'est l'attention portée aux signaux de l'enfant.
- la **flexibilité** : désigne la capacité d'adaptation aux besoins et aux tâches développementales du bébé.
- la notion de **responsiveness** : c'est la capacité du caregiver à percevoir les signaux du bébé, à les interpréter et à y répondre le plus rapidement et adéquatement possible.
- l'**accessibilité**
- la **disponibilité** (physique et émotionnelle)
- la **stabilité** : dans ses réponses et dans le temps. C'est le fait d'apporter une continuité de soin et de réponse à l'enfant qui lui permet de vivre ce sentiment de sécurité. Il sait que sa figure d'attachement sera là quand il en aura besoin.

Le système de caregiving s'active selon la perception ou non des signaux de détresse du nourrisson. C'est donc prendre soin de son enfant, lui apporter protection, soutien et consolation. La disponibilité et la réactivité du caregiver dans les moments de peur du bébé, permet à l'enfant de vivre l'expérience d'une sécurité de l'attachement et participe à développer la confiance de l'enfant en sa figure d'attachement privilégiée et discriminée. M. AINSWORTH nous dit que la présence seule du caregiver suffit au développement de l'attachement mais que c'est la qualité de ses réponses aux besoins d'attachement et d'exploration de son bébé qui contribue aux modalités d'expressions de l'attachement (22). Le bébé va adopter un type d'attachement sécure si les réponses sont cohérentes avec les signaux d'appels qu'il envoie. En revanche, si les réponses sont peu satisfaisantes, trop longues à arriver car mal perçues, mal interprétées et mal choisies par la mère, l'attachement sera plutôt insécure. Le nouveau-né pourra se retrouver en détresse à son tour et fera l'expérience d'une insécurité. Le bébé peut activer son système d'attachement selon la place ou le comportement de sa figure d'attachement lorsque cette dernière est absente, en retrait. L'absence de disponibilité de la mère est source de stress pour le bébé. Cela peut nous

questionner sur la capacité des mères atteintes de pathologies psychiatriques à se montrer disponibles et à l'écoute des besoins de leur enfant.

Les différents types d'attachements, d'après Mary AINSWORTH :

L'attachement sécure : L'enfant se sent compris et sait que ses signaux de détresse entraînent une réaction rapide et adaptée de sa mère. Le caregiver est disponible et accessible. Il constitue donc une base de sécurité.

L'attachement insécure évitant : Lorsque la figure d'attachement part, l'enfant ne manifeste presque pas sa détresse. La mère n'est pas investie comme une base de sécurité car l'enfant ne recherche pas de réassurance ou d'affection auprès d'elle. Elle peut se trouver en difficulté pour répondre de manière adaptée aux signaux de son bébé en se montrant rejetante ou intrusive envers lui. L'enfant minimise donc l'expression de ses besoins d'attachement.

L'attachement insécure ambivalent-résistant : Ce type d'attachement se caractérise par une inefficacité à obtenir la sécurité de la part du parent, malgré les efforts répétés de l'enfant pour la solliciter, ce qui le contraint dans son exploration du monde. L'enfant présente une ambivalence dans ses comportements. La figure d'attachement répond de manière inadaptée, incohérente et imprévisible aux appels de l'enfant.

L'attachement désorganisé/désorienté : Ce n'est ni un attachement sécure, ni un attachement insécure. L'enfant présente un comportement désorganisé et incohérent envers sa figure d'attachement. Le caregiver peut être source d'apaisement comme source de peur pour l'enfant qui ne parvient pas à mettre en place des stratégies interactionnelles pour voir ses besoins comblés. L'enfant peut être évitant, ambivalent et n'a pas de stratégie constante.

J. BOWLBY et M. AINSWORTH s'accordent pour dire que les réponses du caregiver pendant la première année de vie sont déterminantes de la qualité de la relation d'attachement.

Il existe des étapes marquant des seuils dans la mise en place du lien d'attachement qui évoluent en même temps que le développement de l'enfant. Les acquisitions motrices successives vont progressivement lui permettre de gérer la distance entre lui et sa figure d'attachement. Il passe donc d'un besoin de **proximité** à un besoin de **disponibilité** (pas

besoin de contact physique systématique) et plus tard d'**accessibilité** (dans la pensée) de sa figure d'attachement. Il acquiert également de nouvelles compétences cognitives et langagières qui lui permettent de communiquer différemment avec son caregiver. L'enfant se sert alors de sa figure d'attachement comme une "**base de sécurité**" (Bowlby) pour partir explorer le monde environnant, grâce à l'activation du système d'exploration (activé quand le système d'attachement est en veille), et sur laquelle il revient s'appuyer, se réconforter quand il en ressent le besoin.

L'attachement désigne donc la relation qui se tisse au fil du temps grâce aux interactions précoces entre la mère et son enfant. Ce lien émotionnellement investi se tisse entre deux partenaires non interchangeable et comporte le désir de maintenir une proximité, la joie au moment des retrouvailles et la détresse en cas de séparation. L'enfant sait alors qu'il peut compter sur sa mère pour se rassurer en cas de besoin et de détresse. Néanmoins, si le caregiving n'est pas satisfaisant et si les interactions ne sont pas adaptées, l'attachement ne pourra être sûr et cela aura des conséquences sur les capacités d'exploration de l'enfant et sur son sentiment de sécurité interne. De bonnes interactions entre l'enfant et sa figure d'attachement sont donc essentielles à un développement psychomoteur harmonieux.

4. Comment la pathologie psychiatrique influence le lien d'attachement

a. 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*" (46, p.1). Dans cette branche de la médecine, la période périnatale s'étend du début de la grossesse jusqu'à la fin de la première année de post-partum. Dans le service que je m'appête à présenter, il n'est pas rare que des dyades soient accueillies et prises en charge jusqu'aux 18 mois de l'enfant, selon les besoins observés et la nécessité de soins et d'accompagnement prolongés.

Le Réseau de Psychiatrie Périnatale (RPP) offre des soins conjoints mère-bébé dans une logique curative et préventive (prévenir le risque de dysfonctionnement dans le processus de parentalisation et dans les relations parents-enfants).

Les soins proposés sont :

- Des **hospitalisations à temps plein** au sein de l'Unité Mère-Enfant (UME).
- Des **hospitalisations à temps partiel** dans un Hôpital de jour (HdJ),
- Des **consultations ambulatoires** : avec le passages d'infirmières et d'une psychologue en maternité ou des rendez-vous avec d'autres professionnelles du réseau (pédopsychiatre, psychomotricienne, assistante sociale...),
- Des **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 demandée,
- Des **visites à domicile**, avec comme objectif la surveillance des troubles et des traitements des femmes enceintes et dyades mère-bébé,

L'activité de prévention effectuée par l'ensemble des professionnelles du service diminue grandement le développement et l'aggravation des troubles psychiatriques maternels. Elle est indispensable tant dans les cas où la mère présente une pathologie psychiatrique préexistante à la grossesse, que dans les cas où les troubles sont occasionnés par la grossesse ou apparaissent en post-partum.

Le réseau de psychiatrie périnatale travaille en étroite collaboration avec des partenaires tels que la Protection Maternelle Infantile (PMI) et l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Ils ont un rôle de protection et de prévention et peuvent adresser des dyades nécessitant des soins.

Les mères accueillies par le réseau présentent des pathologies diverses et sont souvent au cœur de situations complexes (violence, isolement, précarité...). Leurs bébés peuvent, eux aussi, éveiller des inquiétudes et présenter des retards de développement, des troubles de l'alimentation et/ou du sommeil. L'un des objectifs centraux de ces prises en charge dyadiques est de **soutenir le lien mère-bébé**, souvent ébranlé par la pathologie psychique maternelle et/ou les troubles du tout petit. Lors de l'arrivée d'une dyade dans le réseau, toutes les professionnelles s'affairent pour collecter un maximum de données sur l'histoire de vie de la mère, son parcours de soin, sur son vécu de la maternité. L'équipe évalue le soutien et les ressources dont dispose la mère (famille, amis, conjoint) et se renseigne sur sa situation socio-économique (précarité, emploi, lieu de résidence).

Le personnel soignant porte un regard tout particulier à l'observation des capacités maternelles. Il s'assure que la mère est bien disponible et capable de s'occuper de son bébé, que son état est suffisamment stabilisé par un ou des traitements médicamenteux. L'intégralité de l'équipe s'affaire pour mobiliser des aides afin d'accompagner au mieux la dyade.

J'ai eu la chance d'effectuer mon stage à l'Hôpital de jour (Hdj) du Réseau de Psychiatrie Périnatale (RPP). L'hôpital comprend un salon des mamans, une nurserie, une salle de repos, une salle d'activités où ont lieu des séances de psychomotricité et des temps d'ateliers, un réfectoire, un secrétariat, une salle de réunion et des bureaux de consultations. A l'hôpital de jour, l'équipe est composée d'une psychiatre, d'une pédopsychiatre, d'une psychologue, d'une psychomotricienne, d'une infirmière puéricultrice, d'une auxiliaire de puériculture, de deux infirmières, d'une assistante sociale, de deux secrétaires, d'une médecin, d'un docteur junior et d'une cadre de santé.

Les objectifs phares des professionnelles de cette équipe sont :

- Accompagner la mère dans ses problématiques liées à son/ses troubles psychiques
- Prévenir et agir pour minimiser le risque de dysfonctionnement dans le lien mère-bébé
- Soutenir la mère dans son accession à la maternité

Les dyades hospitalisées à l'Hdj y viennent à raison d'une à deux fois par semaine, de 10h à 16h. Elles sont suivies par une psychiatre ainsi qu'une infirmière référente. En fonction des observations croisées des différents membres de l'équipe, des besoins et demandes exprimées par la mère et des indications médicales et paramédicales, un projet de soin spécifique à la dyade est construit. Lors de ses venues, chaque mère peut bénéficier d'entretiens avec la psychiatre, d'entretiens infirmiers, de séances de relaxation, de séances de socio-esthétique, de groupe de parole, de consultations avec la psychologue. Pour la dyade, des séances de psychomotricité et de massages bébé sont proposées tout comme des ateliers thérapeutiques. Le soin se poursuit aussi lors de temps informels de la vie quotidienne où les professionnelles peuvent accompagner maman et bébé pour le bain, l'endormissement... L'écoute et les conseils apportés par les professionnelles constituent un soutien moral sur lesquels les mères peuvent s'appuyer.

Pour finir, lorsque le bébé souffle sa première bougie et que la dyade semble ne plus nécessiter d'hospitalisation, on envisage l'arrêt de la prise en charge. L'arrêt ne se fait pas

brutalement, il est préparé et réfléchi en amont. Si le bébé présente des retards ou des troubles qui nécessitent un suivi ou si la mère est toujours en souffrance, l'hôpital de jour contacte des structures adéquates comme des Centres Médico-Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent (CMPEA) ou des Unités Ambulatoires Pédopsychiatriques (UAPP) et leur passe le relai afin que le suivi se poursuive.

b. Quelques pathologies psychiatriques maternelles

i. La dépression post-natale

Selon le DSM-V (3), la dépression post-natale ou post-partum est un trouble dépressif caractérisé. Le trouble débute en général entre 4 et 6 semaines après l'accouchement et peut durer de 6 mois à un an. La patiente doit présenter au moins cinq des symptômes suivants pendant une période d'au moins 2 semaines et présenter un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Il faut également qu'au moins un des symptômes soit une humeur dépressive ou une perte d'intérêt et de plaisir.

- Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir
- Perte ou gain de poids significatif en l'absence d'un régime
- Insomnie ou hypersomnie
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Fatigue ou perte d'énergie
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inapproprié

La dépression postnatale peut prendre des allures cliniques différentes. Une mère peut être atteinte d'une forte asthénie, se montrer absente psychiquement et émotionnellement et donc peu disponible avec des troubles de la concentration. Une mère déprimée peut aussi exprimer une impression désagréable de ne jamais s'en sortir, de ne pas réussir à assumer toutes les tâches du quotidien et de se retrouver en permanence débordée. Ces mamans éprouvent donc souvent un sentiment d'incapacité à s'occuper de leur bébé auquel s'ajoute un grand sentiment de culpabilité. Dans le cas de la dépression postnatale, la jeune mère va progressivement perdre confiance en elle, en ses capacités de "bonne mère". L'anhédonie prend également place dans la relation qu'elle tisse avec son bébé. La mère devient peu à peu incapable de ressentir un quelconque plaisir dans sa relation avec lui. Ainsi, elle n'offre plus l'accordage nécessaire, le bain de stimulation et de réponses interactives à son bébé, lequel peut alors présenter lui-même des signes dépressifs, au vu de son immaturité

développementale, sous formes de problèmes somatiques : troubles alimentaires, troubles du sommeil, trouble du tonus, troubles relationnels...

A l'hôpital de jour, je rencontre tous les mercredis Mme N. et sa fille Ninon âgée de 6 mois. Mme est hospitalisée dans le cadre d'une dépression post-natale sévère. Mme se dit débordée et fatiguée de tout. En effet, nous observons une dame ralentie, à l'allure voûtée et à la mine triste. D'après ses dires, il lui est quasiment impossible de se lever avant 13h lorsqu'elle est chez elle. Elle délègue le plus de tâches possibles à son mari qui s'occupe principalement de Ninon mais qui, lui aussi, commence à s'épuiser de cette situation. Depuis peu et grâce à l'accompagnement et aux soins prodigués à l'Hdj, Mme essaye de parler un peu à sa fille mais dit ne pas prendre de plaisir quand elle lui parle ou qu'elle la regarde. Elle n'a pas envie de jouer avec elle et la stimule peu. Dans le salon des mamans, alors que toutes les autres mères ont posé leur bébé sur le tapis, Mme N. garde Ninon sur elle, le regard dans le vide. Du haut de ses 6 mois, Ninon est une petite fille peu éveillée. Elle dort la majeure partie du temps et ses temps d'éveil sont peu actifs malgré les stimulations visuelles et sonores proposées par l'équipe. Son regard est peu adressé et elle montre peu d'appétence pour les objets et les jouets. Après un bilan psychomoteur effectuée par la psychomotricienne, il en ressort que Ninon présente un retard de développement. Un accompagnement systémique est alors proposé par la psychiatre de l'équipe et des séances de psychomotricité en présence des 2 parents sont organisées chaque semaines. On voit donc bien là, tout le retentissement que la dépression post-natale et son expression peuvent avoir sur la relation mère-bébé et sur le développement psychomoteur de Ninon.

La mère dépressive se trouve également en difficulté pour s'ajuster au rythme de son bébé. Elle ne perçoit plus ou est en difficulté pour comprendre les messages adressés par celui-ci. L'instauration d'un attachement solide entre le bébé et sa mère est alors compromise. D'après A-L. SUTTER-DALLAY, "ce trouble de l'humeur peut également affecter la capacité maternelle à répondre aux stimulations de l'enfant, ainsi que la sensibilité avec laquelle elle répond. Cette altération de la sensibilité maternelle et de la capacité à répondre retentit sur la capacité de régulation mutuelle des interactions au sein de la dyade en atteignant surtout les interactions affectives, entravant l'accordage affectif des deux partenaires.". Cela met en péril le développement des capacités d'auto-régulations émotionnelles du nourrisson, et donc de son développement (46, p.4).

Un soutien est donc nécessaire pour que mère et enfant puissent se rencontrer. Le but de l'accompagnement sera alors de favoriser chez cette mère une reprise de confiance en ses compétences. Les traitements reposent principalement sur des prises en charge psychosociales élargies (5, p.183) incluant guidance parentale ou thérapie de soutien et un étayage social (Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale [TISF]...).

ii. *Les troubles anxieux*

En période périnatale, il est fréquent d'observer de l'anxiété et du stress chez la mère. Cette anxiété spécifique désigne les inquiétudes de la mère concernant la maternité, ses capacités maternelles... Cette anxiété de faible intensité, faisant partie du processus de parentalisation, ne rentre pas dans le champ de la pathologie et est à bien différencier de formes plus graves considérées comme des troubles mentaux. Parmi ces troubles anxieux on retrouve l'anxiété généralisée définie comme "*une extrême inquiétude, quotidienne ou presque présente durant au moins six mois, et qui perturbe les activités quotidiennes du sujet*" (15, p.187). On retrouve aussi le trouble panique ou encore des états de stress aigus ou post-traumatiques souvent associés à des insomnies, des reviviscences, un syndrome d'évitement et un état d'hypervigilance. Ces états de stress peuvent être associés à des complications sévères de l'accouchement comme une hémorragie mettant en jeu la vie de la mère ou une trop forte douleur, la perte de contrôle et la crainte du décès du bébé (15). Au sein du réseau de psychiatrie périnatale, il est aussi fréquent de rencontrer des mères atteintes de phobies d'impulsion. C'est une forme de Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) caractéristique du post-partum. "*Les Toc associent des pensées obsédantes et des rituels aliénants qui ont pour fonction de neutraliser fantasmatiquement la pensée obsédante.*" (15, p.189). S. MISSONNIER (34, p.86) évoque 2 catégories de phobies d'impulsion maternelles :

- Les phobies d'impulsions se caractérisant par une impossibilité, pour la mère, de s'immerger dans la préoccupation maternelle primaire telle que la décrit D. WINNICOTT c'est-à-dire : "*cet état transitoire de dévouement maternel*" qui repose sur une "*confusion temporaire entre la mère et le bébé*" nécessaire au développement d'une hypersensibilité identificatoire aux attentes du bébé,
- Les phobies d'impulsions se caractérisant par une impossibilité de la mère à sortir de cet état de confusion.

*A l'hôpital de jour, je rencontre lors d'une admission Mme L. et son fils Gabin âgé de 4 mois. Cette dernière, souffrant de phobies d'impulsions et dépression post-partum, nous dit très vite que cet enfant n'était pas désiré, qu'elle n'en voulait pas et qu'elle n'en veut toujours pas. Elle nous confie avoir des phobies d'impulsion de plus en plus présentes qui l'angoissent. Elle nous explique ne pas vouloir de ce bébé et ne pas être capable de s'en occuper seule. Elle nous fait part d'un exemple qui a eu lieu le matin même. Mme était en voiture, se dirigeant vers l'hôpital de jour. Dès le départ, Gabin s'est mis à pleurer et n'a pas cessé durant les 45 minutes de trajet. Pour Mme, c'était insupportable de l'entendre "brailler". Elle nous dit s'être imaginée s'arrêter sur le bord de la route et l'étrangler jusqu'à ce qu'il meurt pour qu'il se taise. Elle nous explique s'être coupée de ses émotions à ce moment-là, par peur de passer à l'acte et pour éviter d'agir. Il s'agit là d'une **phobie d'impulsion infanticide** caractérisée par la pensée obsédante mêlée à la crainte de tuer compulsivement son nouveau-né (15).*

iii. Le trouble bipolaire

Ce trouble est caractérisé par "la survenue d'états maniaques ou hypomaniaques, et d'épisodes dépressifs caractérisés" (5, p. 185). L'état maniaque correspond à une élévation de l'humeur avec augmentation de l'énergie et de l'irritabilité pendant une période délimitée et anormale d'au moins une semaine. Généralement, les patientes ont une estime de soi décuplée, une diminution du temps de sommeil, une communicabilité extrême, une fuite d'idées et/ou une distractibilité. Les patientes sont souvent plus actives. Ces perturbations de l'humeur affectent le fonctionnement socio-professionnel et nécessitent, la plupart du temps, une hospitalisation.

iv. L'épisode mixte

Assez fréquemment rencontré dans les unités de psychiatrie périnatale, l'épisode mixte regroupe les caractéristiques d'un épisode maniaque et d'un épisode dépressif majeur. Pour être diagnostiqué comme tel, il doit être présent depuis au moins une semaine (32).

c. Les perturbations des interactions et leurs conséquences

Dans le cas des pathologies mentales maternelles, les interactions sont perturbées. Les pathologies mentales peuvent conduire à des actes de carence, voire de maltraitance causés par le retentissement de la pathologie sur la capacité de la mère à évaluer les besoins de son enfant et à y répondre. La mère est moins disponible et sensible aux signaux de son bébé. Elle peut ne pas les percevoir donc ne pas les décoder et encore moins y répondre. “*Les pathologies mentales parentales entravent inévitablement la qualité des processus interactionnels.*” (46, p.4). Il existe plusieurs types de perturbations des interactions précoces :

i. Perturbations quantitatives

- ***l'excès de stimulation***

Le bébé a des capacités à être dans l'interaction et à la soutenir qui sont limitées dans le temps et augmentent au fil de son développement. Il a parfois besoin de s'extraire des stimulations induites par l'interaction pour faire des pauses. Pour cela, il envoie des signaux à sa mère (évitement du regard, détournement de la tête...). Dans le cas d'un excès de stimulation, la mère ne les repère pas et continue à stimuler son bébé. Ce dernier ne pouvant alors pas réguler le niveau de stimulation réagira négativement soit en se mettant en retrait soit en se manifestant. L'excès de stimulation s'observe aussi quand les mères projettent des attentes trop élevées sur leur bébé par rapport à leur niveau de développement.

J'observe souvent des mères placer leur bébé assis ou le verticaliser debout alors que ce dernier n'a pas encore la possibilité de s'installer seul dans cette position du fait de son hypotonie axiale en lien avec son niveau de développement.

- ***le défaut de stimulation ou hypostimulation***

Il y a un défaut de stimulation lorsque les interactions se font rares et pauvres. Souvent parce que la mère est indisponible pour interagir avec son bébé du fait de son état psychique mais aussi parfois parce que le bébé est en retrait ou passif. L'hypostimulation s'observe souvent dans les cas de dépression maternelle avec une diminution des gestes, des paroles et des mimiques envers l'enfant.

A l'hôpital de jour, il n'est pas rare d'observer des mamans dépressives installer leur enfant sur le tapis d'éveil, s'asseoir à côté d'eux et ne rien leur proposer, ne pas leur parler et même parfois, ne pas les regarder. La plupart d'entre elles disent ne pas avoir envie de jouer et de proposer des activités à leur bébé et ne pas savoir comment s'y prendre. L'un des rôles de la psychomotricienne du service est de pointer à la maman toutes les compétences motrices et relationnelles de son bébé et de lui montrer où il en est dans son développement. Elle peut lui suggérer des petits jeux afin de lui montrer comment jouer avec son bébé et surtout, lui montrer que c'est possible. Cela peut même générer du plaisir là où les mamans ne pensaient pas en trouver.

ii. Perturbations **qualitatives**

• **perturbation de la réciprocité**

La notion de réciprocité répond à des critères de synchronie c'est-à-dire, "*l'aptitude mutuelle à agir, à réagir aux signaux et à s'influencer en vue de l'échange*" (5, p.46), de continuité et de respect du seuil de tolérance aux stimulations de l'enfant. Dans les perturbations de réciprocité, les mères ne repèrent pas les signaux et les efforts du bébé dirigés vers elles. A l'inverse, l'enfant peut ne pas être sensible à la communication maternelle. Ce type de perturbations se retrouve dans les registres interactifs visuel, vocal et corporel.

GREENSPAN et LIEBERMAN utilisent le terme de "*contingency*" (contingence en français) (33, p.116). Cela désigne les capacités de la mère à percevoir et interpréter les signaux de son enfant et les comportements qu'elle met en place pour y répondre adéquatement. Un comportement contingent est une réponse directe et appropriée aux signaux du partenaire. Un comportement non-contingent semble dénué de lien avec le comportement du partenaire. Enfin, un comportement anti-contingent est défini comme une réponse contraire aux signaux. Souvent, en raison de leur état psychique, les mamans adoptent sans s'en rendre compte des comportements non-contingents ou anti-contingents.

Le réseau de psychiatrie périnatale les accompagne aussi pour cela, dans l'élaboration de nouvelles hypothèses sur les signaux de leur bébé et la mise en place de comportements contingents. Pour cela, on s'appuie, d'une part, sur l'observation du bébé et de ce qu'on peut en verbaliser à la maman. D'autre part, on écoute le discours spontané de la mère sur son bébé et on vient nuancer si besoin.

Lors d'une séance de psychomotricité avec Mme L. et son fils Gabin (cité plus haut), Gabin est dans les bras de sa mère pendant que nous discutons avec elle. Il commence à s'agiter, à râler, se frotte les yeux et baille à plusieurs reprises en regardant sa mère. Mme ne perçoit pas les signaux qu'il lui envoie. Elle lui répond en le berçant vigoureusement et agite frénétiquement son doudou devant ses yeux. Il s'agit d'un comportement non-contingent. Cette réponse non satisfaisante associée à un excès de stimulation est peu supportable pour Gabin qui se met à s'irriter et à pleurer. Mme continue de le bercer dynamiquement jusqu'à ce que la psychomotricienne utilise un nouveau signal de fatigue envoyé par Gabin pour souligner à la maman que son fils a l'air fatigué. Mme nous dit alors "ah bon ?" mais, en réaction, elle diminue l'intensité du bercement et pose le doudou de Gabin sur son ventre. Très vite, Gabin s'endort. Nous constatons ici la difficulté de lecture, d'interprétation et de réponse adéquate aux signaux de l'enfant.

- ***perturbation du déroulement temporel***

Le déroulement temporel lors de l'interaction est à analyser. Est-il continu, discontinu, parsemé de coupures ? Cela gêne-t-il l'interaction ? Le bébé est plongé dans une temporalité rythmique faite de répétitions mais aussi de surprises, cadence et rupture de cadence. Il a un besoin de régularité et de surprise/nouveauté pour que son psychisme puisse émerger.

Les perturbations du déroulement temporel sont en lien avec les notions de macrorythme et microrythme théorisées de D. MARCELLI (31). Les *macrorhythmes* se rapportent à l'ensemble des activités de soin (bain, repas, coucher...) qui sont facilement anticipables par le bébé car stables, relativement fixes et répétitives au sein d'une journée. Le bébé va repérer ces différents temps et les attendre ce qui lui donnera un sentiment de toute puissance ainsi qu'une grande satisfaction. Les *microrhythmes* sont de l'ordre du changement de rythme et impliquent des moments de surprise et de nouveauté. Ils désignent, par exemple, les temps d'interactions ludiques, hors des moments de soin, à savoir les temps du jeu. C'est le temps de l'incertitude, de l'aléatoire et de l'attente pour le bébé. Parmi les perturbations du déroulement temporel on peut trouver une absence de microrhythmes ce qui génère des interactions sans nouveauté ni changements. Le bébé n'aura pas accès à la surprise et à l'incertitude et vivra donc la nouveauté induite par l'environnement comme destructrice. De la même manière, si le bébé est soumis à une absence de macrorhythmes il ne pourra pas anticiper et se repérer dans une temporalité continue et rassurante ce qui pourrait le conduire à l'hypervigilance.

Clément a 3 mois lorsque je le rencontre à l'hôpital de jour avec sa maman. Mme C. est toujours très stimulante avec Clément, elle lui touche très régulièrement le visage, s'approche très près de son visage quand elle lui parle et lui parle beaucoup, sur la même tonalité même quand son bébé dort. Elle nous dit que parfois, elle le réveille car elle veut lui faire des bisous. Une vidéo est alors proposée à cette dyade. Il s'agit d'un enregistrement des interactions mère-bébé pendant 5 minutes suivie d'une analyse des professionnelles et d'un visionnage accompagné d'un retour avec la maman. Durant tout l'enregistrement, Clément ne regarde pas sa mère. Dès le départ, il cherche à s'extraire de la relation en évitant son regard, en tournant sa tête à l'opposé de celle de sa mère, en vocalisant négativement. Mme ne semble pas percevoir les signaux qu'envoie Clément, renchérit et le stimule de plus en plus pour avoir un regard, un sourire : elle le touche beaucoup, tout le temps à vrai dire, le berce vigoureusement dans son transat, rapproche son visage à 10 cm voir moins du sien, lui parle et l'appelle en continu, lui fait des bisous entre chaque mot. Après 3 minutes, Clément qui s'est raidit, se met à hurler après plusieurs tentatives échouées pour s'extraire de l'interaction. En imitation, Mme se met à hurler aussi et continue ses stimulations. Clément s'arrête alors et détourne le regard vers le sol pour se couper de la relation.

On observe ici un excès de stimulation par la voix, le toucher et la proximité. Mme est intrusive car trop proche de son fils et en contact permanent avec lui, ce qui ne permet pas un vrai échange de regard. De plus, elle ne laisse aucun temps de pause à son enfant et reste sur le même rythme, ce qui contribue à perturber l'interaction. On observe également une perturbation de la réciprocité : Clément ne soutient pas le regard et sa mère le "force" en quelque sorte. Elle ne prend pas compte des vocalisations négatives de son bébé. L'ajustement corporel entre les deux n'est plus possible car Clément s'est tendu. Mme n'est pas sensible à ce qui se joue dans le dialogue tonico-émotionnel et n'observe pas les comportements d'évitement de son bébé.

De la grossesse aux premiers mois de vie, une véritable chorégraphie des liens mère/enfant se met en place. Les deux partenaires de cette danse virevoltante sont dotés de compétences leur permettant de faciliter la mise en relation. Ils vont progressivement inclure de nouveaux pas pour colorer et enrichir leur danse interactive. Cependant, dans le cas des patientes atteintes de pathologies psychiatriques, cette chorégraphie peut être oubliée ou laissée de côté. Les mères sont épuisées, peu disponibles et apathiques. En tant que psychomotriciennes, nous avons un rôle à jouer auprès de ces mères afin de les aider à entrer dans la danse.

Chapitre II

LA DANSE DANS LA PRATIQUE PSYCHOMOTRICE

En psychomotricité, l'utilisation de médiations corporelles est très fréquente. Véritable outil au cœur du métier de psychomotricien, cela permet d'animer sensations, éprouvés, émotions, perceptions et enveloppes corporelles du patient. Mais alors, qu'est-ce qu'une médiation ?

La médiation est un processus créateur impliquant le partage, l'expérimentation et le lien à l'autre. *“La médiation, qu'elle soit corporelle ou autre, propose un espace « entre » intermédiaire et un objet commun à partager et à créer, cet objet étant, en quelque sorte, témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe. Une médiation est une proposition d'accordage, de mise en accord et en partage.”* (38, p.45). Dès lors que le psychomotricien se saisit d'une médiation dans le but de favoriser l'expression du patient par le jeu du corps, de proposer un lieu d'expériences où les sensations et perceptions pourront s'organiser dans un système symbolique et d'aider à la transformation des éprouvés, alors cette médiation sera considérée comme thérapeutique. De plus, F. GIROMINI ajoute que *“Le médiateur thérapeutique est le support, le moyen qui est utilisé pour favoriser la relation, l'échange et la communication avec autrui.”* (19, p.52).

1. La danse, un moyen d'expression universel

a. Qu'est-ce que la danse ?

La danse est un art, une discipline riche aux multiples facettes qui peut être choisie et utilisée comme médiation par le psychomotricien.

Le dictionnaire LAROUSSE définit la danse ainsi : *“Art de s'exprimer en interprétant des compositions chorégraphiques”* ou *“Suite rythmée et harmonieuse de gestes et de pas”* ou encore *“Mouvement incessant de quelque chose”*. Ce dictionnaire propose aussi une définition éthologique, plus proche de la vision psychomotrice : *“Exécution codifiée d'actes moteurs jouant un rôle dans la transmission d'informations permettant le déroulement d'une activité particulière.”* (26)

On comprend donc que danser est une action engageant le corps de l'individu dans un espace, dans un temps, dans un mouvement. Il s'agit d'une transformation éphémère du corps mêlant expression, expérimentation et relation. La mise en mouvement corporelle de l'acte dansé n'est pas instrumentale, elle n'a pas de but en soi.

D'après B. LESAGE, danser c'est "*mettre en jeu le geste dans ses qualités spécifiques que l'on analyse classiquement sous trois paramètres : espace, temps, énergie. [...] Le danseur crée son espace, son temps, déploie son énergie*" (29, p.12). Danser est donc éminemment corporel. Il précise que la manière dont on danse est le reflet du rapport que l'on entretient avec notre corps et donc, de notre subjectivité : "*Celui qui danse ne peut se dissocier de sa danse*" (29, p.31).

La danse utilisée comme médiation en psychomotricité allie art et thérapie. B. LESAGE le dit, "*l'art en lui-même n'est pas thérapeutique*" (29, p.7). C'est le dispositif dans lequel s'inclut l'art, et donc ici la danse, qui peut-être thérapeutique à condition qu'il permette au sujet une élaboration psychique dans un cadre qui permet et gère les transferts et contre-transferts. La danse peut donc s'inscrire dans un processus thérapeutique porté par le psychomotricien et par le cadre dans lequel cette médiation est pratiquée.

Dans son livre, J. VAYSSE théorise la danse-thérapie. Pour elle, "*il s'agit de promouvoir le mouvement, dansé si possible, en tant que participant au processus soignant*" (51). Enfin, elle définit la danse-thérapie comme un processus thérapeutique utilisant "*le mouvement comme médiateur d'une relation dont elle assure [la danse-thérapie] le cadre et les limites. A l'origine du travail, préexiste une alliance-thérapeutique entre le 'soignant' et le 'soigné' où la danse fait tiers*" (51, p.36).

En résumé, la danse peut donc être à la fois une discipline physique, artistique et thérapeutique.

b. Qui danse et pourquoi ?

Depuis la nuit des temps, la danse est présente dans l'histoire de toutes les civilisations, de tous les peuples comme en témoignent les peintures rupestres datant de la Préhistoire. Elle est donc, par essence, universelle. C'est le langage du corps compris de tous. Selon les différentes cultures et les époques, son utilisation et sa pratique revêtent différentes fonctions : cultes, rassemblements, fêtes, cérémonies, guerres, magie...(51). Historiquement, la danse a une valeur sacrée et spirituelle, c'est un moyen de communication avec le divin et les grandes forces de la nature. Elle était utilisée dans des rituels de guérison chamaniques et était donc, dès les temps anciens, thérapeutique.

La danse offre donc une multitude d'expériences (corporelles, sensorielles et métaphoriques) et de possibilités depuis que l'Homme la pratique. D'ailleurs, comme le dit T. VENNAT "*les gestes dansés explorés avec les patients ne sont jamais que des mouvements fossiles, héritages tout à la fois phylogénétiques et ontogénétiques.*" (52, p.43). Encore aujourd'hui nous observons l'immense diversité et de styles de danse différents. Presque tout le monde a déjà dansé un jour, même le bébé qui, déjà in utero, fait l'expérience de mouvements s'apparentant à la danse. Ses mouvements, que P. QUIGNARD désigne par le terme de "*danse prénatale*" (52, p.46), sont d'une grande diversité. Ils se composent de mouvements globaux, de rotations, de retournements, de mouvements plus localisés des membres qui sont autant de mouvements que l'on peut retrouver dans la danse.

Dans notre société actuelle, la danse peut être un moyen de rencontrer l'autre. Lors de bals populaires ou de soirées dansantes en bar par exemple. Cela parle du désir d'être en relation à l'autre et cela passe par la mise en jeu du corps. D'autre part, la danse est mobilisatrice d'émotions. L'émotion est, d'après T. VENNAT, un "*ébranlement transportant le corps hors de son état habituel. [...] C'est elle qui mobilise le corps, le tient en alerte, le dispose à un autre type d'action, comme celle de la danse*" (52, p.50). L'émotion imprègne le corps, modifiant notre état tonique. Elle peut être à l'origine du mouvement, pouvant nous pousser à danser. La joie, symbole de vitalité, se retrouve être l'émotion la plus motrice de la danse. En ce sens, on peut dire que le mouvement de la danse serait l'expression émotive de la vie du sujet.

La danse est donc un moyen d'expression et de communication. Selon M. BÉJART "*Ce que l'homme cherche au-delà de la compréhension, c'est la communication. La danse naît de ce besoin de dire l'indicible, de connaître l'inconnu, d'être en rapport à l'autre*" (16). La danse a donc une valeur expressive et relationnelle. Elle nous permet d'être en lien à soi, à l'autre et à l'environnement.

Danser, c'est aussi se sentir exister. C'est parce que je bouge que je sais que mon corps est à moi. Ainsi, les hommes peuvent utiliser la danse pour assouvir leur besoin de se sentir exister et de mettre la mort à distance.

2. Apports en psychomotricité

Précédemment nous avons vu que la danse n'était pas seulement un art. Elle est aussi l'expression de la façon d'être au monde de l'individu. Danse et psychomotricité se rejoignent car elles font du corps leur intérêt premier.

a. Pour qui ?

Selon T. VENNAT, la danse concerne tout le monde, selon les possibilités de chacun, du bébé à la personne âgée.

C. POTEL affirme que *“c'est dans le mouvement continu entre expériences du corps et vie psychique que se construisent non seulement l'enfant, mais aussi l'adolescent et l'adulte.”* (38, p.26). Elle sous-entend ici que l'utilisation de la danse en tant que médiation corporelle est utile à chacun tant qu'elle inclut du mouvement (physique et psychique). La danse peut donc être utilisée pour tous ceux qui ont éminemment besoin d'être en lien, de se reconnecter à eux même, leur corps, leur intériorité, leurs émotions mais aussi aux autres, à l'altérité. De la même façon, J. VAYSSE affirme que la danse utilisée dans un but thérapeutique s'adresse aux problématiques liant psyché et soma. En ce sens, elle paraît tout à fait adaptée aux patientes de psychiatrie périnatale, dont les troubles mentaux retentissent sur leur relation corporelle au monde, aux autres et plus particulièrement à leur bébé.

La danse mobilise les coordinations dynamiques générales en engageant le corps entier dans l'action. Elle peut donc être bénéfique pour des patients présentant des difficultés de coordination motrice (52, p.52). Elle sollicite le corps dans son rapport à la spatialité, elle peut donc être un outil clé pour des patients présentant des difficultés de structuration, d'organisation ou d'orientation spatiale.

Elle est particulièrement intéressante pour des sujets présentant des problématiques liées au tonus. Notamment les patients à tendance hyper ou hypotonique car elle mobilise la fonction tonico-posturale de l'individu (52, p.34). Les patients atteints de troubles psychiatriques présentent souvent des difficultés de modulation tonique. Par exemple, les patientes atteintes de dépression rencontrées en psychiatrie périnatale se présentent souvent avec une *“hypotonie d'invisibilité”* (52, p.34). L'hypotonie d'invisibilité est définie par F. PITTERI : *“L'hypotonie efface toute trace de réactivité psycho affective, comme pour gommer toute communication*

non verbale qui pourrait échapper, à son insu, au patient. Il n'y a plus de « corps à corps » pour une compréhension mutuelle, mais le corps est livré à l'autre d'une telle manière qu'il ne puisse rien y être déchiffré” (37, p.196).

De même, la danse est utile pour les sujets présentant une instabilité psychomotrice mêlant agitation motrice et expression corporelle impulsive. Elle peut faire office de décharge tensionnelle et être organisatrice de l'agitation corporelle.

Bien entendu, ce n'est là qu'une succincte énumération de ceux pour qui la danse dans la pratique psychomotrice peut être bénéfique. Il va de soi qu'elle peut être profitable à d'autres problématiques et pathologies. Dans tous les cas, la danse doit revêtir l'une des qualités principales du psychomotricien, à savoir : l'adaptabilité. Elle doit être envisagée différemment selon les patients et les pathologies rencontrées.

b. Quels intérêts et bénéfices ?

La psychomotricité prend en compte le sujet dans son unité somato-psychique mettant ainsi le corps et le psychisme en cohésion (38). *“Cet équilibre demeure la condition essentielle pour qu'un individu, quel qu'il soit, reste vivant à lui-même et au monde tout au long de sa vie. L'unité « corps-psyché » est en constant remaniement dans un mouvement d'intégration des expériences de vie et ce, quel que soit l'âge.”* C. POTEL déclare qu'en psychomotricité, *“On vit des expériences concrètes, corporelles, perceptives, sensorielles, ludiques, tactiles, kinesthésiques. Et on joue ! Le plaisir du jeu s'inscrit dans toutes perspectives psychomotrices, quel que soit le champ d'intervention : thérapeutique, éducatif, ou rééducatif.”* (38, p.26)

Notre activité mentale tend à s'insérer, à se matérialiser dans le corps, à se transmuier en mouvement, et réciproquement (52, p.49). Notre activité corporelle tend à mimer nos états psychologiques.

A l'hôpital de jour, je rencontre Mme V. et sa fille Carla, de 8 mois, venues exceptionnellement un mercredi. Carla présente un bon développement psychomoteur et se déplace dans un 4 pattes bien coordonné. Ce jour-là, Mme est tachypsychique. Elle a prévu une organisation quasi militaire de sa journée à l'hôpital. Cet état psychique se retranscrit corporellement, Mme se montre particulièrement active. Elle ne marque pas de temps de

pause et présente une agitation motrice conséquente. Ses mouvements sont rapides, brusques tout comme ses paroles. Pour appeler sa fille, elle répète 5 fois d'affilée "Carla, Carla, Carla" et, sans laisser le temps à sa fille de la rejoindre, elle s'avance pour la récupérer. A l'heure du repas de Carla, Mme reste sur ce versant "hyperactif" pour lui donner à manger. Elle enchaîne les cuillères de purée rapidement, laissant à peine le temps à Carla de déglutir. Pendant qu'elle nourrit sa fille, son pied tape incessamment sur le sol et elle regarde dans toutes les directions. Ces comportements directement observables physiquement sont le reflet de son état psychique agité.

Selon T. VENNAT, l'utilisation de la médiation danse présente un intérêt à tout âge. Pour le bébé, elle permet un moyen d'expression là où le langage oral ne permet pas encore d'exprimer ce qu'il vit, ressent. Pour l'enfant, la danse offre un soutien au développement psychomoteur et à l'évolution des fonctions psychomotrices telles que l'intégration du schéma corporel, la structuration spatio-temporelle, la régulation tonico-posturale, les coordinations dynamiques générales... La danse est un support du narcissisme et peut être particulièrement utile pour l'adolescent. Les mouvements dansés ont une valeur esthétique qui peuvent renforcer l'image que l'adolescent a de son corps. L'adulte, quant à lui, peut se saisir de la danse majoritairement dans une démarche de conscience corporelle voire de réappropriation de son corps. En effet, la danse lie un travail du vécu du corps et des éprouvés émotionnels. Enfin, chez la personne âgée, souvent soumise à des traitements pharmacologiques générateurs d'effets indésirables conséquents, la danse peut se présenter comme une alternative thérapeutique en ralentissant certains effets du vieillissement.

Lorsque l'individu danse, il met en scène sa façon d'être. La manière dont il explore et investit le temps, l'espace, dont il déploie son énergie et son imaginaire sont autant de paramètres personnels qui colorent son mouvement. *"En se développant dans l'espace, le geste déploie la spatialité et l'assume. En se déroulant, il crée le temps. Par ses modulations énergétiques, il conditionne l'intensité de la présence. Pour répondre à cette problématique, il faut une pratique qui ne se limite pas au niveau instrumental, mais permette le déploiement imaginaire. La danse se situe précisément à cette articulation entre sensorimotricité, imaginaire et relation."* (29, p.30).

Ainsi, la danse offre un terrain de jeu propice à l'investigation et la mobilisation des grandes fonctions psychomotrices de l'individu. Elle est à la fois organisatrice du schéma corporel et

de l'image du corps, de la fonction tonico-posturale et de la structuration temporo-spatiale. En s'adonnant à des mouvements pulsés en rythme, les patients peuvent mobiliser leurs coordinations dynamiques générales et enrichir leur vocabulaire gestuel. Dans une séance de psychomotricité incluant la danse, les patients vont pouvoir mobiliser leurs capacités physiques, mentales, émotionnelles et symboliques. La danse (re)lie les différentes facettes de l'individu. Elle est donc pertinente pour les mères de psychiatrie périnatale.

3. La danse au service des corps et des troubles du lien

a. A la découverte d'un autre rapport au corps

Les mères accueillies dans le réseau de psychiatrie périnatale sont souvent figées psychiquement et corporellement du fait de leur(s) pathologie(s) mentale(s). Elles sont nombreuses à avoir des difficultés à renouer avec leur corps profondément marqué par la grossesse et l'accouchement. Certaines n'acceptent pas la modification du schéma corporel ayant entraîné un remaniement de l'image du corps. Pour d'autres, ce corps reste étranger, il ne leur appartient plus. Elles peuvent ressentir avec vivacité un sentiment d'effraction de leurs enveloppes corporelles (44). Leurs mouvements sont pauvres, engourdis, en miroir d'une pensée opératoire.

C'est D. HOUZEL qui 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 complète en soulignant 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”* (41, p.23).

Dans une certaine mesure, la danse permet à la mère de faire ou refaire l'expérience d'habiter son corps. Elle permet de rétablir progressivement un lien à soi, à l'autre, à un espace-temps qui implique des dimensions psycho-corporelles. La danse offre une expérience multisensorielle qui permet aux mamans de renouer avec le plaisir de leurs sensations corporelles. Cela permet aussi de réinstaurer cette articulation primordiale entre le schéma corporel et l'image du corps. J. VAYSSE souligne que les mouvements improvisés attirent explicitement l'attention sur la conscience de soi au travers de la conscience du corps (51, p.79). La mère dansant alternera entre moments de perception, d'intégration et d'appropriation du mouvement. Le mouvement, une fois visualisé, pourra être imité puis

reproduit de mémoire et ensuite exécuté et coloré selon la subjectivité de l'individu. Cela sous-tend un travail en appui sur les représentations corporelles, une intégration et une unification du schéma corporel et de l'image du corps. Cette intégration va donner au sujet dansant de nouvelles possibilités d'expression, de mouvements au service de l'élaboration psychique et de la créativité.

L'action dansée provoque une stimulation de sensations, d'images mentales, de l'imaginaire, au moment de l'action mais aussi lorsque le corps est physiquement en repos, cette activité continue. J. VAYSSE évoque cette notion de transition psycho-dynamique entre la face active du mouvement et celle immobile où s'inaugure une *mouvance* intérieure, émotionnelle et symbolique (51, p.124). La danse permet donc aux mères de réinvestir leur corps et les possibilités de mouvements de celui-ci tout en renouant avec une forme d'élaboration mentale permise par le mouvement et par l'espace-temps offert par la psychomotricienne.

La danse entraîne le corps dans un enchaînement chorégraphique de mise en tension et de relâchement des muscles. Elle induit un réajustement tonique permettant une réorganisation posturale (52, p.34). La danse peut donc permettre de se reconnecter à son corps et de mettre en lumière d'éventuelles tensions non conscientisées.

Première séance d'atelier Psychomotricité et Expression corporelle à l'Hdj. Ce jour-là Nina, âgée de 9 mois et sa maman, Mme A., nous accompagnent. Au fil de la séance, plus Mme A. se met en mouvement, plus elle verbalise des douleurs, des tensions, des raideurs qu'elle ne percevait pas avant. Elle semble progressivement se reconnecter à ses propres ressentis corporels. Nous lui avons suggéré d'adapter ses mouvements et de limiter les appuis qui génèrent des douleurs, ce qu'elle a fait. Ses postures se sont modifiées tout comme ses enchaînements de mouvements qui se sont ralentis. Elle a alors investi des mouvements semblables à des étirements en verbalisant que cela lui faisait du bien. Elle a adopté des postures d'auto-grandissement en s'étirant, postures que nous n'avions jamais observées chez cette dame à l'apparence plutôt hypotonique d'habitude. Pendant qu'elle effectuait ses mouvements amples, Nina s'est arrêtée de se dandiner sur la musique et s'est mise à fixer sa mère l'air intrigué par ses nouvelles postures. Elle a même tenté de l'imiter en levant ses bras vers le ciel.

Cet exemple illustre qu'à travers une (re)mise en mouvement, le sujet va progressivement réinvestir son corps et percevoir ses limites. Ses limites corporelles mais aussi ses limitations de mouvements. La médiation danse permet de repérer les zones corporelles non ou mal utilisées pour les inclure dans une organisation motrice plus harmonieuse. La danse permet un jeu sur les appuis en induisant des variations du poids du corps, sur l'équilibre. Les différents paramètres du geste vont induire une multitude de sensations : sensation de l'air qui caresse la peau, bruit léger d'un geste saccadé ou d'un déplacement, sensation de chaleur lors de la rencontre de deux corps... La danse va permettre aux mères de faire l'expérience de nouvelles sensations, aussi riches et variées qu'il y aura de mouvements différents. En passant par l'exploration dansée induisant la prise de conscience corporelle, de ses ressentis et l'investissement spatial du corps, une dimension sensori-motrice se réactive.

A travers la danse, *“il va s'agir d'utiliser le corps comme instrument essentiel et sensible pour dire, créer des images, donner au geste et au mouvement une valeur métaphorique. Le corps devient le vecteur indispensable et incontournable de la transformation d'une réalité en pensées et en représentations”* (38, p. 126). La mise en mouvement physique et corporelle permet de relancer une mise en mouvement de la psyché. Comme le dirait Catherine POTEL, la danse utilisée en thérapie corporelle permet aux mots ou au maux de prendre corps.

En dansant, les mères s'adonnent à une expression où le corps et l'esprit renouent un dialogue. C'est une véritable découverte ou redécouverte de soi. Cette expression peut naître de l'imitation de mouvements observés sur autrui ou d'improvisation où l'écoute de cet élan intérieur génère un mouvement au plus proche de ses propres ressentis. Danser est l'occasion de progressivement réincarner son corps. Les moments d'exploration corporelle individuelle, induite non-verbalement *“aide les patients très déstructurés pour qu'ils retrouvent le chemin d'une certaine cohérence psycho-corporelle”* (51, p.112). La danse se transforme, elle est malléable et est en lien avec l'appropriation subjective du corps, c'est en cela qu'elle peut être thérapeutique. Elle articule l'interne et l'externe, le psychisme et le corps, l'individualité et le social, autrement dit, le dedans et le dehors. C'est le langage du corps, d'expression corporelle, de communication non-verbale. La danse ramène dans l'ici et le maintenant du corps et de la réalité. Elle est porteuse d'un certain élan vital transmissible aux mères atteintes de troubles mentaux qui en ont besoin.

b. Création de nouveaux liens

En psychiatrie périnatale, les mères rencontrées présentent des troubles du lien à leur bébé. Ces difficultés à établir une connexion affective avec son enfant se retrouvent à plusieurs niveaux et ont des conséquences sur la qualité des interactions.

Dans la salle de psychomotricité où ont lieu les ateliers danse, les mères sont invitées à déployer un mouvement qui leur est propre. En présence de leur enfant, cet espace offre une bulle propice au fleurissement d'un dialogue dansé et affectif entre maman et bébé. A travers les mouvements dansés, il s'agit de faire jaillir dans la pensée maternelle qu'une autre possibilité de relation à son bébé est envisageable.

Le rythme fait partie intégrante de la danse. La danse s'appuie sur la rythmicité d'une musique, d'une respiration. Elle fait entrer le sujet dans une rythmicité structurante sur laquelle il peut s'ancrer. Dans la construction du lien d'attachement, il est aussi question de rythme. Il est fondamental pour le bébé que sa mère s'ajuste à ses rythmes, car ses rythmes changent au diapason de son développement. A travers l'invitation hebdomadaire à des temps de soins dansés, un dialogue rythmé peut s'établir entre la mère et son enfant. En passant par une danse accordée entre les deux partenaires, cela ouvre la possibilité à la métaphorisation et à la symbolisation que cet accordage rythmique s'établisse dans les interactions quotidiennes.

Une fois le rapport au corps de la mère renoué et les vécus refoulés intégrés, la mère peut se montrer plus disponible pour partager des expériences avec son bébé. De plus, le mouvement assure le sentiment de continuité d'existence. Or, dans les cas de mères atteintes de pathologies psychiatriques, le mouvement peut se faire rare. Nombre d'entre elles présentent une bradykinésie et une hypokinésie. Les mères sont plus distantes et moins stimulantes avec leurs bébés et n'assurent pas un *holding* et un *handling* contenant. Elles ne filtrent pas les stimulations et n'offrent pas à leur bébé un milieu sensoriel et moteur stable et cohérent. Le bébé peut alors se retrouver en difficulté pour se forger une sécurité interne. Ses mouvements à lui se retrouvent teintés de sa détresse psychique face à l'attitude de sa mère. Certains bébés partent en hyperextension, ne facilitant pas l'ajustement corporel lors du portage. D'autres sont plutôt hypotoniques et hypokinétiques et ne montrent pas d'appétence pour le mouvement ou pour le jeu. Leur proposer des séances de psychomotricité incluant le médiateur danse et un support musical pourrait donc déclencher une envie de se mouvoir et un apaisement des

tensions. Cela pourrait donc réactiver une mise en mouvement essentielle au développement de l'enfant et ainsi faire entrer la mère et le bébé dans un mouvement interactif à l'unisson.

Danser ensemble c'est aussi se rapprocher ou s'éloigner. En parlant de la relation mère-bébé, C. POTEL précise que "*distance et espace s'intègrent dans les qualités de l'accordage maternel*" (38, p.27). Chez les patientes présentant des troubles mentaux, cette conscience et cette gestion des distances n'est pas toujours ajustée. Elles peuvent ne pas réussir à justement se positionner et peuvent être tout aussi bien dans le trop proche que dans le trop lointain. La danse est l'affaire de déplacements. L'enveloppe musicale et les mouvements dansés peuvent amener des variations dans ces distances relationnelles.

La danse sollicite le dialogue tonico-émotionnel dans toutes ses dimensions : la qualité du contact, le toucher, le regard, le tonus et l'émotion. En ce sens, elle peut véritablement être un outil privilégié dans l'accompagnement du lien mère-bébé. Au fil des mouvements, elle peut permettre une accommodation réciproque entre mère et enfant. Quoi qu'il en soit, ces espaces-temps peuvent être le lieu d'expériences corporelles vécues avec plaisir (vecteurs d'émotions) par les deux membres de la dyade, encore faut-il s'assurer que cette médiation soit bien adaptée à la dyade et à son histoire.

4. Les limites de ce médiateur dans l'accompagnement mère-bébé

Tout d'abord, il faut que la pratique de cette médiation en psychomotricité soit indiquée en fonction du projet de soin mais aussi de la singularité et de la sensibilité de la patiente. Il faut que cela fasse sens pour elle, et que cela soit cohérent. Les limites sont principalement amenées par le patient lui-même du fait de son âge, de son histoire, de son vécu, de son rapport au corps et de sa ou ses pathologies. De même, un bébé de 7 mois n'aura pas la même possibilité de mouvement, du fait de son développement, qu'un enfant de 14 mois.

a. Une régression trop brutale

La mise en mouvement, chez la mère comme chez le bébé, peut générer des angoisses. En effet, se mettre en mouvement offre la possibilité de régresser ce qui engendre une certaine vulnérabilité qui peut fragiliser. Danser met en jeu des processus qui permettent un retour à l'archaïque. Dans son livre (51, p.92), J. VAYSSE évoque le concept de Wilhelm REICH qui

parle “*d’une inscription directement dans le corps somatique de conflits internes, à l’insu conscient du sujet, sous la forme d’une «cuirasse musculaire»*”. C’est-à-dire qu’en dansant, le sujet peut s’exprimer par des mouvements chargés d’imaginaires et de son histoire (événements passés, familiaux, conflits...). De plus, les conflits réactivés par le mouvement peuvent s’exprimer corporellement sous la forme de raideurs musculaires.

Or, le parcours des mères accueillies dans le réseau de psychiatrie périnatale est souvent semé d’embûches. Traumatismes corporels, viols, agressions physiques etc, nombre d’entre elles ont vécu des expériences de vie difficiles. Ces expériences traumatiques souvent refoulées peuvent remonter à la surface par le corps dansant refaisant vivre à la patiente ses souvenirs avec brutalité. Cela peut générer douleurs, angoisses voire même blocage et peut faire contre-indication. Se renseigner sur l’histoire de vie de chaque patiente et son rapport au corps est donc primordial avant d’envisager lui proposer des séances à médiation danse.

b. Mise en jeu corporelle sous le regard d’autrui

Mouvoir son corps sous le regard d’autrui, aussi bienveillant soit-il, n’est pas chose aisée. Cela nécessite une certaine affirmation de soi. “*Le corps y fait jouer sa présence au monde, il rencontre des choses, des gestes, des éléments (la terre, l’air, la lumière...) et aussi les traces charnelles d’autres corps*” (42, p.208). Danser sous le regard des autres, croiser le regard de quelqu’un pendant l’acte dansé peut générer un malaise. Le regard de l’autre est souvent associé à la peur du jugement. Dans un article (11), K. CHATZIMASOURA interroge des danseuses qui verbalisent que les yeux transmettent des messages intimes et révèlent ce qui est “*intérieur comme profond, authentique et incontrôlable*”.

Une caractéristique de l’acte de danser ensemble dans un croisement de regard est l’effet-miroir que cela induit. D’après D. SIBONY, l’effet miroir accompagne un processus identitaire (42). C’est l’interaction des corps dans leur mouvement. “*C’est le regard qui se perd et qui revient d’ailleurs, chargé d’ailleurs. C’est l’aller-retour élémentaire entre deux corps, produisant leur trame d’approche, l’entre-choc où émergent leurs fantasmes*”. Le regard et le mouvement de l’autre nous renvoient quelque chose de notre propre identité, de notre gestualité, de ce qu’ils perçoivent de nous. Il faut donc que les mères soient psychologiquement stabilisées et suffisamment disponibles pour être capables d’investir et de soutenir des regards, vecteurs de processus identitaires, sans être trop mises à mal.

c. Proximité et intimité

La danse en groupe peut rapidement impliquer des rencontres volontaires ou inattendues : se toucher en se croisant, se bousculer au détour d'un mouvement ou volontairement prendre contact, prendre appuis sur l'autre pour danser ensemble. Le toucher est donc quasiment inévitable tout comme la proximité. La danse implique de pouvoir toucher (se toucher soi et toucher l'autre) et d'accepter d'être touché en retour. Se pose alors la question de l'intimité. L'intimité est, d'après C. POTEI *“liée de façon indissoluble à la capacité de chacun à investir son corps comme sien, différencié, individualisé, séparé du corps de l'autre”* (39, p.78). Ce sens de soi ne peut véritablement advenir que si l'individu ressent son corps protégé par des enveloppes solides faisant office de limites sécurisantes. Parmi ces enveloppes, on peut citer la peau considérée par D. ANZIEU comme une enveloppe corporelle psychique car elle contient et protège la pensée, les sentiments de l'individu, mais aussi comme une enveloppe corporelle physique qui fonctionne comme une interface, une zone d'échanges recevant des sensations et des impressions tactiles en permanence. B. LESAGE ajoute qu'elle a aussi un rôle de *“protection physique relationnelle et imaginaire avec ses fonctions de pare-excitation et d'élimination”* (29, p.39).

Les mères de psychiatrie périnatales peuvent présenter des enveloppes fragilisées et peuvent être “bousculées” par la proximité des corps dans le mouvement dansé. Cela parle aussi de la perception du corps d'autrui qui est réactivé par ce travail sur le corps à plusieurs et qui peut mettre mal à l'aise selon les distances, les mouvements et les interprétations subjectives de chacun. Cela fait appel à la notion de proxémie développée par E.T. HALL qui est définie comme la distance qui sépare deux personnes en situation de communication. La perception des distances est subjective tout comme la question de l'intimité. Pour des mères atteintes de maladies psychiatriques, cette proximité des corps peut être vécue comme intrusive.

d. Portage potentiellement insécure

La danse mère-bébé conduit presque inévitablement aux bercements et donc, au portage. Or, des mères atteintes de pathologies psychiatriques et/ou qui ont des traitements lourds ne sont pas toujours en capacité d'offrir un portage physiologique adéquat à leur enfant. Un portage physiologique doit répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant de vivre un sentiment de contenance, de soutien, d'enveloppement et de sécurité.

Dans un élan dansé, si ce portage n'est pas sécurisé, un risque existe. L'enfant peut, d'une part, vivre un sentiment d'insécurité et de vide. Il peut ne pas se sentir contenu par sa mère et peut vivre un moment d'angoisse. De plus, malgré l'accompagnement et l'encadrement de la psychomotricienne, dans un mouvement un peu brusque il peut y avoir un risque de déséquilibre menant à une chute. Pour éviter cela, il est important d'observer les capacités de la mère à offrir un portage suffisamment sécurisé et/ou de lui proposer un accompagnement au portage. Il est donc primordial de s'assurer que la mère est en capacité de porter son bébé sans danger si on souhaite lui proposer la médiation danse ou de mettre en œuvre un moyen de portage comme l'écharpe, le porte-bébé...

Lors d'une admission à l'hôpital de jour un jeudi du mois d'avril, nous accueillons Mme P. et sa fille de 10 mois, Agathe. A son arrivée, Mme tient Agathe dans ses bras. Tout de suite nous sommes troublées par la position d'Agathe qui a la tête, le buste et les jambes en hyperextension. Elle semble retenue par ses bras ouverts dans le plan frontal. Agathe ne semble pas confortable et fixe patiemment le plafond le temps que sa mère discute avec une infirmière. Agathe nous donne l'impression qu'elle peut glisser à tout moment. Notre regard se pose alors sur la qualité de portage de Mme et nous constatons qu'elle ne porte sa fille qu'avec un seul bras qui entoure le buste d'Agathe, sa main la soutient sous l'aisselle. Elle n'offre pas d'appui au bassin de sa fille qui permettrait un regroupement de ses membres inférieurs, actuellement suspendus dans le vide. Ce portage peut être qualifié d'insécure et un accompagnement serait préconisé afin de proposer une expérience plus contenant et rassurante pour Agathe qui ne peut être assurée par les appuis que lui donne sa mère. Cet accompagnement serait impératif avant d'imaginer l'inclure dans un atelier danse-portage.

Avant de proposer un atelier danse, il faut d'abord penser aux limites de cette médiation que nous venons de soulever et être attentifs à la pertinence des indications pour chaque dyade. La danse envisagée dans le cadre d'un accompagnement en psychomotricité permet d'offrir aux dyades mère-bébé un espace contenant, structurant et étayant, support de l'enveloppe psychocorporelle souvent fragilisée. Ce lieu sera l'occasion d'expériences nouvelles et différentes de leur corps. Dans une dimension de plaisir mêlant confiance et soutien, elles pourront ainsi tenter de se réapproprier leur corps et d'intérioriser des limites plus solides. Tout cela grâce à la réactivation de la boucle sensations (offertes par le mouvement), perceptions (prise de conscience de ses éprouvés) et représentations activées par l'intégration de la danse dans un processus thérapeutique de psychomotricité.

5. Ateliers danse et psychomotricité auprès de dyades mère-bébé en services de psychiatrie périnatale

a. Présentation des ateliers

Partant de mes observations en séances de psychomotricité à l'hôpital de jour et de ma pratique personnelle de la danse, j'ai pensé un atelier "Danse Maman-Bébé" à destination des dyades. La mise en place de cet atelier s'est avérée plus complexe que prévu dans le cadre institutionnel du réseau de psychiatrie périnatale et son démarrage a été grandement retardé. L'envie de mettre en place cet atelier dans des délais plus brefs m'a poussé à prendre contact avec une structure relai du réseau, l'Unité Ambulatoire Pédopsychiatrique, afin d'y rencontrer une psychomotricienne intéressée par ce projet et 2 dyades mamans-bébés, sortant à peine d'une hospitalisation à l'hôpital de jour et nécessitant un suivi. L'atelier initial, pensé pour l'hôpital de jour, vit finalement le jour à l'Unité Ambulatoire Pédopsychiatrique (UAPP).

L'atelier "**Danse portage mère-enfant**" de l'UAPP a été pensé pour un groupe : deux dyades, la psychomotricienne et moi, à ma place de stagiaire. Les problématiques de chaque dyade étaient compatibles avec un groupe et l'atelier a été construit en fonction de leur projet de soin. Evidemment, il est adaptable en fonction des besoins observés et/ou manifestés par les dyades. D'après T. VENNAT, la dynamique offerte par un groupe peut revitaliser. Le groupe peut être porteur, il peut y avoir des phénomènes de résonance et identificatoires entre les patients.

Dans le cas de ce groupe, la psychomotricienne de l'UAPP a misé sur l'homogénéité, les dyades se ressemblent et ont des parcours similaires. Peut-être vont-elles se reconnaître en l'autre, laissant ainsi place à une proximité génératrice d'une saine émulation. Ou peut-être que le groupe va permettre une affirmation de l'identité de chacune et offrir la possibilité de se différencier et d'avancer. Ainsi, plusieurs niveaux relationnels peuvent advenir au sein d'un groupe. Bien qu'il soit pensé en amont, rien ne peut être prédit.

L'atelier débute et se termine par un temps d'échange et de verbalisation des ressentis, un retour sur ce qui vient de se vivre. Ces temps de parole constituent de véritables moments d'élaboration bien que les mères de ce groupe présentent des troubles psychiques limitant leur disponibilité psychique et leurs capacités d'élaboration. Il est nécessaire qu'elles puissent se sentir en confiance et trouver un espace où déposer ce qu'elles souhaitent partager.

Avec la psychomotricienne de l'UAPP, nous encadrons l'atelier. Les dyades étant souvent en mouvement, il est intéressant d'avoir deux regards sur ce qu'il se passe au niveau de la communication corporelle, verbale et non-verbale des patientes. De plus, les temps dansés engageant une mise en mouvement se doivent d'être accompagnés et encadrés. En effet, ils peuvent faire remonter à la surface des tensions ou au contraire en libérer certaines. Ils peuvent également générer des émotions (gêne, joie, tristesse...), des envies de s'exprimer et de parler.

L'un des objectifs de cet atelier étant de renforcer la construction du lien d'attachement, il a pour vocation d'offrir un moment de plaisir partagé aux mères avec leur bébé.

Les objectifs thérapeutiques :

- **Étayer le dialogue tonique et la régulation tonico-émotionnelle**
- **Partager un moment de plaisir mère-enfant**
- **Soutenir les compétences motrices des bébés**
- **Favoriser la représentation corporelle (Schéma corporel et image du corps)**
- **Renforcer le lien d'attachement en proposant de nouvelles modalités interactives**

Le déroulement de l'atelier :

Le **début de séance** comprend l'accueil des participantes avec une verbalisation et un point sur l'état psycho-corporel de chaque dyade. S'ensuit un temps d'éveil corporel sur fond musical par le biais d'étirements, de techniques de respiration favorisant l'ancrage, d'auto-massages et de mobilisations mère-bébé.

Un **temps dansé** : proposition d'exploration de mouvements dansés accompagnée, en portage à bras pour chaque dyade simultanément. Les mamans sont invitées à se déplacer dans l'espace et à effectuer des mouvements dansés simples et accessibles tout en portant leur enfant afin qu'une communication tonico-émotionnelle s'installe. Elles peuvent bercer leur bébé, marcher, se balancer. Ces mouvements constituent une véritable expérience sensori-motrice riche pour les dyades, permettant au bébé et à sa mère de ressentir leur propre corps et le corps de l'autre.

Les mouvements dansés nécessitent de bons appuis au sol, un ancrage suffisamment stable et solide pour supporter les variations de poids, de rythmes, d'équilibre... Ils mobilisent la régulation tonique et dans le cas du portage à bras, l'ajustement tonique des deux partenaires.

Danser en rythme aide à la structuration spatio-temporelle et fait appel à des capacités d'écoute et d'attention. Les différents mouvements mettent en jeu les coordinations et les dissociations. Plus celles-ci sont présentes, plus le mouvement sera riche et complexe.

Un **autre temps dansé** est proposé ensuite, en posant bébé au sol, et en explorant individuellement les mouvements. Les mamans peuvent danser en face à face avec leur bébé, entre elles, s'éloigner, se rapprocher...

Enfin, la **fin de séance** est délimitée par un temps de retour au calme avec, là aussi, un temps de respiration, de mobilisations mère-bébé... selon les besoins et les envies exprimées par les dyades. Ce temps est suivi par un temps d'échange et de verbalisation.

Parlons maintenant de l'atelier qui a vu le jour à l'hôpital de jour du service de psychiatrie périnatale. Il a été remanié plusieurs fois afin de correspondre aux attentes et au projet de l'institution. Il se nomme finalement "**Psychomotricité et Expression corporelle pour maman et bébé**". Par souci de sécurité, le portage à bras n'a pas été possible. Nous avons donc décidé de partir sur des explorations corporelles de mise en mouvements dansées au sol, favorisant un travail autour des appuis et de l'ancrage au sol en miroir du niveau de développement psychomoteur de l'enfant. De plus, cet atelier ne peut accueillir qu'une dyade par séance, la salle étant relativement petite.

Les objectifs thérapeutiques :

- Proposer un **temps de conscience et de mise en mouvement corporelle** pour les mamans afin de favoriser la conscience de soi et la perception d'éventuelles tensions corporelles.
- **Soutenir le développement psychomoteur des bébés.** En effet, les sensations apportées dans les moments de dialogue corporel et de mouvement au sol en contact à l'autre favorisent la construction du schéma corporel, des coordinations, la communication et l'accordage psycho-affectif avec le parent.
- Proposer à la dyade de se rencontrer autrement en **favorisant le contact et les interactions corporelles avec son bébé**, éléments essentiels dans les interactions précoces.
- Créer un **moment d'échange et de partage** en amenant une dimension de **jeu et de plaisir, colorant les interactions précoces plus positivement.**

Déroulement de l'atelier :

Accueil de la mère et de son bébé, temps d'échange pour faire le point sur l'état et les sensations du moment. Puis, proposition d'un réveil corporel avec les mêmes outils que ceux de l'atelier à l'UAPP (automassages, techniques de respiration...). Ce temps est réservé aux mamans. Pendant ce temps, bébé est installé sur le tapis à côté d'elle, sous la surveillance des professionnelles.

Temps d'expression corporelle maman/bébé : les mères sont invitées à explorer différentes manières de bouger, d'être en appuis et de s'ancrer au sol. Pendant ce temps, le bébé est libre de ses mouvements d'abord, puis accompagné par la psychomotricienne dans ses prises d'appuis si nécessaire. La psychomotricienne peut le mobiliser pour lui faire expérimenter différentes postures, dans une recherche de retournements et de verticalité avec la station assise. Les temps d'expression corporelle pourront être expérimentés en face à face, ce qui permettra d'observer leurs échanges (visuels, vocaux, corporels) et comment le bébé réagit quand sa maman s'éloigne ou se rapproche de lui avant d'entrer en contact. L'objectif est d'amener le corps en mouvement et d'explorer les différentes possibilités de gestes tout en faisant varier leurs qualités (vitesse, énergie, amplitude).

Fin de séance avec un retour au calme progressif, quelques étirements puis une proposition d'un temps d'échange et de verbalisation.

Ces ateliers sont adaptables aux mamans et aux bébés. Nous prêtons attention à l'état physique et mental des mamans : leur disponibilité, leur état de fatigue, d'éventuelles douleurs, la manière d'investir leur corps dans les temps de mise en mouvement et les postures qu'elles adoptent dans les temps d'échanges. Notre attention est aussi dirigée vers les bébés car nous sommes conscientes qu'ils sont au cœur d'expériences multisensorielles qui, selon leurs états, peuvent être sur-stimulantes et génératrices d'une trop grande excitation. Durant toute la durée des ateliers, les mouvements peuvent être arrêtés, simplifiés ou modifiés selon les besoins, dans l'intention que cela reste un moment agréable partagé.

Ces deux ateliers peuvent être considérés comme des outils pour les dyades qui peuvent, si elles le souhaitent, se saisir d'une partie ou de la totalité des propositions pour le refaire chez elles avec leur enfant. Cela signifierait que les ateliers ont été vécus comme des expériences positives pour les dyades et qu'elles en ont tiré un bénéfice.

b. Le cadre thérapeutique

D'après C. POTEL, "*le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, un temps, dans une pensée*" (39, p. 357). Elle ajoute que "*le cadre thérapeutique limite, borde et balise l'espace proposé*" (38, p.106).

Pour les ateliers présentés ci-dessus, il fallait établir des conditions spécifiques. Dans son livre *Être psychomotricien*, Catherine POTEL (39, p.358) nomme des "*conditions très concrètes*" du cadre thérapeutique :

- des **conditions d'espace** : il faut définir un lieu fixe, dans lequel pourront se jouer et être contenues des expériences motrices et sensorielles mais aussi des excitations. A l'UAPP, il s'agit de la grande salle de psychomotricité tandis qu'à l'Hdj les séances ont lieu dans la salle d'activité qui est plus petite.
- des **conditions de matériel** : la psychomotricienne choisit, en fonction de sa sensibilité et de ce qu'elle pense être utile pour le patient, des objets : coussins, balles, tapis, poupons. Ce sont des supports à l'imaginaire et aux intégrations (du corps, des éprouvés, des ressentis...).
- des **conditions de temps** : les séances durent de 45 min à 1h et sont régulières dans le temps : une séance hebdomadaire, les lundis à 16h pour l'UAPP et les mercredis après-midis pour l'Hdj.
- des **conditions d'encadrement** : pour chacun des ateliers les séances étaient construites en co-animation : la psychomotricienne du service et moi-même.
- des **conditions de fonctionnement institutionnel** : il est important que ces ateliers s'intègrent dans un cadre institutionnel et un projet thérapeutique global pour les patientes. Il est important qu'ils soient soutenus par la collégialité afin d'offrir une continuité de soin et permettre une cohérence de fonctionnement et de pensée.
- des **choix de fonctionnement** organisés par le projet thérapeutique du patient en fonction des hypothèses cliniques de départ. Ici, la danse a été proposée à des dyades pour qui il était pertinent de proposer ce type de travail corporel pour favoriser la relation à soi et à l'autre au sein de la dyade.

Les ateliers sont donc repérables par les patientes car ils diffèrent des activités de la vie quotidienne. Ils ont toujours lieu les mêmes jours, au même endroit, à la même heure avec les mêmes personnes. Toutes ces conditions associées aux règles à l'intérieur de ce cadre vont donner des repères fiables et sécurisants (38, p.106). C'est essentiel car donner des repères

aux bébés et aux mères atteintes de troubles psychiatriques contribue à structurer leurs pensées et leurs actions, à les inscrire dans une temporalité et dans une certaine réalité.

Il y a aussi des conditions d'accompagnement thérapeutique. Les psychomotriciennes et moi-même devons investir la médiation, la penser et l'élaborer pour qu'elle devienne une médiation "*symboligène*" (38, p.106). Nous devons être présentes psychiquement, émotionnellement et pleinement disponible à ce qui va se jouer dans ces espaces. Notre engagement corporel est impératif tout en restant à une juste distance, ni trop proche, ni trop éloigné.

La psychomotricienne encadrant un atelier se doit d'avoir la capacité d'entendre les mouvements psychiques (émotionnels, conflictuels) liés à ce qui s'exprime au sein de ce lieu d'expérience (38, p.102). Il s'agit là de la capacité de pare-excitation du thérapeute d'autant plus essentielle lorsque les participants s'adonnent à une activité physique telle que la danse où ils sont en mouvement. La qualité de pare-excitation c'est "*la capacité à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé*" (39, p.360), c'est à la fois une contenance corporelle et une contenance psychique. En effet, le thérapeute se doit d'être à l'écoute et d'observer finement ce qu'il se passe devant ses yeux de soignant. Il doit être capable d'analyser et de comprendre.

Pour une adhésion au contrat de soin proposé, il est nécessaire que la médiation choisie, ici la danse, convienne à l'expression des dyades, plus particulièrement des mamans. De manière à ce qu'elles investissent la médiation, le lieu et le temps. Il leur a été précisé que le plus important n'est pas le savoir-faire : il ne faut pas savoir danser pour participer à ces ateliers. Le but principal est de vivre une expérience partagée dans le lien à l'autre.

Enfin, maintenir un cadre thérapeutique n'est pas aisé mais reste essentiel car il "*garantit la sécurité physique et psychique*" (38, p.107) des participantes. Le dispositif thérapeutique doit être contenant et constant afin que puisse se vivre des expériences psychocorporelles constructives. Il faut également des temps d'analyse des situations vécues en atelier. Il faut que ce qui s'est joué soit pensé et élaboré par le(s) thérapeute(s). Être deux co-animatrices dans ces ateliers prend alors tout son sens, les temps de discussions après les séances d'atelier permettent de mettre du sens sur les vécus, de nourrir des réflexions et de réfléchir à comment faire évoluer et ajuster au mieux chaque atelier.

Chapitre III

**LA DANSE AU SERVICE DE LA DYADE MÈRE-BÉBÉ EN
UNITÉS DE PSYCHIATRIE PÉRINATALE -
QUELS BÉNÉFICES ?**

1. Créateur de liens entre la mère et son bébé

a. Présentation des participantes aux ateliers

L'atelier "Danse portage mère-enfant" de l'unité ambulatoire pédopsychiatrique accueille deux dyades. Nous retrouvons Mme R. et Aria, dont l'histoire a été déroulée plus haut [cf chapitre I, partie 3 a.] en compagnie de Mme B. et de sa fille Julie.

Julie est âgée de 19 mois en âge réel et de 16 mois en âge corrigé. Elle est née prématurée à 24 semaines d'aménorrhée (SA) + 4 jours. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, une naissance en dessous de 28 SA est considérée comme une très grande prématurité (35). La naissance de Julie a été soudaine alors que la grossesse se déroulait normalement. Elle est restée 4 mois en service de néonatalogie. Sa mère, Mme B., ne présentait pas de troubles antérieurs à la grossesse. A la suite de son accouchement, elle est entrée dans une dépression post-natale. Elle se montrait très asthénique, peu investie émotionnellement et même absente psychiquement lors des premiers mois de sa fille. Elle a, par la suite, été orientée à l'unité ambulatoire pédopsychiatrique, relai au réseau de psychiatrie périnatale, dans le cadre de sa dépression et pour un soutien au lien mère-bébé, fragilisé par son état. Mme est suivie par une psychologue libérale et le pédopsychiatre de l'unité ambulatoire pédopsychiatrique. Julie est suivie 2 fois par semaine en psychomotricité car elle présente un développement psychomoteur hétérogène. Julie vit actuellement au domicile familial avec ses deux parents et a un père très soutenant vers qui elle oriente préférentiellement ses comportements d'attachement. Depuis le début de son suivi dans cette unité, Mme peine à créer un lien affectif et à entrer en interaction avec sa fille. C'est dans ce contexte que l'atelier a été proposé à cette dyade, dans l'objectif de proposer de nouvelles modalités interactives qui faciliteraient la mise en lien de Mme à sa fille et réciproquement.

L'atelier "Psychomotricité et Expression corporelle" de l'hôpital de jour s'adresse à une dyade à la fois. Nous présenterons ici Mme A. et Nina âgée de 9 mois. Nina est née à terme et la grossesse s'est bien déroulée. Mme A. est une jeune mère de 23 ans. La grossesse n'était pas désirée mais Mme et son compagnon l'ont accueilli avec plaisir. A la suite de son accouchement, elle a été adressée à l'hôpital de jour par l'équipe de liaison à la maternité car son état psychiatrique nécessitait d'être évalué. Elle a alors été reçue par la psychiatre du service qui lui a diagnostiqué une dépression post-natale et lui a suggéré une hospitalisation en hôpital de jour. C'est ainsi que Mme s'est retrouvée à venir tous les mercredis. A l'hôpital de

jour c'est une femme discrète, à l'allure hypotonique et ralentie. Elle se montre souvent très asthénique et a des troubles du sommeil. Nina présente un bon développement psychomoteur dans l'ensemble. Elle se déplace à l'aide d'un quatre pattes bien coordonné et a une manipulation fine des objets. En revanche, Mme a souvent eu tendance à la verticaliser et à l'asseoir alors que Nina n'était pas encore capable de prendre cette posture par elle-même. En conséquence, Nina peut se retrouver bloquée dans certaines positions sans savoir en sortir et montre de l'appréhension dans sa prise d'appuis au sol par moments. Elle adopte aussi régulièrement des postures d'hypertonie, notamment lors du portage avec sa mère. Mme se montre à l'aise dans les soins quotidiens de Nina. Pour autant, elle se montre hypostimulante envers Nina le reste du temps et initie peu d'interactions avec elle. Nina, elle, sait se montrer autonome. Elle va régulièrement au contact de sa mère lui adressant des vocalises. La plupart du temps, Mme lui adresse un regard mais ne réagit pas à ses signaux, à moins qu'elle pleure. Il y a donc un défaut de synchronie et de réciprocité au sein de cette dyade. Mis à part les soins, Mme et sa fille partagent peu de moments ensemble à l'hôpital de jour. A la vue de tous ces éléments, l'atelier leur a été proposé afin d'étayer le dialogue tonico-émotionnel entre mère et fille, de leur offrir un moment de plaisir partagé et de soutenir les acquisitions motrices de Nina tout en offrant des expériences interactives inédites.

b. S'éloigner, se rapprocher, se toucher, se rencontrer

i. Des rencontres manquées

Les histoires de chacune, leur état thymique et émotionnel, les difficultés rencontrées lors de la grossesse, de l'accouchement ou de l'arrivée de bébé sont autant de facteurs qui peuvent venir ralentir et entraver l'investissement du bébé par la mère et sa capacité à l'accueillir, à le rencontrer et à être disponible pour cet être néoténique.

Mme A. est asthénique quasiment tous les jours. Nina, au contraire, est très tonique et active et se pose peu. En raison de son état psychique ralenti par la dépression, Mme peine à être disponible et dynamique auprès de sa fille. Pourtant, Nina est en demande et oriente souvent des comportements de signalisation vers sa mère. Cette aboulie de Mme ne lui permet pas de pleinement rencontrer sa fille et de répondre à tous les comportements d'attachement qu'elle envoie. Face à cette mère asthénique, Nina n'a donc, peut-être, pas d'autres choix que de s'agiter et maintenir un état tonique élevé dans l'espoir d'attirer l'attention de cette dernière, figure d'attachement et donc, théoriquement base de sécurité.

Mme B. désirait être enceinte, mais n'a pas eu le temps de sentir sa fille bouger dans son ventre avant son accouchement. Elle n'était pas prête à accoucher et le verbalise. Elle n'a pas pu toucher sa fille les premiers jours et a accepté de faire du peau à peau au 4ème jour de vie de Julie. Même là, elle déclare ne pas avoir senti sa fille, tellement cette dernière était petite et légère. D'ailleurs, elle qualifie Julie de "foetus" à cette époque. Elle explique avoir eu à faire le "deuil de sa grossesse" qui, à ses yeux, n'était pas terminée. Accepter que sa fille était bel et bien là, à ses côtés, a été difficile. Elle verbalise avoir mis du temps à l'aimer.

Mme B. nous a confié avoir "adoré" les échographies. Elle attendait avec excitation l'échographie des 7 mois : moment où elle allait pouvoir voir sa fille en 3D. Or, à 7 mois, sa fille était sous ses yeux, déjà née il y a 1 mois. Mme nous a livré qu'à cette époque, elle aurait préféré voir sa fille en 3D plutôt qu'en vrai, qu'elle n'était pas prête.

La naissance prématurée de Julie est venue entraver les processus psychiques actifs au cours de la grossesse, préparant Mme à être mère. Elle n'a pas eu le temps de développer sa sensibilité maternelle. Associé à sa dépression post-natale, cela explique que l'investissement de ce bébé réel à peine fantasmé a été compliqué et qu'elle ait mis du temps avant de l'aimer. Cela n'a pas facilité l'accordage et la création d'un lien de qualité entre mère et fille.

Le parcours de grossesse de Mme R. ne lui a pas offert les conditions optimales pour rencontrer Aria qu'elle qualifie comme "la seule survivante". Madame a dû se confronter à la fois au deuil de sa grossesse, au deuil de deux bébés et à la rencontre avec ce bébé restant : Aria, née prématurée. En parallèle, son état psychique s'est dégradé, embuant entièrement son esprit et limitant d'autant plus sa disponibilité. Elle n'a pas fait de peau à peau. Malgré cela, elle affirme avoir aimé sa fille tout de suite mais a eu du mal à la rencontrer et à tisser un lien.

ii. Des rencontres dansées

Aria et sa maman ou le jeu de la juste distance relationnelle

Lors de ma première rencontre avec Mme R. et Aria à l'occasion de l'atelier danse, j'observe une femme anxieuse et vigilante. La posture de Mme R. est raide et tonique.

Après avoir retiré ses chaussures et celles de sa fille, Mme R. et Aria se dirigent sur le tapis

où nous nous installons toutes pour débiter l'atelier. Lors du temps d'échange, Mme R. tient Aria contre elle dans un espace qu'elle a créé entre ses jambes en tailleur et ses bras qui l'entourent. Très vite Aria grimace, son activité motrice augmente. Elle s'agite et donne l'impression de vouloir s'extraire des bras de sa mère. Le visage de Mme se crispe, elle "rattrape" Aria fermement dès que celle-ci s'éloigne de l'espace de ses jambes. Le peu de fois où Aria arrive à s'extraire de tout contact avec sa mère, ce moment ne dure qu'un instant. Aria ne va pas plus loin qu'à 1 mètre autour de sa mère avant qu'elle ne la ramène vers elle. Dans ces moments-là, Mme lui parle d'un ton ferme "Viens ma chérie", "Non tu restes avec Maman", "Chut, calme-toi". Aria semble de plus en plus frustrée, son corps se tend et elle râle maintenant très clairement avec des vocalises négatives (cris, quelques pleurs). Mme semble mécontente qu'Aria ne manifeste pas l'envie de rester. Lorsque sa fille s'éloigne Mme se raidit, sa posture se tend encore plus.

On constate ici, que Mme R. maintient sa fille dans une distance physique qui semble la rassurer elle. Aria lui envoie, pourtant, des signaux clairs témoignant de son désir de s'émanciper des bras de sa mère pour aller à la rencontre de l'environnement qui l'entoure. Il y a là une ambivalence relationnelle et un défaut d'accordage marqué par le désir de la mère d'être au contact de sa fille, de l'avoir contre elle, et le désir d'Aria de sortir de ce contact et de cette proximité qui peut être ressentie comme étouffante. Mme est dystimulante dans ces moments-là. Elle ne semble pas percevoir et interpréter les signaux de désengagement de sa fille comme tels. Cet échange crée un dialogue corporel non ajusté ainsi qu'un défaut de synchronie. Les deux partenaires ne veulent pas la même chose en même temps. Cet inaccordage mutuel génère de la frustration et de la crispation chez l'une et chez l'autre, ne leur permettant pas de passer des moments d'interaction et de proximité agréables et positifs.

Lors de la 2ème séance, il se produit le même phénomène entre Aria et sa mère : Aria manifeste son envie de se "décoller" et Mme la contraint sur elle. La psychomotricienne, spectatrice de cet agacement mutuel grandissant, verbalise alors "Aria, j'ai l'impression que tu as très envie de bouger et d'aller explorer la salle". A ces mots, Mme R. répond "c'est toujours comme ça, elle ne veut pas rester sur moi. C'est vexant parfois". La psychomotricienne lui explique que le bébé a, parfois, le besoin de s'extraire de la relation pour intégrer tout ce qu'il vient de vivre et qu'il a aussi besoin et envie d'aller explorer, de se mouvoir pour se développer. Mme décroise alors ses jambes et relâche l'étreinte de ses

bras. Aria profite de ce moment pour s'éloigner et se déplacer à quatre pattes. Sa mère l'observe d'un air inquiet et sursaute à tous les déséquilibres de sa fille. En s'éloignant, Aria semble anxieuse, son regard est inquiet et elle revient vite vers sa mère. A plusieurs reprises, Aria, en direction de sa mère, va détourner son regard et sa trajectoire au dernier moment. Systématiquement Mme l'attrape et la ramène contre elle. Ce qui déclenche immédiatement les comportements aversifs d'Aria qui poussera même le bras de sa mère pour le dégager de son corps. Mme semble vexée et relâche sa fille. Lorsque sa fille revient la fois d'après Mme l'ignore. L'ambivalence est de nouveau marquée par cette incompréhension mutuelle.

Cette alternance entre rejet et grande proximité est perçue par Aria et peut expliquer son ambivalence, en miroir aux réactions de sa maman. Dans ces moments, Mme manque de flexibilité et peine à s'adapter aux demandes et besoins de sa fille. Son hypervigilance génère une anxiété chez Aria qui a du mal à s'éloigner sereinement et revient vite vers sa mère. La juste distance ne parvient pas à être trouvée.

En danse-portage, enveloppées d'une musique douce au rythme régulier, mère et fille se retrouvent dans les bras l'une de l'autre, autour d'un balancement, d'un bercement qui semble les apaiser. La fois d'après, Aria demande à descendre des bras de sa mère en inclinant son buste vers le bas. Mme remarque sa requête et y accède immédiatement. Une fois sur le tapis, Aria lui tend les bras pour marcher et se dandine debout sur la musique tout en lui tenant les mains. Un espace se crée entre elles.

La fois d'après, Mme R. et Aria ne commencent pas à danser dans les bras mais debouts, reliées par les mains. Puis, le contact se rompt et Mme s'éloigne d'Aria tout en la regardant. Elle tourne sur elle-même, s'avance et se rapproche de sa fille en lui souriant, effectue des mouvements de bras fluides et continus. Pendant ce temps, Aria regarde sa mère s'éloigner et danser sans montrer d'anxiété ou d'inquiétude. C'est à la musique d'après, du Lana Del Rey, plus douce et mélancolique, qu'Aria se dirige vers sa mère et lui tend les bras clairement. Mme se penche, et, ainsi au même niveau que sa fille, l'accueille dans ses bras avant de se relever et d'entrer à nouveau dans ces bercements. Ces mouvements de rapprochement et d'éloignement ont été investis par les deux partenaires à chaque séance avec un ajustement mutuel.

Au fil des séances, cet espace intermédiaire s'est de plus en plus marqué. Mère et fille ont pu danser seules et ensemble en alternant ces moments à leur rythme. Les espaces se sont aussi modifiés lors des temps d'immobilité et de parole. Au fil des séances, Mme a pu laisser Aria s'éloigner et vagabonder, venir à notre rencontre et jouer avec Julie. Elle s'est progressivement montrée plus sereine et apaisée. Elle a diminué les sollicitations verbales et corporelles envers Aria. En parallèle, Aria s'est permise de s'aventurer plus loin de sa mère et d'entrer en contact avec nous. Les moments ambivalents se sont atténués. Au contraire, Aria revient volontiers vers sa mère, les bras grands ouverts, le sourire aux lèvres et se jette sur elle en rigolant avant de lui faire un câlin. Mme l'accueille et paraît renarcissisée. Elle la sert contre elle, la caresse et la laisse repartir quand Aria l'a décidé.

L'alternance de temps dansés, "seul-ensemble" est décrite par L. STELLA et B. GOLSE comme une "chorégraphie des interactions" (44). La danse leur a montré qu'un éloignement était possible et sans danger pour la dyade. En constatant cela, Mme a pu faire baisser son état d'hypervigilance qui a entraîné une baisse d'anxiété chez sa fille, qui s'est alors ouverte à la relation. Nous observons que les distances relationnelles ont changé. Mme R. peut laisser vagabonder sa fille dans la pièce et la laisser expérimenter sans la contraindre corporellement ou verbalement. En réaction à cela, Aria, qui doit percevoir que sa mère est plus détendue et apaisée, revient volontiers vers elle sans ambivalence. Elle est donc plus sécurisée dans sa relation d'attachement à sa mère. Les deux présentent un meilleur ajustement des distances et sont plus accordées l'une à l'autre. Elles sont désormais capables de s'éloigner pour mieux se retrouver. Les contacts entre elles sont plus francs, plus ajustés. Elles ont pu véritablement se rencontrer à la fois dans un corps à corps mais aussi à distance, les yeux dans les yeux. La danse a permis une nouvelle rencontre qui s'est faite autrement.

Julie et sa maman, un accompagnement vers une plus grande proximité

Mme B. se montre assez passive et à distance, de sa fille notamment. Elle ne présente aucune difficulté à entrer en relation avec nous et Mme R.

Lors des deux premières séances de l'atelier danse-portage, Julie se montre très expressive et en demande de relation. Elle vient à notre rencontre à quatre pattes sans appréhensions. Elle se dirige plus souvent vers nous que vers sa mère. Lorsque nous invitons les mamans à prendre leur fille dans leur bras pour le moment de danse-portage, Mme appelle Julie, qui

ne réagit pas. Elle s'approche ensuite d'elle, se penche et l'attrape du bout des doigts. Le contact n'est pas franc et l'on ressent que sans notre induction verbale, Mme ne serait pas spontanément allée toucher et porter sa fille. Lors du portage, Julie ne regarde pas sa mère, ne s'accroche pas à elle et détourne la tête pour nous regarder. Ses bras sont levés et elle agite ses mains au rythme de la musique. Très vite, Mme B. fatigue du portage et ne parvient pas à s'ajuster. Elle change Julie de position plusieurs fois et finit par la reposer. Julie ne marque pas le changement des distances et continue d'interagir avec nous. Au sol, Julie gambade dans toute la pièce et se rend régulièrement vers sa mère. Elle entre en contact physique avec elle en escaladant ses jambes ou en prenant appui pour se verticaliser et se mettre debout. Cependant, elle n'effectue que de bref passages et ces moments d'interactions corporelles avec sa mère sont de courte durée.

Dans le cas de cette dyade, l'éloignement est très marqué. Mme a peu d'élans et d'initiatives d'interaction vers sa fille. Julie est l'initiatrice principale des moments de rencontres corporelles mais reste distante. Certainement en réponse à l'éloignement physique, psychique et émotionnel de Mme lors des premiers mois de vie de Julie. Julie s'inscrit dans une certaine autonomie face à un attachement insécuré. Madame est maintenant capable de toucher sa fille et de la prendre contre elle, mais ces moments sont rares. Pourtant, les moments où Julie prend appui sur elle pour se verticaliser sont forts de sens. Elle donne son poids à sa mère, prend appui sur son *caregiver*, ce qui suppose une attente de "réponse du support" (29, p.143).

Il est l'heure du temps dansé. Les patientes sont libres d'avoir leur fille dans les bras ou non. Mme B. commence à danser seule, face à sa fille qui se dandine et la regarde. A côté d'elles, Aria est dans les bras de sa maman et les deux dansent ensemble. Julie tend alors ses bras vers sa mère et fait mine de se lever. Mme détourne alors le regard en continuant de danser jusqu'à ce que Julie se mette à réclamer les bras intensément à l'aide de vocalises négatives. En guise de réponse, sa mère lui tend les mains que Julie saisit pour se mettre debout mais ne répond pas à la demande initiale (qui nous semble vouloir être portée) de Julie qui continue de râler.

La distance entre les deux est aussi générée par le défaut de sensibilité de Mme qui peine à décoder et interpréter justement les signaux de sa fille. Julie est donc souvent frustrée, n'obtenant pas la réponse attendue pour sa demande ou pas de réponse du tout. Ce qui

explique qu'elle s'oriente préférentiellement vers un tiers, plus à même de lui fournir une réponse satisfaisante.

Au fil des séances et des invitations à partager des temps dansés où mère et fille sont en corps à corps, nous avons observé une évolution des interactions entre Julie et sa maman. Julie s'est montrée beaucoup plus en demande du contact de sa mère notamment lors du portage. Spontanément, Madame a initié des tours et des déplacements qui ont beaucoup plu à Julie qui, pour la première fois, s'est agrippée aux épaules de sa mère et l'a regardé, sourires aux lèvres. En voyant sa fille réagir ainsi, Mme recommence, plus vite cette fois. Julie est emportée dans un tourbillon et explose de rire. Mme rigole aussi et les deux se sourient. A la fin de la musique, lorsque Mme B. repose Julie au sol, cette dernière lui tend immédiatement les bras. C'est ainsi que Mme reprend Julie dans ses bras pour partager ensemble le temps de danse libre, où les partenaires peuvent choisir de danser ensemble ou séparément.

Nous observons la majoration des demandes de proximité physique de Julie les séances suivantes. Les deux membres de la dyade se montrent beaucoup plus souriantes quand elles sont au contact l'une de l'autre. À moindre mesure, Mme B. est elle aussi plus en demande de moments en contact avec sa fille mais ses demandes fluctuent selon sa disponibilité psychique. On ressent que les temps passés au contact l'une de l'autre sont plus qualitatifs et source de plaisir. Ils diffèrent du quotidien. Lors des temps calmes, Julie se laisse caresser et masser par sa maman. Elle se pose de longues minutes au contact de sa mère, l'air tranquille.

Au fil des pas de danse, Mme B. et Julie se sont rapprochées émotionnellement et corporellement. Les moments dans les bras de maman se sont multipliés et Julie s'est montrée plus en demande et moins dans l'évitement. Les moments de danse ont permis à Mme B. d'être engagée corporellement aux côtés de sa fille et ont sollicité les échanges. Mme a pu accueillir Julie dans ses bras où cette dernière a pu s'y poser plusieurs minutes à plusieurs reprises. Les temps de portage se sont allongés et les demandes corporelles de Julie se sont multipliées. Le portage à bras est plus contenant et de meilleure qualité, en lien avec un portage psychique plus présent et ajusté. Ces dernières gardent une certaine distance propre à leur relation mais ont pu partager des moments de plaisir dans le lien. L'une et l'autre se sont laissées aller au plaisir de la rencontre dans la médiation. Le temps d'une séance, cela a pu leur permettre de se rapprocher et de se découvrir autrement.

Nina et sa maman, une invitation à se rencontrer

Lorsque j'observe Nina et sa maman dans les temps de vie à l'hôpital de jour, je constate souvent une distance corporelle, psychique et émotionnelle importante. Nina vit ses expériences mais sa mère y réagit peu. Mme est souvent sur son téléphone dans le salon des mamans. Pendant ce temps-là, Nina est déposée sur le tapis d'éveil et joue en autonomie avec les objets.

Nina est posée sur le tapis, à quelques mètres de sa mère. Après avoir passé une balle sonore d'une main à l'autre, elle la tend en direction de sa mère en vocalisant. Mme au téléphone lui adresse un regard au bout de quelques secondes mais ne réagit pas. Nina s'avance alors vers elle et prend appui sur sa jambe comme pour grimper vers elle. Mme n'y prête pas attention et Nina se met à pleurer. Ce n'est qu'à ce moment-là que Mme la prend dans ses bras, les yeux toujours en direction de son téléphone. En quelques secondes, Nina s'apaise et Mme la repose alors immédiatement, dos à elle, sur le tapis.

Une distance physique et émotionnelle sépare Nina et sa maman. Mme semble peu disponible pour sa fille. Il est rare de la voir se poser sur le tapis et jouer avec Nina. Au fil d'une journée à l'Hdj, elles échangent peu de regards. Les interactions comportementales entre mère et fille se font rares. Il y a une perturbation de la réciprocité des interactions. Les comportements de Mme sont souvent non-contingents aux demandes d'interaction de sa fille. Lors des séances d'atelier incluant la danse à l'Hdj, Mme s'est montrée plus disponible à sa fille bien que toujours fatiguée. Elle s'est timidement prêtée aux jeux dansés proposés et à l'exploration de ses propres appuis au sol, souvent en miroir avec Nina.

Je lance la musique. La psychomotricienne et moi nous mettons à danser au sol, alternant appuis, postures et mouvements fluides des membres. En nous observant la première fois, Nina se fige et regarde d'abord sa mère, puis la psychomotricienne, puis moi. Comme pour vérifier qu'elle est en sécurité. Après ce balayage visuel, la voilà qui s'anime, affiche un large sourire, se dandine assise, agite ses bras, sa tête puis se met à marcher à quatre pattes dans la pièce. Nina regarde sa mère de plus en plus jusqu'à se déplacer à quatre pattes pour la rejoindre. Nina se met debout en prenant appui sur sa mère et libère un bras. Elle fait balancer son bras en l'air dans le plan sagittal (flexion/extension), tourner ses mains en effectuant des rotations de poignets. Elle nous invite à l'imiter et à venir à son contact en

nous interpellant vocalement.

Au contact de sa fille, Mme semble percevoir que cette dernière souhaite revenir au sol et anticipe cela en s'allongeant. Nina se pose alors sur son ventre quelques instants puis redescend. Elle entame le jeu de grimper sur sa mère. Mme A. s'adapte à elle et l'accompagne corporellement en lui assurant des appuis stables. Les deux débutent alors une danse dans un contact étroit mais qui n'étouffe pas. A plusieurs reprises Nina s'éloigne de sa mère, en rythme pour venir danser et imiter les autres autour, avant de retourner dans une chorégraphie des appuis synchronisée avec sa mère.

Pour Nina et sa maman, chaque séance a été l'occasion d'un raccourcissement quasi immédiat de la distance (physique et psychique) qui les séparait. L'atelier leur a permis d'échanger de beaux moments de proximité émotionnelle (synchronie) et corporelle. Les moments d'invitation à la danse par un démarrage de la musique et de mise en mouvement du binôme soignant ont créé chez Nina un véritable élan corporel. Elle a laissé son corps s'exprimer dans un mouvement presque vibratoire. Elle est allée chercher ses appuis au contact de sa mère. *“Ici, le corps maternel devient un support concret, un appui physique : préalable essentiel à la construction d'un appui psychique”* (44, p.6). Mme A. l'a accueillie et accompagnée dans ses explorations corporelles rythmiques. Mme a alterné moments d'immobilité lors des temps d'éloignement et d'exploration de sa fille, et moments d'engagement corporel au contact de Nina. Cette dyade a pu se rencontrer majoritairement par le toucher dans un mouvement à l'unisson. Ces mouvements ont créé un rapprochement global (physique, psychique et émotionnel).

Ainsi, les différentes propositions dansées ont permis d'établir un lien avec les pairs. Elles ont aussi permis de relier ou, au contraire, de créer de l'espace entre mère et enfant dans un processus d'individuation (25). Les dyades s'invitent, se rencontrent autrement, en utilisant d'autres modalités de communication. La danse aura proposé une réponse aux besoins spécifiques de chaque dyade. Pour certaines, elle aura permis un rapprochement dans un corps à corps et un toucher sécurisant. Pour d'autres, elle aura montré que l'éloignement est possible et nécessaire à l'individuation et l'évolution de chacune. Ces variations de distance relationnelle auront été source de plaisir et d'apaisement des tensions et des angoisses.

c. Expérimenter et conscientiser le dialogue tonico-émotionnel

Le dialogue tonico-émotionnel est facilité par la proximité corporelle. Lors des temps de danse-portage à bras, les corps de la mère et du bébé entrent en contact et communiquent. Tous deux se renseignent mutuellement sur l'état tonique et émotionnel de l'autre partenaire. La mère, portant son bébé, participe à la régulation tonico-émotionnelle de son enfant. L'état tonique du bébé dépend donc de ses propres compétences mais aussi de son état à elle.

Après les temps de danse ensemble vient le temps calme annonçant la fin de la séance. A cet instant, Nina rejoint spontanément sa maman. Mme semble éveillée et détendue. Son état tonique est relâché. Elle accueille sa fille et l'installe horizontalement contre sa poitrine. Nina est généralement hypertonique dans les bras mais cette fois-ci, elle s'enroule dans ceux de sa mère et se relâche. L'ajustement tonico-émotionnel entre les deux est immédiat. Leurs corps sont au diapason. Toutes deux se regardent calmement et sourient. La douceur et le calme de leur échange envahissent la pièce.

On constate ici, l'influence de l'état de Mme A. sur l'état tonico-émotionnelle de Nina. Leur dialogue tonico-émotionnel est ajusté et harmonieux.

Selon A. BORGHINI l'émotion du bébé est un guide et un appel à la mère pour aider sa régulation tonico-émotionnelle. *“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. Chaque moment interactif est nourri de ces subtilités qui peuvent facilement s'harmoniser mais aussi se désorganiser.”* (8, p.47). Nous l'avons vu avec certaines vignettes cliniques de Mme R., Mme B. et leur fille, il n'est pas rare qu'une mauvaise interprétation des émotions et des signaux perçus du bébé conduisent celui-ci à une crispation et à des comportements aversifs (gémissements, pleurs). Ces comportements peuvent provoquer des réactions intenses chez leur mère qui peuvent se sentir angoissées, impuissantes voire incapables de répondre correctement à leur demande. Le dialogue tonico-émotionnel devient alors désagréable et peut être dysharmonieux.

Lors d'un temps dansé à l'atelier Danse-portage, Julie manifeste son envie d'être portée et, voyant que sa mère ne répond pas à sa demande, se tend et recrute fortement son tonus. Mme met quelques secondes avant de détecter ces signaux. Lorsqu'elle décide de la

prendre, son intention est d'abord perçue dans son regard qui s'adresse à sa fille. Elle attend jusqu'à ce que Julie la regarde en retour puis s'adresse à elle et lui dit "allez viens". Elle lui tend ensuite les bras pour lui proposer le portage. Julie sourit et lui tend les bras à son tour. Mme soulève sa fille et la pose au niveau de sa hanche. Une main soutient sa fille au bassin, l'autre enveloppe son dos. Le portage de Mme est contenant et sécurisant. Une fois portée contre sa mère, Julie s'apaise et se relâche. Toutes deux se regardent et sourient avant de se mettre à se balancer au rythme de la musique. Elles entrent alors dans un moment de dialogue corporel tonico-émotionnel ajusté. Julie vocalise sa satisfaction et Mme l'imité sur le même ton.

Mme B. s'est appuyée sur ce qu'elle a observé de Julie et s'est adaptée à elle pour répondre justement à sa demande et à son besoin de portage sur le moment. Tous les paramètres du dialogue tonico-émotionnel sont concordants. Leur tonus, leur rythme de portage, leur mimiques faciales, la mélodie de leur voix sont accordés, formant ce que M-S. BACHOLLET et D. MARCELLI nomment de façon plus précise le *dialogue tonico-prosodico-mimo-émotionnel* (4). Mère et fille traitent simultanément les différentes modalités sensorielles et s'accordent. Elles sont alors dans un état émotionnel partagé.

En parallèle de cet instant de portage dansé entre Mme B. et Julie. Mme R. dépose Aria sur le sol et se met à danser à distance. Nous [les thérapeutes] la rejoignons dans cette ronde improvisée autour d'Aria. Pour suivre sa mère du regard, Aria est obligée de tourner sur elle-même. Après quelques tours, Mme rigole et Aria aussi. Leur état tonique est ajusté et semble identique dans un dialogue commun. Elles se regardent et sourient sans se lâcher des yeux ce qui atteste du plaisir mutuel qu'elles éprouvent.

Mme R. et Aria sont ici en pleine interaction ajustée, dans un dialogue tonico-émotionnel harmonieux les reliant à distance. Pour qu'un dialogue se crée, les mères doivent ajuster leur corps à celui de leur fille. La danse permet cela. L'expérience sensori-motrice qu'offre un mouvement commun expérimenté par les deux partenaires, mobilise ce dialogue corporel et cet accordage tonico-émotionnel. Cette communication tonico-émotionnelle permet aux mères de comprendre et d'accompagner les mouvements et les élans de leurs filles. Elles semblent même, parfois, les anticiper. Danser ensemble induit une véritable communication corporelle. Au fil de ces expériences multisensorielles dansées, un véritable dialogue tonico-émotionnel

tel que le décrit J. DE AJURIAGUERRA s'instaure au sein des dyades. Mères et filles vont se partager leurs états toniques et émotionnels au travers de jeux dansés. Les ateliers auront permis d'étayer la régulation tonico-émotionnelle au sein de chaque dyade.

2. Créateur de liens entre les mères

C'est le jour de la première séance d'atelier "Danse-portage mère-enfant", à l'Unité Ambulatoire Pédopsychiatrique. Les mamans et leur fille sont dans la salle d'attente. Nous les entendons discuter depuis la salle de psychomotricité. Un rire se dégage de leur conversation, elles ont l'air de bien s'entendre. Cela nous rassure et nous partons les chercher afin de rejoindre la salle de psychomotricité où l'atelier va débiter.

Lors de cette séance, nous prenons le temps de faire connaissance. Chacune se présente, livrant ce qu'elle souhaite des éléments de sa vie. Les mères nous confient alors avoir déjà commencé à faire connaissance dans la salle d'attente et se sont rendues compte que beaucoup de points communs les relient. A commencer par la naissance de leurs filles et leur parcours face à la prématurité et aux soins conséquents que leurs filles ont reçu, aux angoisses qu'elles ont vécues. Cette similitude dans leurs histoires les a mises en confiance.

Dès la deuxième séance, elles osent aborder des sujets et des questionnements profonds et intimes comme en témoigne cette phrase prononcée par Mme B "Parfois, je me demande si Julie m'aime..." ce qui fait immédiatement réagir Mme R. qui lui répond "Moi aussi, secrètement je me le demande parfois. C'est la première fois que j'en parle et que j'entends quelqu'un ressentir la même chose".

Le choix des dyades pour ce groupe a été mûrement réfléchi par la psychomotricienne. Elle les connaissait chacune individuellement et percevait qu'à leur stade d'évolution dans leur parcours de soin, les regrouper et les faire se rencontrer pouvait être bénéfique. Notre inquiétude était qu'une dynamique de groupe peine à s'installer, freinant les processus thérapeutiques et les objectifs pensés. En effet, même si tout a été pensé pour que tout se passe au mieux, rien n'est prédictible. Comme le précise B. LESAGE, dans un groupe, plusieurs relations peuvent advenir et sont variables. Les individus peuvent tantôt coopérer, coexister, être en rivalité, s'aimer... Le groupe peut envelopper tout comme il peut différencier et magnifier l'individu. "Le groupe fonctionne comme une matrice contenant, où se jouent diverses identifications" (29, p.111).

Les dyades sont composées d'individus bien distincts. Chacune a son parcours, chacune a son histoire. Pourtant, ensemble et dans ce cadre, elles forment un groupe et nous formons un tout. Dans cet atelier, elles peuvent faire des expériences groupales et personnelles autour d'un travail centré sur soi comme lors de temps de respiration par exemple. Elles ferment les yeux et prennent du temps pour elles, elles se recentrent sur leur individualité, leur propres ressentis émotionnels et corporels. Il y a aussi des temps qui s'adressent au groupe comme à un seul individu, ces temps où les consignes sont les mêmes pour toutes. C'est dans ces instants dansés que des temps d'interaction ont émergé.

Lors de certains temps dansés entre les mamans, un véritable dialogue moteur se met en place. Mme B. initie une valse avec sa fille en la portant face à elle et en la prenant par la main. En voyant cela, Mme R. l'imité avec Aria. Mme B. fait un tour sur elle-même et se balance ensuite au rythme de la musique. Mme R tourne à son tour puis elle lève son bras et fait des mouvements fluides allant de droite à gauche en l'air. Mme B. la rejoint dans ce même mouvement à l'unisson. Avec nos poupons dans les bras, la psychomotricienne et moi-même nous joignons à cette synchronie en miroir. Ces jeux moteurs et corporels, où l'une fait un mouvement puis l'autre lui répond avec ce même mouvement suivi d'un autre, sont de vrais moments de rencontre et d'interaction entre les partenaires.

Les mères sont de plus en plus en interactions l'une avec l'autre, se regardent, se sourient, s'imitent, échangent leur place et changent même de niveau en alternant : l'une passe au sol avec sa fille, l'autre se remet debout et inversement. L'une initie un mouvement, l'autre le reprend et cet échange se poursuit en alternance jusqu'à la fin de la musique.

Ces moments de relation dans le jeu de la danse sont la résultante de processus interpersonnels qui permettent d'illustrer le lien naissant entre les mères à travers des jeux dansés initiés par elles. Au fil des séances, les mères ont appris à se connaître et ont gagné en aisance dans la relation à l'autre et dans la relation aux soignantes. Elles ont investi le groupe progressivement et se sont montrées force de propositions dans le choix des musiques.

Lorsqu'on leur a proposé de choisir une musique à la deuxième séance, timidement ni l'une ni l'autre des mamans n'a osé faire de propositions et elles nous ont laissé choisir. On leur a suggéré de réfléchir, pour la fois d'après, à une musique sur laquelle elles aiment danser ou sur laquelle elles ont envie de danser. Elles arrivent à la séance suivante avec chacune une

musique en tête. En annonçant leur musique respective, elles se sont rendues compte qu'elles aimaient des styles complètement différents mais sont restées ouvertes à la proposition de l'autre. Mme R. propose une musique jazz rythmée, ce que Mme B. nous dit ne jamais écouter. Pourtant les deux se mettent à danser avec leur fille dans leurs bras et se déplacent toutes deux marquant le rythme de la musique avec leurs pas.

L'altérité de l'autre les a enrichies. Lors des choix des musiques, l'une et l'autre se sont retrouvées avec des goûts bien différents mais ont accueilli les propositions de l'autre avec bienveillance et une saine curiosité, renforçant la complémentarité au sein du groupe.

A la quatrième séance, nous nous installons comme les fois précédentes pour le temps d'accueil précédant l'éveil corporel. En questionnant les mamans sur leur état, Mme B. se dit à la fois joyeuse et anxieuse, car elle va laisser Julie à sa mère pendant 1 semaine car elle et son conjoint partent en voyage. Elle nous précise redouter le déroulement du séjour de Julie avec sa mamie. Julie ayant des difficultés de sommeil et d'endormissement, elle a peur que cela se passe mal. Mme R. réagit en lui demandant si elle n'est pas anxieuse de laisser sa fille aussi longtemps. Mme B. répond que non mais elle nous demande si sa fille ressentira le manque. Nous lui répondons, qu'à son âge, Julie n'a pas encore la notion du temps mais qu'elle remarquera qu'effectivement, ses parents ne sont pas là, que la situation n'est pas comme d'habitude.

Mme R. nous confie alors être incapable de se séparer de sa fille plus de 2 jours et qu'elle ne s'imagine pas partir 1 semaine. Pour elle c'est impossible mais elle verbalise cependant qu'elle aimerait pouvoir se séparer de sa fille un peu plus longtemps parfois.

Les deux femmes échangent ensuite leur point de vue sur l'accès aux écrans pour leur fille, lors d'éventuels appels vidéos entre Julie et sa mère. Mme B. est contre les écrans et n'en allume jamais en présence de sa fille. Mme R. est plus nuancée, elle explique montrer des vidéos à sa fille...

A la fin de cette séance, toutes deux se sont accordées pour dire que cet espace est l'un des rares "où nous ne sommes pas en compétition en tant que maman". Elles ont précisé que c'était agréable de pouvoir librement discuter sans se sentir jugé par autrui.

Dans ce groupe la différence est acceptée. C'est le groupe qui fait du lien. Les mères se sont identifiées l'une à l'autre dans un processus empathique qui a permis la libération de la parole.

Une véritable complicité s'est instaurée. Régulièrement, elles se questionnent mutuellement sur leur fonctionnement, leur vécu par rapport à la grossesse, leur relation avec leur fille. Leur réunion dans ce groupe leur a permis de verbaliser des choses qu'elles n'avaient jamais osé déposer en séance de psychomotricité. A plusieurs reprises, la psychomotricienne a souligné que ce qui avait pu être dit lors de l'atelier n'avait jamais été abordé et abordable en séance. Les mamans ont reconnu que l'atelier a permis de "débloquer certaines choses, de partager des expériences et d'ouvrir à de nouvelles réflexions" (Madame B.). En effet, le groupe peut avoir un effet rassurant et sécurisant permettant aux patientes de lever certaines de leurs barrières et d'entrer plus facilement en relation non seulement entre elles mais aussi avec leur fille. On voit que, dans le cas de ce groupe, l'une et l'autre ont pu trouver du soutien qui les a rassurées et qui leur a permis de s'ouvrir à l'autre, de partager verbalement mais aussi corporellement, des expériences.

Le groupe a été porteur et moteur pour chacune des mères. Chacune a trouvé sa place sans perdre son identité, que cela soit dans les temps dansés ou dans les temps de parole. La parole circulait aisément et en toute confiance au sein de ce groupe et les mères se sont rapidement investies dans un véritable processus de réflexion et d'élaboration. Pour reprendre J. VAYSSE, une véritable transition psycho-dynamique a eu lieu entre les moments actifs du corps en mouvement et les temps de parole où le corps était immobile mais l'esprit restait dans un véritable mouvement psychique mêlant réalité et imaginaire. Cela a permis aux mères de remobiliser et de faire évoluer certaines de leurs représentations.

Ce qui me laisse penser que la dynamique de groupe pour ce genre de travail et d'engagement corporel aurait certainement été plus adaptée à l'atelier de l'hôpital de jour. Au départ, cet atelier était pensé pour une dyade par séance, du fait de la petite taille de la salle mais aussi pour privilégier un espace intime à l'abri du regard des autres mamans. J'en suis venue à me questionner sur le groupe, ayant l'expérience du groupe moteur de l'UAPP. La mère ayant participé à l'atelier à l'Hdj, malgré son évolution, a peu investi le mouvement. Elle a participé aux propositions mais jamais spontanément, plusieurs inductions verbales étaient nécessaires. Je me questionne sur ce que cela aurait pu donner si l'on avait inclus une autre dyade aux séances. Je pense que cela aurait pu permettre à Mme A. de s'investir plus corporellement. Elle se serait retrouvée avec une autre patiente face à deux membres de l'équipe soignante, ce qui aurait rééquilibré l'atelier et créé du soutien pour Mme A. D'autres choses auraient pu se jouer amenant ainsi la psychomotricienne à penser ce groupe et cette dyade autrement.

3. La danse et la psychomotricienne comme “interprètes” entre la mère et son bébé

a. La psychomotricienne comme “détoxificateur”

Cette expression est empruntée à W. BION. Il a théorisé ce qu’il nomme la fonction de “détoxification” de la mère permise par sa *capacité de rêverie*. “*La rêverie est un état d’esprit réceptif [...] capable, autrement dit, d’accueillir les identifications projectives du nourrisson, qu’elles soient ressenties par lui comme bonnes ou mauvaises. La rêverie est un facteur de la fonction-alpha de la mère*” (6). Cette fonction a un rôle clé dans le développement de la pensée du tout-petit. Le nourrisson n’est pas encore capable de mettre de la signification sur ses sensations et sur ses éprouvés psycho-corporels : “*éléments bêta*”. Il s’agit de tous les éléments non pensables et incompréhensibles pour le bébé qui ne peut donc pas les intégrer. Le bébé se retrouve désorganisé par ses éléments et les projette sur sa mère. Cette dernière va les accueillir, les ingérer pour les contenir et les transformer en “*éléments alpha*” qui ont du sens et sont assimilables psychiquement par le bébé. La mère détoxifie ainsi les éprouvés et les angoisses pour les rendre pensables pour son enfant. Une mère en bonne santé psychique et *normalement dévouée* peut ainsi contenir et transformer les affects de son enfant en pensées et en représentations au plus proche de son état émotionnel. Lorsque la mère est atteinte de troubles mentaux, sa fonction de détoxification des expériences chaotiques du bébé est entravée. C’est alors à la psychomotricienne, en tant que thérapeute, de suppléer aux carences maternelles et de détoxifier les éléments afin de les rendre assimilables et compréhensibles pour la mère et le bébé.

“*Le danse-thérapeute, en tant qu’animateur, accomplit une fonction parentale*” (29, p.111), fonction maternelle qui fait défaut chez les mères atteintes de troubles mentaux. La psychomotricienne fait office de réceptacle de ce que les patientes peuvent aborder et déverser par sa fonction de pare-excitation mais aussi par la médiation qu’elle propose aux patientes qui les entraînent dans des expériences. “*Il [le danse-thérapeute] doit littéralement porter les participants, réguler les entrées, proposer ce qui est absorbable, protéger du trop d’informations...*” (29, p.111). La psychomotricienne, garante du cadre de ces séances à médiations corporelles, assume les fonctions de *holding*, de *handling* et d’*object presenting* (façon dont on présente le monde à l’enfant) décrites par D. W. WINNICOTT. Elle doit percevoir et accueillir les mouvements psychiques de l’ordre de l’émotionnel ou du conflit liés à ce qui s’exprime au sein de cet espace d’expérience partagé (38, p.102).

La psychomotricienne, par sa posture à une juste distance (ni trop distante, ni trop intrusive), offre un véritable appui psychique et physique pour la dyade. Sa présence se veut enveloppante, soutenante et rassurante.

Lors des séances d'atelier, l'action thérapeutique de la psychomotricienne passe par l'observation des interactions et de ce qui se joue au sein de la dyade lors des temps de danse-portage, de jeux, de discussion... Cela nécessite une attention conjointe portée à la fois sur la mère et sur le bébé. Puis, la psychomotricienne communique à partir de ses observations et de ce qu'elle a perçu des échanges de la dyade. Dans son livre, *La découverte sensorielle et émotionnelle du bébé*, A. BORGHINI souligne que l'un des rôles des professionnelles, accompagnant des parents et leur bébé, est de "soutenir cet émerveillement en prenant le temps d'observer, de remarquer, de souligner les comportements de l'enfant." (8, p.48-49). Cela pour susciter la rencontre sensorielle et émotionnelle dans l'instant présent.

En atelier danse, la psychomotricienne accueille les représentations et les interprétations des mères sur leurs filles. En communiquant ses observations, elle propose indirectement d'autres hypothèses de lecture et de compréhension des signaux des bébés. Elle "détoxifie" les interprétations parfois biaisées des mères. Elle peut pointer les compétences nouvellement acquises de leur enfant à des mères qui sont soit très soucieuses de leur bébé, soit peu disponibles pour eux, ne prêtant pas assez leur appareil psychique. Cela ramène les mères, ailleurs psychiquement, dans l'ici et maintenant. En découvrant des choses qu'elles ignoraient ou n'avaient pas remarquées de leur fille, cela a pu susciter un instant agréable teinté d'émerveillement maternel.

En atelier, Mme B. verbalise que Julie ne va jamais vers elle mais toujours préférentiellement vers son papa. Elle ajoute qu'elle a l'impression qu'elle ne l'aime pas. Pourtant en séance, Julie initie régulièrement des déplacements et des mouvements en direction de sa mère. Souvent pour entrer en contact. En exprimant cela, nous comprenons que Mme ne semble pas les percevoir, ou, en tout cas, ne les interprète pas comme des comportements d'attachement. C'est pour lui pointer les élans spontanés de sa fille vers elle que la psychomotricienne a plusieurs fois verbalisé "Pourtant, Julie est venue vous chercher", "elle cherche votre regard", "lorsqu'elle a senti votre respiration, elle s'est détendue contre vous".

En faisant cela, la psychomotricienne amène des nuances aux interprétations de Mme B. et offre une lecture différente du comportement de Julie, une vision plus positive valorisant ses mouvements et ses élans vers sa mère. Cela peut également permettre à Mme une prise de conscience des comportements réels de sa fille et une mise à distance des intentions perçues.

Offrir du soutien, un appui physique et psychique en pointant aux mères leurs compétences maternelles contribue fortement à les renarcissiser en tant que *mères suffisamment bonnes*. La psychomotricienne peut encourager les mères dans leurs fonctions et leurs agissements qu'elles ne conscientisent pas toujours. Elle peut les accompagner à l'installation au portage, en amont des temps de danse-portage ou leur offrir un support physique et visuel lors des temps de massages en l'exerçant sur un poupon pour que les mères puissent s'inspirer et reproduire ses gestes.

Pour le groupe de l'UAPP, deux dyades étaient présentes en même temps, nous n'étions pas trop de deux pour observer le plus finement possible tout ce qui se déroulait sous nos yeux. *“Dans le cadre d'une proposition groupale, la présence de deux thérapeutes est souvent souhaitable, afin de permettre les échanges et de bénéficier d'une réflexivité réciproque”* (52, p.73). Nos temps d'échanges formels suivant les rencontres dansées, nous permettaient de croiser nos observations, de nourrir nos réflexions et de prendre du recul pour analyser plus finement les éléments d'observations afin d'ajuster nos propositions verbales et d'activités.

b. Une autre rencontre entre les dyades et le thérapeute

Les ateliers à médiation danse entraînent un engagement corporel important des patientes et de la psychomotricienne. Cela permet à la maman d'avoir un support identificatoire qui la rassure et sur lequel elle peut s'appuyer. La psychomotricienne, par les règles implicites qu'elle instaure dans le cadre (règle de non-passage à l'acte, agressif notamment) et sa participation aux propositions corporelles, assure le rôle de régulatrice des pulsions.

Ces ateliers offrent la possibilité d'entrer en communication autrement. Par l'expression du corps, ils permettent des rencontres non-verbales. Nous sommes toutes en mouvement. La danse implique la motricité du corps. J. VAYSSE précise que tout sujet exprime sa pensée (affects et représentations mentales) par le mode verbal mais aussi, simultanément, par des modes non-verbaux que sont la *vocalité* (intonation et prosodie) et la *motricité* (51, p.152).

Nous sommes donc à l'écoute et dans l'observation de toutes les manifestations non-verbales des patientes, qui nous renseignent sur qui elles sont (postures, façon de se mouvoir, qualité de mouvement, investissement de l'espace...).

Le cadre et le dispositif d'un atelier danse diffèrent aussi du quotidien. L'une des spécificités de la danse est de travailler les transitions et les passages (d'un mouvement à un autre, d'une spatialité ou d'une temporalité à une autre, d'un type de relation à l'autre) souligne B. LESAGE (29).

Des rituels clairement définis structurent les séances au sein desquelles une multitude de variations des propositions peut être faite. Les temps d'accueil, d'échanges et d'éveil corporel sont des "*espaces intermédiaires*" qui font transition et permettent aux patientes d'entrer pleinement dans la séance et de laisser de côté ce qui se vit à l'extérieur de la salle (25, p.177). Ces ateliers sont venus introduire de la nouveauté dans le fonctionnement des participantes, différant de leur quotidien et des séances de psychomotricité "classiques".

Les ateliers de danse mère-bébé proposent également un espace de "*création, qui autorise l'expression de la parole (parole du corps et verbale)*". Ils sollicitent les émotions et les relations du bébé avec sa mère. C'est un espace-temps ludique, bienveillant et chaleureux. "*Le groupe, la danse, la musique, la voix qui accompagne certaines séquences sont autant d'éléments favorisant l'enthousiasme des participants*" (25, p.178).

Une congruence de l'expérience vécue par le bébé et la maman peut ainsi être offerte par un cadre thérapeutique contenant et l'étayage verbal et corporel de la psychomotricienne. De plus, ces ateliers ont été l'occasion d'une nouvelle rencontre entre la psychomotricienne et les dyades. Que ce soit à l'Hdj ou à l'UAPP, lors de ces ateliers, nous avons laissé la blouse de côté. Cela afin de modifier la hiérarchie imposée par le port de la blouse, symbole du soignant qui "sait" face au patient qui a tout à apprendre. Ici, chacun est acteur de la médiation. Les soignantes, tout comme les patientes se redécouvrent et se (re)rencontrent dans une relation nouvelle, d'humain à humain. Cette nouvelle rencontre est facilitée par le support qu'amène la musique faisant partie intégrante de la rythmicité des séances tandis qu'elle ne l'est pas nécessairement en consultation de psychomotricité. "*La musique proposée tout au long de l'atelier constitue une enveloppe contenant permettant un apaisement des angoisses que la mise en mouvement pourrait déclencher*" (44, p.3). Cette musique crée du lien et est un véritable support relationnel.

4. Un soutien au développement psychomoteur

La danse a un effet organisateur et offre au bébé un soutien dans son développement psychomoteur ce qui lui permettra d'enrichir son vocabulaire gestuel par la suite (52, p.50). La mise en danse du corps peut susciter le désir d'expression du bébé qui peut alors se mouvoir. Les propositions dansées, dans les bras ou au sol, ont toujours un rythme musical comme support. Elles peuvent aider le bébé à développer son schéma corporel et son image du corps en le nourrissant de sensations multiples (auditives, vestibulaires, tactiles, proprioceptives, visuelles...). Cela permet à l'enfant "d'habiter son corps" (44, p.3) davantage ce qui est indispensable pour un dialogue tonico-émotionnel mère-enfant de qualité. La danse contribue à la prise de conscience de son corps propre comme étant sien, différencié de celui de sa mère (25). Cette étape d'appropriation du corps est aussi intéressante pour la mère qui, lors des temps où elle et son bébé dansent, doit s'adapter aux nouvelles capacités motrices que celui-ci lui fait découvrir.

Au sol, le bébé peut faire l'expérience de la fluidité dans ses mouvements. Comme le souligne L. KARSENTY, "la fluidité est une qualité de mouvement qui explore le registre des sensations, des émotions, des perceptions [...] qui ne relève pas du champ de la maîtrise" (25, p.179). Il teste aussi la solidité de ses appuis et use de son imagination pour trouver de nouveaux appuis lui permettant de varier les postures.

Nous démarrons la séance (Hdj) au sol et commençons à danser. Mme A. nous accompagne et expérimente différents appuis. En nous voyant faire, Nina nous imite et enchaîne les postures par lesquelles nous passons. Elle cherche à prendre ses appuis pour passer de l'une à l'autre. Elle ne s'énerve pas comme d'habitude, mais nous observe passer d'une position à une autre (assise, allongée, sur le côté, à quatre pattes). Nous enchaînons les mouvements et les positions sur le rythme de la musique. Nina, s'essaye à nous imiter, lève ses bras, effectue des rotations avec ses mains. Elle expérimente différents mouvements et différentes postures. Elle chute, bascule, roule, se retourne. Nous l'imitons et chutons à notre tour. Elle s'adapte à nous tout comme nous nous adaptons à elle dans le rythme de cet enchaînement chorégraphique. Nous nous accordons mutuellement. Puis, elle vient à notre contact et, main contre main, nous démarrons un jeu de repousser et de déséquilibre qui la font rire. Mme est plutôt spectatrice de ce moment mais réagit volontiers lorsque sa fille s'approche en lui montrant la paume de sa main, l'invitant à la repousser.

Dans ces instants, Nina expérimente les passages d'une position à une autre dans un espace-temps nouveau. Elle a, sous ses yeux, des adultes qui s'adonnent à des mouvements dansés liant différentes postures au sol entre elles. C'est par ce jeu d'imitation et d'identification corporelle qu'elle ose expérimenter la chute faisant ainsi l'expérience réelle, concrète et sécurisante de ses limites corporelles. Elle prend conscience de son schéma corporel, de son image du corps, de ses appuis et de ses enveloppes. Les moments où mère et fille se touchent en dansant peuvent s'apparenter à de la *danse-contact* qui, selon B. LESAGE est une "*forme de danse avec un ou plusieurs partenaires basée sur l'improvisation et qui met en jeu des notions de poids, de porter, d'équilibres/déséquilibres, sur un mode très ludique, sollicitant sans cesse la vigilance*" (29, p.36). En accompagnant les mouvements de leur bébé en contact, les mères leur font expérimenter la globalité de leur corps (parties dures et molles) dans un toucher enveloppant qu'elles ont du mal à mettre en place d'habitude. Cela permet que l'unité corporelle de l'enfant se construise (44).

Au départ, le bébé se sert de ses "*quatre appuis fondamentaux (les mains et les pieds)*" (25, p.180). Puis, il utilise divers appuis tels que le bassin, les hanches, les genoux, pour passer d'une position plutôt horizontale et accéder à la verticalité. Pour cela, le bébé met sa créativité au service de ses expériences sensori-motrices. La danse permet l'exploration des appuis et de la verticalité grâce à la coordination des informations vestibulaires et proprioceptives (10).

"La maîtrise de la marche lui fait explorer un flux différent, qui entre en résonance avec le champ du discontinu. Le mouvement devient scandé" (25, p.179). La marche permet aussi au bébé de jouir d'une plus grande liberté et indépendance vis-à-vis de sa mère. C'est une étape clé dans le processus d'individuation. Bien que ses appuis soient peu stables et hésitants au début, il est désormais capable d'aller et venir comme bon lui semble dans l'espace. Il peut aller plus vite et plus loin.

A ma première rencontre avec le groupe de l'UAPP, Aria ne marchait pas. Au fil des expériences et des mouvements dansés, son envie de se verticaliser était de plus en plus marquée. Accompagnée justement par sa maman dans ses changements de niveaux. Aria s'est mise à marcher une semaine avant la cinquième séance. Elle a directement inclus la marche dans ses mouvements et sa danse ensuite. Mme R. s'est adaptée aux nouvelles envies de sa fille et elles ont pu partager des moments dansés debouts ensemble.

La danse offre l'expérience d'une "co-modalité sensorielle" décrite par B. GOLSE. Il s'agit de la perception simultanée d'un même objet par nos cinq sens. D'après B. GOLSE, cette comodalité sensorielle est essentielle à la construction psychique (44, p.7). Pour que la comodalité sensorielle adienne et s'organise, il faut que le rythme propre à chaque modalité sensorielle s'accorde avec celui des autres. Tous les sens sont convoqués simultanément dans la danse et sont aussi au cœur des interactions précoces. C'est via ces différents canaux sensoriels que le bébé communique avec sa mère. Alors, si la danse permet une unification des sensations, peut-être permet-elle aussi une unification des canaux de communication entre la mère et son enfant.

La danse offre également un soutien au développement psycho-affectif. "La danse permet d'explorer le monde interne des émotions et des affects" (44, p.9). Elle permet leur expression par le corps. Sa structure associée à la structure de l'atelier, permet une organisation mentale. Cette organisation mentale est utile pour le bébé, qui se repère, anticipe et structure ainsi ses vécus, mais aussi pour sa mère qui se trouve moins en proie à ses préoccupations mentales parasitant sa relation à son enfant. Par son étayage verbal, la psychomotricienne décode les comportements émotionnels du bébé et en informe la mère qui peut peiner à les percevoir. Le bagage théorique de la psychomotricienne lui permet d'informer les mamans de là où en sont les bébés dans leur développement psychomoteur et psychoaffectif. Elle peut ainsi effectuer un remodelage des interprétations des "crises émotionnelles" des bébés auxquelles les mères aux pathologies psychiatriques prêtent des intentions souvent faussées.

Au temps d'échanges ouvrant une séance d'atelier à l'UAPP, Mme B. décrit une crise de colère de sa fille lorsqu'elle la prend dans ses bras. Puis elle ajoute que cette dernière "est méchante et fait un peu exprès de pleurer" dès que c'est elle qui la prend dans les bras. Ces paroles ont été reprises par la psychomotricienne qui a donné à cette maman des points clés du développement affectif et qui a verbalisé que Julie n'était pas encore en âge de "faire exprès" ou de provoquer intentionnellement sa mère.

De plus, au groupe de l'UAPP, lors des temps de danse-portage, les mères font naturellement des bercements de leur corps de droite à gauche en faisant varier l'intensité, l'amplitude, les appuis, les rythmes, la vitesse et l'énergie du mouvement. Le mouvement est alors une alternance de rebonds sur la pulsation de la musique, de moments de suspens avant de reprendre, de déplacements, de tours... Dans les bras, le corps des fillettes suit cette danse aux

multiples paramètres et variations. Les mères instaurent des microrhythmes (Marcelli) au cœur des interactions les rendant nouvelles et singulières. Ces microrhythmes sont structurants psychiquement pour les bébés qui expérimentent la nouveauté et la surprise. La danse permet ainsi aux mamans d'amener des variations qu'elles peuvent avoir du mal à introduire au quotidien avec leur fille. Souvent, les mères atteintes de troubles psychiatriques s'occupent de leur bébé sur un mode opératoire et peuvent proposer des interactions plaquées, c'est-à-dire toujours sur le même mode. En passant par la danse, elles ont pu introduire des éléments de surprise notamment à travers des variations rythmiques des pas de danse. *“La soudaineté apporte des nuances, des variations d'énergie, un rythme différent à la danse.”* (25, p.181). Ces microrhythmes portés par la danse prodiguent de nouvelles sensations et sont utiles au développement psychique du bébé.

La danse est donc un véritable support du développement psychomoteur de l'enfant qu'elle soutient dans ses dimensions physiques, psychiques, affectives, cognitives et sensorielles.

5. Et l'accordage se fit..!

a. Vignettes cliniques

Lors des moments de danse, Nina et Mme A. se sont rencontrées par le toucher, d'ordinaire peu inclus dans leurs échanges. L'une et l'autre se sont montrées entièrement disponibles aux moments à passer ensemble. Lors de la dernière séance, en dansant au sol, Mme s'est adaptée aux mouvements de sa fille et l'a accompagné tout en maintenant un contact tendre et présent sur elle. Ces instants ont facilité l'ajustement du dialogue tonico-émotionnel entre les deux. Après quelques minutes et s'être rapprochées puis éloignées, Nina se tourne et regarde sa mère, puis lui sourit avant de s'avancer vers elle. Mme semble percevoir l'envie de Nina de venir se poser à son contact. Elle change de position, s'assoit en tailleur et accueille sa fille par un doux “vient Ninou”. Nina s'installe au creux de ses jambes. Mme l'accompagne et l'oriente face à elle. Les deux se regardent, se sourient. Mme embrasse sa fille, rapproche son visage, la caresse, la berce doucement. Les états tonico-émotionnels des deux sont parfaitement accordés. Elles font corps. Toutes deux sont relâchées et semblent heureuses de partager ce moment sur un fond musical doux. Mme A. a sa fille face à elle. Elle la regarde, lui parle tendrement, la câline. Mme A. se montre plus animée que d'habitude et initie des jeux corporels avec Nina, en saisissant ses pieds et en les faisant se

toucher tout en chantant une comptine à sa fille. Nina se met alors à vocaliser en souriant.

Ce moment est l'illustration d'un moment d'accordage affectif de qualité. Les interactions sont harmonieuses et réciproques. En sortant de la dernière séance, nous observons Mme qui prend le temps d'installer sa fille dans ses bras avant de la porter. Son portage est plus contenant. Son téléphone est rangé et non dans son autre main comme elle pouvait faire avant. Ses deux mains soutiennent bien le bassin et le dos de Nina. Depuis cette séance, il est arrivé que Mme nous interpelle pour nous faire écouter des musiques sur lesquelles elle et sa fille aiment danser ensemble à la maison. On peut imaginer que Mme A. s'est saisie de quelques propositions de l'atelier, en voyant sa fille s'animer sur la musique et qu'elles s'accordent du temps pour danser ensemble chez elles.

La danse leur a permis de partager des temps qualitatifs ensemble. Les interactions étaient plus riches et nombreuses que ce que l'on observait au quotidien.

A plusieurs reprises, au cours des dernières séances, Julie et sa maman se sont mutuellement accordées. Dans les bras l'une de l'autre, Mme a pris la main de sa fille et lui a proposé une valse. Cela a beaucoup plu à Julie qui a alors regardé sa mère. Mme lui a souri en retour et a approché son visage de celui de sa fille. Julie s'est mise à faire des vocalises positives, manifestant sa joie, et a posé sa tête sur l'épaule de sa mère. Mme lui a répondu par des vocalises sur le même ton. Les partenaires de danse partageaient le même état tonico-émotionnel, toutes deux dans le plaisir du mouvement et du contact à l'autre. Cette valse a été pour elles l'occasion d'être parfaitement en relation l'une à l'autre.

Lors d'une séance, après quelques minutes de valse, Mme B. repose Julie, qui lui tend alors les bras, l'air de lui dire "je veux remonter". Mme ne réagit pas aussitôt et Julie s'impatiente. La psychomotricienne, remarquant l'état de frustration de Julie dit alors "Julie j'ai l'impression que tu veux les bras de maman". A ces paroles Mme regarde sa fille et répond "non elle veut refaire les étirements des jambes". Elle attrape alors les mains de Julie et la positionne debout face à elle. Finalement, elles refont les mouvements des étirements et cela calme Julie qui se remet à sourire et à se dandiner. Même si elles ne se sont pas bien comprises, un ajustement ponctuel est possible entre elles.

Malgré l'avancée des séances, Mme B. a toujours du mal à initier des mouvements spontanément. Elle copie, ne réalise pas tous les mouvements et ne semble pas beaucoup plus à l'aise dans son corps. Nous n'observons pas d'évolution à ce niveau. Cependant, lors du dernier temps calme, Mme B. a eu besoin de moins de stimulations pour se recentrer sur ses ressentis et la prise de conscience de son corps.

Dans le cas de cette dyade, nous constatons que Mme B. peut faire preuve de plus de sensibilité à l'égard de sa fille mais que cela reste mesuré. Cependant, même si les réponses de Mme ne correspondent pas toujours entièrement aux demandes exprimées de sa fille, l'une et l'autre savent s'adapter pour s'accorder et se rencontrer.

Dans le cas de dyades à l'attachement insécure, avoir un tiers permet d'apporter une triangulation relationnelle. En tant que soignant, c'est ce que nous faisons. On vient sécuriser à la fois la mère et le bébé, facilitant ainsi leurs interactions. Un tiers permet un attachement plus sécure.

La séance finale de l'atelier à l'UAPP est l'occasion pour Aria et sa maman de lâcher prise et de se laisser aller ensemble au plaisir de la danse. Tout au long de leur danse, elles se sourient, se regardent, rient. Elles semblent parfaitement se comprendre et interagissent facilement. Aria vocalise et Mme lui répond, Aria s'approche et Mme aussi. Aria tend les bras et Mme la porte immédiatement face à elle et toutes deux continuent de danser les yeux dans les yeux. Lorsqu'Aria se penche, Mme la pose et lui attrape les mains pour la faire danser et rebondir devant ses jambes. Elles font face aux miroirs et se regardent danser, les yeux pétillants de bonheur. Elles rayonnent. Le portage physique et psychique de Mme R. est nettement plus contenant que lorsque je l'ai rencontrée. Aria et sa maman sont plus apaisées, moins anxieuses. Elles profitent de ce temps de rencontre et de dialogue corporel que leur propose cet atelier. Dans ce bain interactif, toutes deux se sont (re)trouvées. Leurs interactions se sont harmonisées et la communication a été rétablie.

Pour ces trois dyades, nous constatons un lien entre les états émotionnels des partenaires plus apaisés et un dialogue tonico-émotionnel plus ajusté. Dans ces moments, les dyades se montrent plus sereines et l'attachement semble plus sécure.

b. Retour sur les ateliers

Au fil des séances, ces deux ateliers se sont révélés être très complémentaires. Ils furent le temps de rencontres interactives. Ils m'ont permis d'observer à la fois une dynamique de groupe et une dynamique individuelle.

La proposition d'un atelier autour de la danse, du mouvement permet d'aborder de nombreuses notions psychomotrices et d'étayer l'élaboration du lien mère-bébé. Mélange parfait entre temps d'échanges et temps de danse, la **mise en mouvement est à la fois psychique et corporelle**. Les mères peuvent **s'imprégner des mots posés à l'atelier qui résonnent en elles** et des jeux dansés proposés qui leur offrent la **potentialité d'entrevoir qu'il est possible de rencontrer son enfant autrement**. Ces ateliers offrent un *holding* psychique, par notre présence, notre écoute et nos mots. Cela a permis l'élaboration d'un *holding* physique plus ajusté et plus contenant des dyades lors des temps de portage, de bercements, de contact...

C'est le cas Mme R. qui, au moment de conclure l'atelier à l'Unité Ambulatoire Pédopsychiatrique (UAPP), a annoncé avoir **repris confiance en ses capacités maternelles**. Nous l'avons vu évoluer au cours des séances. Au départ Mme était hypervigilante, anxieuse et dans un rapport ambivalent avec sa fille alternant des moments de câlins, presque contraints, et des moments de rejets. Aria, quant à elle, est une petite fille anxieuse, qui avait du mal à entrer en relation, y compris avec sa mère. Au fil de l'atelier, nous avons pu la découvrir plus ouverte, plus joueuse, elle s'est même laissée aller à danser d'elle-même lors des 2 dernières séances. Au départ, ambivalente dans ses signaux adressés à sa mère emprunts d'un besoin de proximité et de distance à la fois ; elle explore maintenant aisément toute la pièce sous le regard serein de sa mère. La possibilité de s'éloigner pour mieux se retrouver semble avoir été intégrée par cette dyade, l'évolution vers une relation d'attachement plus sécurisée est flagrante. Mme observe sa fille et la laisse aller explorer sans la contraindre et surtout constate avec plaisir que sa fille revient spontanément vers elle pour un câlin avant de repartir. Mme est donc investie comme ce que J. BOWLBY nomme une *base de sécurité*, sur laquelle sa fille peut s'appuyer. Nous quittons une dyade plus sereine, qui, lors de la dernière séance se montre parfaitement ajustée corporellement dans un dialogue tonico-émotionnel sécurisée et contenant. L'une et l'autre se sourient, s'embrassent, rigolent. Mme verbalise avoir tiré beaucoup de bénéfices de cet atelier et penser régulièrement, dans son quotidien, aux mots et aux jeux dansés expérimentés ensemble. Elle dit avancer à petits pas avec sa fille mais

constater une évolution dans le quotidien et être désormais capable de mettre ses angoisses et ses interprétations parfois erronées à distance.

A la dernière séance, Mme B. évoque le plaisir qu'elle a pu prendre lors de ces temps. Elle nous livre que cet atelier a été l'occasion pour elle de partager des moments de qualité avec sa fille. Ces moments dansés, qu'elle dit avoir particulièrement appréciés, lui ont prouvé qu'une autre possibilité de rencontre et de relation était possible entre elle et sa fille. Mère et fille ont partagé des moments dans le plaisir du mouvement. Bien qu'elles ne semblent pas toujours se comprendre, elles ont pu trouver **une synchronie qui leur est propre**. Mme B. se montre tout de même plus à l'écoute de sa fille en reconsidérant, elle aussi, certaines de ses interprétations parfois biaisées. Julie exprime un plus grand besoin de proximité de sa maman lors des dernières séances. Cette petite fille que l'on connaissait bien agitée a pu, au fil du temps, se poser sur sa maman. Ces séances étaient l'occasion de partager un moment ensemble mais Mme évoque sa difficulté à inclure ces instants dans "*l'euphorie du quotidien*". Mme montre toujours beaucoup d'attentes et de projections envers l'investissement de ses propositions par sa fille et verbalise que leur relation sera plus simple lorsqu'elle sera plus grande. Elles pourront davantage partager des jeux (jeux de société, zoo, parc d'attraction...). Nous voyons bien ici que c'est une mère qui a besoin de médiatiser la relation à sa fille. Cela pointe d'autant plus la pertinence de lui avoir proposé cet atelier.

Cet atelier a également permis aux mamans aux vécus similaires d'échanger entre elles. Les réunir leur a permis de trouver du soutien, d'oser partager leur ressenti à quelqu'un qui les partage et les comprend.

Concernant Mme A. et Nina, elles ont pu bénéficier d'un espace-temps où seule leur rencontre dans un partage d'expérience importait. Nina a bien évolué sur le plan moteur. En expérimentant, en rythme et en miroir avec l'adulte différentes propositions d'appuis et de mouvements, sa conscience du corps et ses possibilités gestuelles se sont enrichies. Elle passe maintenant d'une position à l'autre de façon plus fluide et ne se retrouve plus bloquée comme avant. De plus, elle a rapidement su se saisir de l'espace pour interagir différemment avec sa mère. L'engagement corporel de Mme lors des séances est resté relativement pauvre et n'a pas beaucoup évolué. Ses mouvements étaient peu amples, restreints et peu divers. Elle est restée dans l'imitation de ce que l'on proposait et a exploré peu de nouveaux mouvements. Néanmoins, elle s'est montrée plus disponible psychiquement à sa fille dans le moment

présent. A chaque séance, son téléphone était rangé. Elle semble aussi avoir tiré des bénéfices de cet atelier car, depuis, elle a proposé des temps dansés à sa fille à la maison.

Nina et sa maman ont donc véritablement profité des temps dansés ensemble. La distance qui les séparait s'est progressivement réduite pour laisser place à une proximité physique et émotionnelle plus intime. Elles ont pu entrer en interaction d'une nouvelle façon, en sollicitant plusieurs canaux de communication simultanément. Elles ont pu partager de vrais moments de dialogue tonico-émotionnel de qualité où leur regard, le toucher, leurs voix étaient accordées. Le plaisir de la relation était perceptible sur leur visage et dans l'atmosphère ambiante (interaction affectives).

Ces ateliers leur ont offert un moment privilégié entre mère et fille, loin du quotidien, où les mères pouvaient être pleinement disponibles à leur fille et inversement. Leur corps ont pu se rencontrer dans un temps d'expression dansé, de mouvements. Ce corps à corps a progressivement mené à un accordage tonico-émotionnel et affectif entre maman et bébé. Chacune en tire des bénéfices qui lui sont propres et résonnent avec son histoire, son vécu et l'histoire de sa fille. Elles ont découvert que la relation mère-enfant ne nécessite pas de jeux ou de paroles systématiquement mais qu'une rencontre de corps à corps peut être riche.

CONCLUSION

La période périnatale est une période de vulnérabilité psychique, notamment en ce qui concerne la régulation des émotions et de l'humeur. Les dyades évoquées tout au long de ce mémoire présentent des difficultés d'ajustement tonico-émotionnel ainsi qu'une communication entravée du fait des troubles psychiatriques de la mère. Les ateliers à médiation danse ont été le lieu de nouvelles propositions thérapeutiques dans le cadre de soins psychiques et de l'accompagnement psychomoteur de dyades mère-bébé en périnatalité. Au travers de ces ateliers, c'est une clinique du lien qui nous est apparue, le lien à soi, le lien à l'autre.

En passant par l'exploration de mouvements, la danse dans le processus thérapeutique de dyades mère-bébé motive des élans de contact et de communication non-verbale et est un vecteur d'émotions. Elle mobilise l'unité psychocorporelle de ces mères souvent figées et relance ainsi la boucle interactionnelle si précieuse pour les premiers liens. Mères et filles se retrouvent dans un espace-temps structuré leur offrant une pleine disponibilité (psychique, corporelle et émotionnelle) pour s'élancer en synchronie dans une chorégraphie des interactions.

La danse est un support d'expressivité où les mots sont des gestes. Elle nous permet d'aller mettre au travail les ressentis internes, voire même inconscients, chez les patientes. La danse va pouvoir mobiliser subtilement ce qui ne peut pas être mis en mot et conscientisé. Elle offre ainsi une nouvelle vision de la relation, souvent teintée de négatif et de dépréciation quand la pathologie maternelle s'en mêle. La danse est donc un soutien pour "*apprendre à danser sous la pluie*". C'est une façon de modifier l'angle de vue de la mère et de lui permettre, au travers de sa propre mise en mouvement, de le vivre et de s'autoriser à le partager avec son bébé.

Les rythmes, les gestes, les variations, les appuis, les regards, les émotions, l'énergie, le jeu des distances, les sensations et le toucher, sont autant de possibilités de mise en relation offertes par la danse et permettant une rencontre primordiale entre la mère et son enfant. Au travers de ces ateliers, mères et filles ont pu expérimenter une danse sur une pulsation commune, dans un dialogue harmonieux. Ces ateliers ont été le lieu d'apparition d'une farandole d'interactions plus ajustées au sein des dyades.

Les mères ont toutes cheminé. Elles ont renoué avec des sensations corporelles, sources de plaisir et de nouveauté, et ont pu les faire expérimenter à leur filles dans un moment de plaisir partagé. Elles ont entrevu que la relation à leur enfant n'est pas figée et peut évoluer. Les ateliers ont donc contribué à renarcissiser les mères dans leurs compétences maternelles.

Ces expériences dansées ont été encadrées par des soignantes bienveillantes qui ont prêté leur appareil à penser pour soutenir l'avènement de cet espace transitionnel et permettre à ces dyades de se vivre autrement. La psychomotricienne se pose donc comme trait d'union dans cette relation et propose à la dyade, par le biais de cette médiation, une façon différente de s'envisager en incluant l'espace-temps de la danse.

Ces ateliers ont mis en lumière une imbrication étroite entre la médiation danse et le lien d'attachement mère-bébé. La rencontre entre la mère et son bébé inaugurée lors des temps-dansés a eu des répercussions sur les états tonico-émotionnels des membres de chaque dyade et sur leur possibilité d'ajustement à l'autre. Chaque individu s'est retrouvé plus serein avec lui-même et avec l'autre. Cette sérénité s'est ressentie au sein de la dyade et a été directement observable à travers un dialogue tonico-émotionnel plus ajusté avec des moments corporels partagés plus contenant. Danser a donc permis de sécuriser ce lien d'attachement au travers d'une autre dynamique relationnelle. Cette dynamique s'est créée dans un jeu alliant prise de distance et rapprochements corporels. Ce jeu symbolique n'a fait que soutenir l'éclosion de l'espace transitionnel au travers des mouvements dansés. Cette nouvelle rencontre mère-bébé s'est faite en corps à corps et a permis un accordage psycho-corporel et tonico-émotionnel ainsi qu'un renforcement des liens d'attachement.

Finalement, c'est une nouvelle naissance qui s'est jouée sous nos yeux. Cette rencontre archaïque entre deux corps, deux êtres humains, empêchée au départ pour ces dyades, a pu s'exprimer lors des temps dansés des ateliers. Mères et filles se sont rencontrées comme si c'était la première fois, avec la curiosité et l'envie de se découvrir et d'entrer en relation. Ensemble et en dansant, elles ont pu faire co-naissance.

Pour clore ce mémoire, je dirai que

“Chaque jour, il faut danser, fût-ce seulement par la pensée.”

(De Bratslav)

BIBLIOGRAPHIE

1. Association Pikler Loczy.(s. d.). *La motricité libre selon Emmi Pikler*. Consulté le 27 février 2023, à l'adresse <https://www.pikler.fr/emmi-pikler/la-motricite-libre-selon-emmi-pikler/>
2. Alvarez, L. & Golse, B. (2020). *La psychiatrie du bébé : Vol. 3e éd.* Presses Universitaires de France ; Cairn.info.
3. American Psychiatric Association. (2016). *DSM-V, Critères diagnostiques*, Edition Elsevier Masson.
4. Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2011). *Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. Enfances & Psy, n° 49(4), 14-19.*
5. Bayle, B. (2017). *Psychiatrie et psychopathologie périnatales*. Dunod.
6. Bion, W. R. (2003). In F. Robert (Trad.), *Aux sources de l'expérience* (p.19–129). Presses Universitaires de France.
7. Borghini, A. (2015). *Approche sensorimotrice et théorie de l'attachement : Au cœur du dialogue tonique. Enfance, N° 4(4), 501-512.*
8. Borghini, A. (2020). *La découverte sensorielle et émotionnelle du bébé* (Yapaka.be).
9. Bourgoin, E., Callahan, S., Séjourné, N., & Denis, A. (2012). *Image du corps et grossesse : Vécu subjectif de 12 femmes selon une approche mixte et exploratoire. Psychologie Française, 57(3), 205-213.*
10. Bullinger, A. (2015). Le développement psychomoteur. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 15-55). Érès.
11. Chatzimasoura, K. (2009). *Danser les yeux fermés. Corps, 7(2), 51-56.*
12. Cyrulnik, B. (2019). *Boris Cyrulnik et la petite enfance* (Nouvelle éd). Philippe Duval.
13. Cyrulnik, B. (2010), *Sous le signe du lien : une histoire naturelle de l'attachement*. Paris, Hachette, Paris.
14. 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.

15. Dayan, J., Andro, G., Dugnat, M., Thessier, N., Miljkovitch, R., & Rosenblum, O. (2014). *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité* (2e édition.). Elsevier Masson.
16. Doubrovik C., (2010). *La danse, une approche psychomotrice de l'image du corps*, [Mémoire de Psychomotricité]. Université de Bordeaux.
17. Duverger, P., Malka, J. (s. d.). "L'installation précoce de la relation mère-enfant", Service de pédopsychiatrie, CHU Anger
<http://pedopsychiatrie-angers.fr/cours-fichiers/Installation%20relation%20mere%20enfant.pdf>
18. Forestier, M., & Picaud, J.-C. (2019). *De la naissance aux premiers pas* (Nouvelle édition revue et corrigée). Érès éditions.
19. Giromini, F. (2017). *La spécificité de la médiation en psychomotricité. Enfances & Psy*, 76(4), 51-60.
20. Graziani, V. (2022). *La proxémie : L'espace dans le non verbal. Apostrof*.
<https://www.apostrof.fr/2022/09/proxemie-espace-non-verbal/>
21. Greilsammer, H. (2014). *La Thérapie par la danse et le mouvement : Entre corps, mouvement et parole. Bulletin du Centre de recherche français à Jérusalem*, 25, Art. 25.
22. Guedeney, N., Guedeney, A., & Tereno, S. (2021). *L'attachement, approche théorique* (5e éd). Elsevier-Masson.
23. Gueguen, M. (s. d.). *La psychomotricienne en réanimation et en médecine néonatale - Le Portage*. Consulté le 19 avril 2023, à l'adresse
http://morganegueguen.free.fr/le_portage_029.htm?fbclid=IwAR3th9DiGr4_D8WmBJVcgjOALGP8Bh4C9HU5_JCXJQcacqbe-rGH-r2R1ll
24. Kacha, N. (2011). *La fonction contenante du thérapeute*. In *Groupe, contenance et créativité* (p. 85-96). Érès.
25. Karsenty, L. (2005). *Le bébé, la résonance. Insistance*, 1(1), 177.
26. Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Danse-Dictionnaire de français Larousse*. Consulté le 15 avril 2023, à l'adresse
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/danse/21620>
27. Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Maternité-Dictionnaire de français Larousse*. Consulté le 25 mars 2023.

28. Lebovici, S., & Stoleru, S. (2003). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste : Les interactions précoces* (Nouvelle édition revue et augmentée). Bayard.
29. Lesage, B. (2005). *La danse dans le processus thérapeutique : Fondements, outils et clinique en danse-thérapie*. Érès.
30. Lumbroso, V., Contini, É., Cyrulnik, B., & Guffroy, E. (2010). *Premières années, premiers liens : L'attachement de l'enfant à ses parents*. De Boeck.
31. Marcelli, D. (2008). *Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : La surprise dans l'interaction mère-bébé*. *Spirale*, n° 44(4), 123-129.
32. Massoubre, C., Desfonds, E., & Bendjeddou, M. (s. d.). *Les troubles psychiatriques du péri et du post-partum*.
33. Mazet, P. & Stoléru, S. (1999). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant* (2e éd. rev. et complétée). Masson.
34. Missonnier, S. (Éd.). (2004). *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (1. éd). Presses Univ. de France.
35. Organisation Mondiale de la Santé. (s. d.). *Naissances prématurées*. Consulté 23 avril 2023, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
36. Parat, H., & Missonnier, S. (2019). *Maternités*. Presses Universitaires de France. Cairn.info.
37. Pitteri, F. (2018). Chapitre 13. Évaluation du tonus de l'adulte présentant des troubles psychiatriques. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p.193-200). De Boeck Supérieur.
38. Potel, C. (2012). *Corps brûlant, corps adolescent. Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents*. Érès.
39. Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (Nouvelle éd. augmentée). Érès.
40. Robert-Ouvray, S. B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère* (Nouvelle éd.). Desclée de Brouwer.
41. Rollo, L. (2021). *Portage thérapeutique en psychomotricité : La voix comme soutien à la création des liens*. [Mémoire de Psychomotricité]. Université de Bordeaux.
42. Sibony, D. (1995). *Le Corps et sa danse*. Le Seuil.

43. Smith, J. (2021). *Le GRAND livre des 1000 premiers jours de vie : Développement • Trauma • Approche thérapeutique*. Dunod.
44. Stella, L., Golse, B., & Denolle, C. (2019). « *Accordanse* » : *Une chorégraphie des interactions*. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 67(7), 335-341.
45. Stern, D., Bruschiweiler-Stern, N., Freeland, A., & Joly, C. (2009). *La naissance d'une mère*. O. Jacob.
46. Sutter-Dallay, A.-L., & Guédeney, N. (2010). *Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites*. *EMC - Psychiatrie*, 7(1), 1-8.
47. Sutter-Dallay, A.-L. (2008). *Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale*. *Le Journal des psychologues*, 261(8), 22-25.
48. Vacheron, M.-N. (2015). *Maternité et psychiatrie. Répercussions et prise en charge*. Lavoisier.
49. Vaivre-Douret L. (2013). *La qualité de vie du nouveau-né : Corps et dynamique développementale*, O. Jacob.
50. Vaivre-Douret L. (2004), *Précis théorique et pratique du développement moteur du jeune enfant*, Nouvelle édition, Paris, Pearson.
51. Vaysse, J. (2006). *La danse-thérapie : Histoire, techniques, théories* (Nouvelle éd. augmentée). l'Harmattan.
52. Vennat, T. (2022). *La danse, une médiation en psychomotricité*. Éditions Érès.
53. Vergès, I. F. (2014). *Danse improvisation et psychomotricité : Une boucle interactive*. [Mémoire de Psychomotricité]. Université de Bordeaux. 83.
54. Winnicott, D. W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Payot.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	6
I. LA CONSTRUCTION DU LIEN MÈRE-BÉBÉ : ÉLÉMENT INDISPENSABLE AU BON DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT	
Qu'en est-il lorsque la pathologie maternelle est présente ?	9
1. L'arrivée de bébé	10
a. Les processus psychiques et physiques au cours de la grossesse	10
b. La naissance : moment de mise en place des fonctions maternelles	13
2. Les compétences du nouveau-né au service du relationnel	15
a. Le bagage sensoriel du nourrisson	15
b. Les compétences motrices	17
c. Les compétences sociales	20
3. Co-construction du lien mère-enfant	21
a. Les interactions précoces...	21
b. ... pour aboutir à l'attachement	26
4. Comment la pathologie psychiatrique influence le lien d'attachement	29
a. La psychiatrie périnatale	29
b. Quelques pathologies psychiatriques maternelles	32
i. <i>La dépression post-natale</i>	32
ii. <i>Les troubles anxieux</i>	34
iii. <i>Le trouble bipolaire</i>	35
iv. <i>L'épisode mixte</i>	35
c. Les perturbations des interactions et leurs conséquences	36
i. <i>Perturbations quantitatives</i>	36
ii. <i>Perturbations qualitatives</i>	37
II. LA DANSE DANS LA PRATIQUE PSYCHOMOTRICE	40
1. La danse, un moyen d'expression universel	41
a. Qu'est-ce que la danse ?	41
b. Qui danse et pourquoi ?	42
	97

2. Apports en psychomotricité	44
a. Pour qui ?	44
b. Quels intérêts et bénéfices ?	45
3. La danse au service des corps et des troubles du lien	47
a. A la découverte d'un autre rapport au corps	47
b. Création de nouveaux liens	50
4. Les limites de ce médiateur dans l'accompagnement mère-bébé	51
a. Une régression trop brutale	51
b. Mise en jeu corporelle sous le regard d'autrui	52
c. Proximité et intimité	53
d. Portage potentiellement insécure	53
5. Ateliers danse et psychomotricité auprès de dyades mère-bébé en services de psychiatrie périnatale	55
a. Présentation des ateliers	55
b. Le cadre thérapeutique	59
III. LA DANSE AU SERVICE DE LA DYADE MÈRE-BÉBÉ EN UNITÉS DE PSYCHIATRIE PÉRINATALE - QUELS BÉNÉFICES ?	61
1. Créateur de liens entre la mère et son bébé	62
a. Présentation des participantes aux ateliers	62
b. S'éloigner, se rapprocher, se toucher, se rencontrer	63
<i>i. Des rencontres manquées</i>	63
<i>ii. Des rencontres dansées</i>	64
c. Expérimenter et conscientiser le dialogue tonico-émotionnel	72
2. Créateur de liens entre les mères	74
3. La danse et la psychomotricienne comme "interprètes" entre la mère et son bébé	78
a. La psychomotricienne comme "détoxificateur"	78
b. Une autre rencontre entre les dyades et le thérapeute	80
4. Un soutien au développement psychomoteur	82
	98

5. Et l'accordage se fit..!	85
a. Vignettes cliniques	85
b. Retour sur les ateliers	88
CONCLUSION	91
BIBLIOGRAPHIE	93
TABLE DES MATIÈRES	97
ANNEXES	100

ANNEXES

Annexe 1 (1)

Position de départ








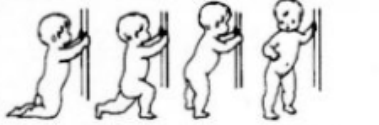

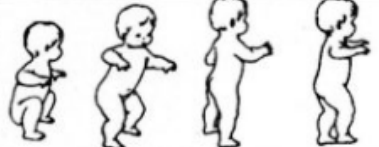
<i>Tableau 4 : Déroulement du développement moteur autonome, extrait de : Pikler E. – Tardos A. « Grandir autonome », èrs 2017</i>	
En partant du dos, jusqu'à la rotation sur le ventre, l'enfant se retourne et roule	 
Déroulement de la reptation sur le ventre jusqu'au 4 pattes sur les genoux et les mains	 
Comment se déroule le processus menant à la position assise	 
L'enfant apprend à se mettre debout	 
Il se met debout librement et apprend à marcher sans se cramponner	 

Tableau 4 : Déroulement du développement moteur autonome, extrait de : Pikler E. – Tardos A. « Grandir autonome », èrs 2017, p.23

Annexe 2 : Grille d'observation utilisée lors des ateliers

OBSERVATIONS
Atelier Danse-portage Mère-enfant
<u>Observations générales de la séance :</u>
Du côté des bébé s :
→ <u>Motricité globale:</u>
→ <u>Régulation tonique:</u>

→ Régulation des états émotionnels:

→ Demande corporelle :

→ Regards :

→ Sourires :

→ Vocalises :

Du côté des **mamans** :

→ Motricité globale

→ Régulation tonique

→ Demande corporelle (mise à niveau de bébé ou non)

→ Regards

→ Sourire

→ Verbalisations

Du côté des **dyades**:

→ Interactions corporelles (toucher / portage / dialogue tonico-émotionnel)

→ Interactions visuelles

→ Interactions vocales

→ Distances entre les corps (intra et inter dyades)