



**HAL**  
open science

**Berçer la mère pour qu'elle berce à son tour : mémoire  
d'un projet expérimental en maternité. Penser  
l'accompagnement psychomoteur des femmes en phase  
subaiguë du post-partum**

Ruth Gomez, Anouk Haladjian

► **To cite this version:**

Ruth Gomez, Anouk Haladjian. Berçer la mère pour qu'elle berce à son tour : mémoire d'un projet expérimental en maternité. Penser l'accompagnement psychomoteur des femmes en phase subaiguë du post-partum. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04697366

**HAL Id: dumas-04697366**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04697366v1>**

Submitted on 13 Sep 2024

**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.

**BERCER LA MÈRE POUR QU'ELLE BERCE À SON TOUR**

Mémoire d'un projet expérimental en maternité

~

**Penser l'accompagnement psychomoteur des femmes  
en phase subaiguë du post-partum**

Mémoire présenté par Ruth GOMEZ et Anouk HALADJIAN

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





## REMERCIEMENTS

---

Ce mémoire est le fruit d'une vocation commune qui nous suit depuis bien longtemps et ne nous a jamais quittées : accompagner les femmes dans leur maternité. Nous tenons donc à remercier chaleureusement celles et ceux qui ont rendu cela possible.

Un grand merci à toute l'équipe de la maternité pour nous avoir ouvert les portes du service mère-enfant cette année. À Laurence Pavie et Hélène Ostermann, pour avoir accueilli notre projet avec enthousiasme et nous avoir permis de le mener à bien si librement. À Diane Garnaud et Joséphine Fron pour nos échanges toujours enrichissants.

À toutes les femmes que nous avons accompagnées cette année et qui nous ont fait confiance en nous laissant prendre part à ces moments si intimes, si précieux. Nous en sommes honorées et les en remercions sincèrement.

Un immense merci à tous nos enseignants et maîtres de stage, qui nous ont accompagnées durant ces études et ont largement contribué à forger notre identité de psychomotriciennes en devenir. À Annie Fouquey, Christophe Lefèvre, Claire Sirmai, Geneviève Ponton, Isabelle Caut, Martine Copeland, Véronique Defiolles-Peltier... qui êtes pour nous si inspirants.

Nous remercions plus particulièrement notre référente de mémoire, Leïla Bourguiba. Merci pour ton accompagnement, ta sensibilité et ta pertinence. Ton implication sans faille auprès des mères est pour nous un modèle à suivre.

Merci infiniment à nos précieux relecteurs, Eléonore, Marc et Annick.

Enfin, nous évoquerons notre binôme qui, par ses moments de complicité et d'émotions partagées, a fait de ce projet une magnifique aventure humaine dont nous pouvons être fières.

*Et plus personnellement...*

À Ruth. Je suis chanceuse d'avoir croisé ton chemin... mais notre histoire ne s'arrête pas là. Professionnelle brillante, amie précieuse, mère formidable, tu es bel et bien une montagne, crois-moi.

À ma famille, qui croit en moi depuis toujours.

À Sylvain, qui partage ma vie et m'accompagne dans chacun de mes projets depuis près de vingt ans. Celui-ci n'aurait pas pu voir le jour sans toi. Merci pour ton soutien inconditionnel.

À Ziem et Robin, nos fils extra-ordinaires dont je suis si fière d'être la maman. Merci d'avoir compris et supporté mes absences durant ces années d'études.

À mes parents, qui nous ont tout donné. Votre exemple me pousse à donner le meilleur à mon tour. Avec tout mon amour, merci.

À ma grand-mère Claude, que j'aime tendrement. Ta présence, même à distance, a toujours été une source d'équilibre pour moi.

À ma Louiza, petite prunille. Merci d'être née !

Vous êtes mon ancrage, ma boussole et mon phare... je puise ma force en vous tous.

*Anouk*

À ma *ama* et à mon *aita*, votre soutien sans faille me donne des ailes à chaque étape de ma vie. *Gracias por apoyarme en todo, siempre.*

À Marc, merci de participer à mes folles aventures, mais aussi de partager les tiennes avec moi. Quelle chance j'ai que tu ne lâches jamais ma main !

À Adrian et à Cecilia, mes tourbillons. Les mots ne suffisent pas pour décrire le bonheur que m'apporte être votre *amatxu*.

À mes grand-mères, Felisa et Begoña qui m'inspirent et à qui je pense tous les jours.

À vous : Ainara, Maite, Lorena... et la *team* Aqueduc, vos mots, votre soutien et votre amitié m'ont accompagnée pendant ces 3 années. Quelle joie de vous savoir si présentes !

Et à Anouk, que j'admire en tant qu'amie, femme, mère, psychomotricienne... et bien sûr binôme. Travailler à tes côtés est un cadeau, la cerise sur mon gâteau, la rondelle de citron dans mon coca. Merci.

*Ruth*

## AVANT-PROPOS

---

Ce mémoire entre dans le cadre de l'obtention du diplôme d'état en psychomotricité et il est issu d'un stage expérimental. Cet avant-propos a pour objectif de clarifier certains points qui guideront le lecteur à travers ses pages.

Pour concevoir et écrire ce mémoire à deux, l'emploi de la première personne du pluriel "NOUS" était une évidence. Nous avons partagé toutes les expériences et le travail de ces neuf derniers mois, tant pendant le stage que dans la réflexion et l'écriture du mémoire. Néanmoins, lors de nos séances de psychomotricité, chacune a adopté un rôle très précis. Tour à tour, l'une menait la séance au chevet de la patiente tandis que l'autre adoptait une posture d'observation active et veillait au respect du cadre. La psychomotricité s'inscrit dans un champ de confidentialité spécifique et de partage d'expériences (toucher, mouvement, échanges). La posture du psychomotricien implique alors une certaine subjectivité, tant dans les observations menées sur le terrain clinique que dans la relation thérapeutique, les ressentis et les perceptions au contact des patients. Pour cette raison, nous avons décidé d'employer la première personne du singulier "JE", dans le cas particulier des descriptions de cas cliniques, issus d'une approche et d'une expérience plus personnelle.

En outre, la façon de nommer nos patientes dans le texte a aussi été sujet de réflexion. Alors, quand il s'agira d'une citation brève nous garderons l'appellation formelle c'est-à-dire, le statut et l'initiale du nom de famille ("Madame B"). La dénomination "patientes" est venue compléter notre vocabulaire non sans quelques questionnements. Si, en tant que futures psychomotriciennes, nous travaillerons sur prescription médicale, cela n'a pas été le cas lors de ce stage expérimental dans une maternité où nos prises en charges psychomotrices ont fait suite à une indication institutionnelle explicite et formulée par les cadres du service. Toutefois, dans certains passages nous qualifierons de "patientes" les mères que nous avons rencontrées car, dans le cadre de nos actions, nous avons tissé une relation thérapeutique avec chacune d'entre elles.

Enfin, nous parlerons le plus souvent de la "mère". Loin d'être un acte volontaire d'oublier le père ou co-parent, c'est une vraie volonté de parler de la population qui fait objet de ce mémoire, à savoir la femme, dans son cheminement pour devenir mère.

# SOMMAIRE

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introduction</b>   | <b>7</b>  |
| <b>I. Contexte de stage et problématique</b>  | <b>8</b>  |
| I.1. PRÉSENTATION DU TERRAIN CLINIQUE .....   | 8         |
| I.2. LA GENÈSE DE NOTRE STAGE EXPÉRIMENTAL .....  | 12        |
| I.3. RÉFLEXIONS SUR LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITÉ EN SERVICE DE MATERNITÉ .....  | 14        |
| <b>II. Les bouleversements psychocorporels de la femme dans le processus de maternalité</b>                               | <b>15</b> |
| II.1. LES PROCESSUS PHYSIOLOGIQUES .....  | 16        |
| II.1.A. Bouleversements physiologiques de la grossesse à l'accouchement .....   | 16        |
| II.1.B. Bouleversements physiologiques du post-partum .....   | 18        |
| II.1.C. Les différents suivis de la femme durant le processus de maternalité.....   | 21        |
| II.2. LES PROCESSUS PSYCHOCORPORELS.....  | 25        |
| II.2.A. Rêver son enfant.....   | 25        |
| II.2.B. La maternalité à travers le monde, représentations culturelles .....  | 27        |
| II.2.C. Maternalité et bouleversements psychomoteurs .....  | 30        |
| II.2.C.a. La psychomotricité à la confluence du soma et de la psyché .....  | 30        |
| II.2.C.b. Sémiologie psychomotrice de la femme en devenir mère .....  | 33        |
| II.3. UNE PÉRIODE DE VULNÉRABILITÉ : ENTRE PROCESSUS NORMAL ET PATHOLOGIQUE .....   | 38        |
| II.3.A. Quand les mères témoignent : variabilité des vécus.....   | 39        |
| II.3.B. Entre stress et angoisse .....  | 41        |
| II.3.C. Facteurs environnementaux de vulnérabilité .....  | 43        |
| II.3.D. Troubles psychiques et pathologies du post-partum.....  | 46        |
| II.4. LA BULLE PSYCHOCORPORELLE DE LA FEMME DURANT LA PÉRIODE SUBAIGUË DU POST-PARTUM .....                               | 51        |
| II.4.A. Être habitée par la vie : le fœtus cet autre en soi .....   | 51        |
| II.4.B. L'enveloppe institutionnelle : penser le cadre thérapeutique dans sa dimension contenante .....                   | 52        |
| II.4.C. Le séjour en maternité, berceau des liens précoces.....   | 54        |
| <b>III. Un projet de soin psychomoteur : penser l'accompagnement des femmes en période subaiguë du post-partum</b>        | <b>56</b> |
| III.1. CHEMINEMENT CLINIQUE ET RÉFLEXIONS SUR LE CADRE .....  | 56        |
| III.1.A. Indications et limites .....   | 56        |
| III.1.B. Méthodologie et projets thérapeutiques .....   | 59        |
| III.1.B.a. Les prises en soins individuelles .....  | 59        |
| III.1.B.b. La fonction contenante du groupe.....  | 60        |
| III.1.B.c. Le rôle du binôme.....   | 62        |
| III.2. LA RELAXATION PSYCHOMOTRICE : UNE MÉDIATION AU SERVICE DES FONCTIONS PSYCHOMOTRICES IMPACTÉES EN POST-PARTUM ..... | 63        |
| III.2.A. Les différents temps de la relaxation psychomotrice .....  | 63        |

|   |            |
|---|------------|
| III.2.B. <i>La respiration lors de la relaxation psychomotrice</i> .....                                      | 67         |
| III.2.C. <i>Le toucher thérapeutique comme porte d'entrée du soin psychomoteur</i> .....                      | 69         |
| III.2.C.a. <i>La peau comme lieu de rencontre et élément fondateur des enveloppes psychocorporelles</i> ..... | 70         |
| III.2.C.b. <i>La dimension de régulation tonique et de dialogue tonico-émotionnel lors du toucher</i> .....   | 72         |
| III.2.C.c. <i>Le toucher comme soutien du schéma corporel</i> .....   | 73         |
| III.2.C.d. <i>Toucher à l'image du corps</i> .....  | 74         |
| III.2.C.e. <i>L'effet palliatif du toucher thérapeutique au service des liens précoces</i> .....              | 75         |
| III.3. ILLUSTRATIONS CLINIQUES .....  | 76         |
| III.3.A. <i>Retrouver sa puissance naturelle : rencontre avec Giuseppina et son enfant rêvé</i> .....         | 76         |
| III.3.B. <i>Francesca : quand la culpabilité prend le dessus</i> .....  | 80         |
| III.3.C. <i>Pauline et son corps en désaccord</i> .....   | 83         |
| <b>IV. Discussion</b> .....   | <b>86</b>  |
| IV.1. RETOUR DES PATIENTES .....  | 86         |
| IV.2. OBSERVATIONS PSYCHOMOTRICES PENDANT LES SÉANCES .....   | 87         |
| IV.2.A. <i>L'entretien</i> .....  | 87         |
| IV.2.B. <i>La grille d'observations psychomotrices</i> .....  | 89         |
| IV.2.C. <i>La verbalisation</i> .....   | 90         |
| IV.2.D. <i>Les interactions précoces</i> .....  | 93         |
| IV.3. COLLABORATION AVEC L'ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE .....  | 94         |
| IV.4. TEMPORALITÉ ET TRACES .....   | 96         |
| IV.5. BILAN DE NOTRE PROJET .....   | 97         |
| <b>Conclusion</b> .....   | <b>99</b>  |
| <b>Bibliographie</b> .....  | <b>100</b> |
| <b>Annexes</b> .....  | <b>117</b> |
| <b>Glossaire</b> .....  | <b>160</b> |
| <b>Résumé</b> .....   | <b>165</b> |



## INTRODUCTION

---

Les femmes, durant tout le processus de maternité, rencontrent des bouleversements tant physiologiques que psychiques. Bien que considérées comme non pathologiques, les étapes périnatales représentent une période de grands remaniements et de vulnérabilité, pouvant être source de réels traumatismes et de troubles psychiques chez les mères. De ce fait, il est nécessaire que les femmes soient bien accompagnées durant cette période périnatale charnière, dans une dimension de prévention et de dépistage. Cette volonté commune d'accompagner les femmes en période périnatale est à l'origine de nos reconversions professionnelles mutuelles. Elle nous a aussi réunies pour mener à bien ce beau projet de stage expérimental qui a débuté en septembre 2023 dans le service mère-enfant d'une maternité parisienne. Si la psychomotricité a depuis longtemps trouvé sa place auprès des nouveau-nés dans les services de néonatalogie, nous avons constaté et questionné l'absence de psychomotriciens dans la prise en soin des mères après leur accouchement. Pourtant, nous sommes intimement convaincues que prendre en soin la mère, c'est indirectement prendre soin de son enfant. Nous avons donc fait le choix de penser un projet d'accompagnement psychomoteur pour les femmes en période subaiguë du post-partum.

Pour pouvoir tisser les premiers liens d'attachement avec son enfant et lui prodiguer des soins adaptés, il est fondamental que la mère soit en mesure de mobiliser toutes ses ressources internes. Il nous semble donc essentiel de penser des soins périnataux reliant les dimensions psychiques, physiques et affectives. En ce sens, la psychomotricité trouverait alors toute sa place en s'inscrivant dans une réelle complémentarité aux soins déjà existants. Après avoir présenté le contexte de notre stage, nous verrons dans quelle mesure les femmes peuvent être fragilisées durant le processus de maternité. Nous dresserons ensuite un tableau des bouleversements psychocorporels et des items psychomoteurs pouvant être impactés chez la femme pendant cette période. Nous mettrons ainsi l'accent sur le post-partum subaigu qui a été au cœur de notre clinique cette année et présenterons le projet de soin psychomoteur que nous avons mis en place. Nous verrons alors comment la relaxation psychomotrice a pu s'intégrer à la prise en charge de nos patientes. Enfin, avant de conclure, nous proposerons une analyse réflexive de nos interventions.

# I. CONTEXTE DE STAGE ET PROBLÉMATIQUE

---

## I.1. Présentation du terrain clinique

Nous réalisons un stage expérimental au sein d'un groupe hospitalier parisien. Cet établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) est financé par la sécurité sociale et les dons de particuliers et d'entreprises. Les soins aux patients sont pris en charge en totalité, en dehors des personnes bénéficiant en amont d'une aide médicale de l'État.

En France, les maternités sont classées selon le type de patientes qu'elles sont en mesure d'accueillir :

- **Les maternités de niveau 1** concernent les grossesses à bas risque. Il s'y trouve une unité obstétricale pour la grossesse et l'accouchement, et seuls les bébés atteints d'une affection sans gravité -ne nécessitant donc pas d'hospitalisation en néonatalogie- peuvent y être pris en charge.

- **Les maternités de niveau 2** possèdent une unité de néonatalogie intégrée, et accueillent les femmes dont les grossesses sont à risques ou multiples. Ces maternités sont elles-mêmes divisées en deux : de type 2A, accueillant les bébés prématurés supérieur à 33 SA avec un poids minimal de 1500 grammes, et de type 2B, proposant une unité de soins néonataux intensifs.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2012), deux sortes de suivis sont catégorisés en fonction des risques identifiés :

Le suivi A est mis en place lorsque la grossesse est à faible risque, et peut être assuré par une sage-femme ou un médecin.

Le suivi B est mis en place lorsqu'une situation à risque est détectée : si le risque de complications pour la mère ou l'enfant est élevé, le suivi doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

- **Les maternités de niveau 3** comportent une unité supplémentaire : le pôle de réanimation néonatale. Cette unité permet d'accueillir des bébés nés grands prématurés, soit avant 33 SA.

La maternité dans laquelle nous avons évolué cette année est classée **niveau 1** : les femmes suivies présentent donc des grossesses à faibles risques. Néanmoins, elle dispose des

médecins et du matériel nécessaires pour gérer les complications éventuelles et transférer la mère et le bébé dans d'autres unités si nécessaire. La volonté de la structure est d'accompagner les femmes au plus proche de leur projet de naissance, et de la manière la plus physiologique possible. Nous y avons perçu un rythme et une ambiance générale plutôt calme et les bébés que nous y avons rencontrés étaient globalement bien portants. Cela contraste avec l'agitation et le bruit de certains services de réanimation néonatale, avec leur multitude de machines et les situations souvent très complexes qu'y rencontrent les familles.

### Le cadre spatial

En parallèle du service de maternité, l'hôpital compte une unité de soins palliatifs et **l'un des plus grands pôles maternité-fertilité de l'Est de Paris**. Elle intègre des expertises gynécologiques et obstétricales, d'assistance médicale à la procréation, d'andrologie et d'endocrinologie. Chaque service est installé à un étage distinct.

Au **rez-de-chaussée** se situent les consultations, le secrétariat, les prélèvements, les bureaux médicaux et le service d'échographie.

Au **deuxième étage** se trouve le secteur mère-enfant dans lequel nous avons principalement évolué cette année. Il comporte trente-sept lits dont six en "chambre kangourou", proposés aux familles dont l'hospitalisation sera plus longue. Il dispose également de cinq chambres doubles.

Au **troisième étage** se situe le secteur des naissances, qui comporte 6 salles d'accouchement dont une salle nature, deux salles de consultation d'urgence, trois salles de pré-travail, deux blocs obstétricaux, une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), et une salle de réanimation néonatale.

L'entrée du service mère-enfant se fait par un ascenseur ou un escalier menant au deuxième étage et donnant sur un long couloir. Dans ce couloir se trouvent les chambres des familles, numérotées. Le patio, la pouponnière, la salle de repos des soignants, le poste de soins et les bureaux des cadres de santé du service sont situés au même étage.

La pouponnière est un espace dédié aux nouveau-nés : dans cet espace s'effectuent les premières pesées et les soins tels que la photothérapie (cf. annexe 1). Le patio est un espace public où les familles peuvent recevoir de la visite, se restaurer, et où ont lieu les réunions

d'information la veille des sorties. Nous avons choisi cet espace convivial pour proposer nos séances groupales de psychomotricité.

#### Le cadre temporel :

Dans le service mère-enfant, la temporalité est rythmée par les soins aux mères et aux bébés, qui ont principalement lieu en chambre le matin. Si le service est accessible au co-parent sans restriction d'horaire, les visites des proches (dont la fratrie), ne sont en revanche possibles qu'entre seize et vingt heures. Cela permet aux mères de pouvoir se reposer dans un service relativement calme jusqu'à seize heures. Les retours au domicile se font le plus souvent en début d'après-midi, après un examen médical de sortie. Les trois repas journaliers sont pris en chambre, au moyen de plateaux repas.

L'équipe de soins se réunit à plusieurs reprises dans la journée. Au petit matin lors du changement d'équipe, ainsi qu'en milieu de journée, des transmissions sont faites dans chaque service. Par ailleurs, un staff médical a lieu chaque matin durant lequel les professionnels échangent au sujet des femmes hospitalisées. C'est aussi le moment des transmissions entre l'équipe de nuit et celle de jour, marquant au niveau temporel le changement des personnels qui accompagnent les familles.

#### Le cadre humain :

L'équipe de la maternité est pluridisciplinaire : du suivi de la grossesse à la suite de couches, les professionnels de santé collaborent pour accompagner au mieux les familles. Chaque profession est légalement régie par des décrets de compétences inscrits dans le Code de la santé publique (quatrième partie, des articles L4001-1 à L4444-3).

L'équipe de direction de la maternité est composée du chef de service dont le rôle principal est d'assurer le bon fonctionnement du service, d'une cheffe de service adjointe, d'une sage-femme cadre supérieure et de deux sages-femmes cadres de santé. Ces professionnels coordonnent les différents actes de soins médicaux et paramédicaux.

Les sages-femmes de l'équipe sont polyvalentes et agissent dans tous les services : en consultations, en séances de préparation à l'accouchement (cf. annexe 2), en salle de naissance, en secteur mères-enfants, ainsi qu'aux urgences de la maternité. Si les grossesses sont considérées à bas risque, elles peuvent pratiquer les mêmes actes que les médecins. Elles

rencontrent les futures mères lors du premier entretien administratif et médical puis, à l'entretien prénatal précoce. Prenant en compte le contexte psycho-social dans lequel se présentent les futurs parents, les sages-femmes pourront informer et orienter les mères au plus proche de leurs besoins spécifiques. Présentes lors de l'accouchement, elles surveillent son déroulement et réalisent les soins nécessaires à la récupération de la mère.

Les médecins obstétriciens de la maternité peuvent assurer le suivi de la grossesse, superviser l'accouchement et pratiquer si besoin des gestes chirurgicaux. Ils rencontrent les femmes une première fois lors d'un entretien administratif et médical, vers douze semaines d'aménorrhées. A chaque trimestre de la grossesse, un médecin gynécologue-obstétricien ou une sage-femme effectue des échographies en intra ou extra-hospitalier, permettant la surveillance du développement foetal.

En fin de grossesse, les femmes vont rencontrer un des médecins anesthésistes réanimateurs de la maternité qui pourra, avec elles, anticiper les différents moyens de prise en charge de la douleur durant l'accouchement. Le médecin anesthésiste bénéficie de l'aide d'un infirmier anesthésiste. Ces derniers réalisent les différentes anesthésies possibles, assurant également la réanimation maternelle si nécessaire, voire la réanimation de l'enfant en cas d'absence du pédiatre.

Les psychologues sont présents tout au long du parcours des familles au sein de la maternité. Dans le cas de parcours de procréation médicalement assistée (PMA), ils accompagnent les femmes bien avant la conception, jusqu'au retour au domicile avec parfois des consultations plusieurs mois après l'accouchement. Ils réalisent des entretiens individuels, et coordonnent des groupes de parole ouverts de façon mensuelle.

Les pédiatres, spécialistes de la santé des enfants, prennent en charge le bébé de la salle de naissance à la sortie de la maternité. Ils peuvent intervenir dans la surveillance d'anomalie foetale ou de maladies génétiques familiales transmissibles, et vont participer au diagnostic anténatal. Le bébé est examiné une première fois par un pédiatre dans les vingt-quatre heures suivant l'accouchement pour vérifier sa vitalité, et une seconde fois lors de l'examen de sortie. Lors de cette deuxième consultation obligatoire, une attention particulière est portée sur les réflexes neurologiques, ainsi que sur le dépistage de la luxation de la hanche et de la surdité néonatale (cf. annexe 3).

Pour prendre soin du nouveau-né, les infirmières puéricultrices conseillent et accompagnent les parents au sein du secteur mère-enfant. Elles réalisent, avec les auxiliaires de puériculture, les mesures, prises de températures et pesées quotidiennes des bébés. Les aides-soignantes administrent, quant à elles, différents soins aux mères et à leurs bébés, de la salle de travail aux chambres du service mère-enfant. Elles veillent également au respect des mesures d'hygiène dans les différents services.

Enfin, une assistante sociale assiste les familles ayant plus spécifiquement besoin d'être informées, orientées, ou aidées. Elle permet de faire le lien entre la maternité et la vie extérieure en prévision du retour au domicile.

## **I.2. La genèse de notre stage expérimental**

La psychomotricité est un métier de santé récent. Le diplôme de psycho-rééducateur fut inscrit par le décret n° 74-112 le 15 février 1974 (Journal Officiel de la République française, 1974, n°42), marquant le début de la reconnaissance d'un métier jusqu'alors sans diplôme ni décret de compétences, et pourtant déjà bien implanté dans certaines institutions, notamment auprès des jeunes enfants.

Parallèlement, quelques mois plus tard, le 26 novembre 1974, Simone Veil, alors ministre de la santé, présenta devant l'assemblée son projet de loi sur l'avortement (Piquemal et Destelle, 2014, paragr.1). À cette époque, la maternité n'était pas un choix pour nombre de femmes et, selon l'Insee, l'âge moyen pour devenir mère était de 24 ans (Insee, 2017, paragr.1) contre 31 ans en 2023 (Insee, 2024, chapitre 3).

Au matin des années 50, la tradition de devoir enfanter dans la douleur commença à peine à se déconstruire. C'est lors d'un voyage en URSS en juin 1951 que Fernand Lamaze, accoucheur, prit connaissance des pratiques soviétiques issues des travaux d'Ivan Pavlov. Il proposa aux femmes qu'il accompagnait une méthode psycho-physique de gestion de la douleur, composée de vidéos et schémas sur l'accouchement ainsi que de séances d'instruction à la respiration et à la relaxation. Certaines maternités parisiennes s'en inspirèrent et proposèrent dès lors ces accouchements "sans douleur" ou ASD (Colasse, 2016, pp.13-15) ouvrant ainsi la voie aux futures techniques analgésiques :

“Cette méthode, oubliée aujourd’hui, a bien fonctionné jusque dans les années 1970, permettant à des générations de femmes de se sentir fières d’avoir réussi à mobiliser toutes les ressources de leur corps pour mettre au monde leur enfant dans la sérénité. Il reste que la méthode a perdu peu à peu de son attrait, car elle nécessitait un fort investissement de la part des parturientes et du personnel médical.” (Morel, 2018, pp.193-199)

En 1956, six séances de préparation à la naissance sont remboursées par la sécurité sociale. Dans les années 60, ce nombre passera à huit (Colasse, 2016, p.14). Ces mesures allaient dans le sens d’une reprise de contrôle de leur propre maternité par les femmes. Car en effet, jusque-là, les nouvelles pratiques de médicalisation de la naissance, bien qu’ayant permis de réduire le taux de mortalité materno-foetale en couches, avait dépossédé les femmes de leur propre accouchement. Celles-ci étaient fortement incitées à accoucher à l’hôpital, en posture gynécologique systématique, et subissaient un grand nombre d’actes instrumentaux dits “de confort” pour les obstétriciens (épisiotomies, césariennes...). A titre d'exemple, le gynécologue De Lee pratiquait et recommandait en 1921 une utilisation systématique de l'épisiotomie médio-latérale : le terme d’ « épisiotomie préventive » était né. (Mazzini, 2019, p.16)

En Mars 1975, le mensuel Parents (magazine d’influence croissante depuis sa première publication en 1926 et tiré à l’époque à plusieurs centaines de milliers d’exemplaires) revendiqua : « L’accouchement sans souffrance pour toutes » (Caron-Leulliez et George, 204, pp. 202-203). Si dans les années 1980 la péridurale représentait 1 à 3% des accouchements, en 1998 elle sera administrée dans 68% des cas. En 1994 Simone Veil mettait en place son remboursement à 100% par la sécurité sociale (France Assos Santé, 2014, paragr. 1). En 1997, l’OMS prenait position contre une utilisation trop large de l’épisiotomie de routine, qui augmenterait de façon significative la douleur en post-partum (Mazzini, 2019, p.17). Depuis, la volonté de permettre aux femmes de redevenir actrices de leur propre accouchement et de reprendre le contrôle de leur corps fait consensus.

Les recommandations nationales vont dans le sens d’un accouchement respectant le corps et la volonté de chaque femme. Cela passe par un meilleur dialogue entre le corps médical et les patientes, mais aussi par une éducation thérapeutique (séances de préparation

à la naissance), une meilleure prise en charge de la douleur et l'émergence des projets de naissance.

En outre, la HAS publie en 2014 ses recommandations de bonnes pratiques autour de l'accouchement (cf. annexe 4), parmi lesquelles figurent l'information des femmes et des couples afin de les aider à faire des choix éclairés, ainsi que l'accompagnement de la prise en charge de la douleur. Ces mesures traduisent le besoin d'une prise en charge adaptée à la période de la maternité, tant sur le plan somatique, que psychique.

Durant toutes ces années, le métier de psychomotricien évolue. En 1985 le psycho-rééducateur devient psychomotricien et en 1988 le décret de compétences (cf. annexe 5) dessine plus précisément les champs d'action et les actes thérapeutiques inhérents à ce métier déjà présent dans le milieu hospitalier public. Les psychomotriciens, en tant qu'auxiliaires médicaux, prennent désormais en charge des patients de tous âges, présentant des problématiques variées tels que des troubles des représentations corporelles et de la régulation tonico-émotionnelle parmi bien d'autres.

Après avoir constaté une absence de psychomotriciens sur le terrain clinique du post-partum, et en nous appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques de la HAS ainsi que sur notre décret de compétences, nous avons abouti à des questionnements qui ont nourri la création de notre projet de stage expérimental.

### **I.3. Réflexions sur la place de la psychomotricité en service de maternité**

Devant cet enjeu majeur de santé publique que représentent les troubles psychiques du post-partum (HAS, 2020), **comment la psychomotricité peut-elle s'inscrire dans une dimension d'accompagnement, de dépistage et de prévention des troubles psychiques du post-partum ? Quels seraient alors les rôles et la place du psychomotricien auprès des mères en service intra-hospitalier de maternité ? Et enfin, quels accompagnements le psychomotricien peut-il proposer aux mères en phase subaiguë du post-partum ?**

Dans notre cheminement vers les réponses à ces interrogations, nous tenterons de comprendre les facteurs de vulnérabilité, tant personnels qu'environnementaux, auxquels sont exposées les femmes durant cette période.



## II. LES BOULEVERSEMENTS PSYCHOCORPORELS DE LA FEMME DANS LE PROCESSUS DE MATERNALITÉ

---

Selon le dictionnaire Larousse, la **grossesse** est définie comme « état de la femme entre la fécondation et l'accouchement » (Larousse en ligne, s.d.). Sous un œil psychomoteur, cette définition qui dresse un cadre temporel manque d'une précision topographique. La grossesse détermine le processus de création d'un nouvel être humain à l'intérieur des organes génitaux féminins.

---

*“Le petit de l'homme grandit au creux du ventre de sa mère... C'est son nid, sa forteresse”*

(De Gasquet, 2009, p.9)

---

La grossesse dure environ neuf mois et se divise en trois trimestres. Plus précisément une grossesse à terme s'étend sur 41 SA (semaines d'aménorrhée, à compter du dernier jour des règles) ou 39 SG (semaines de grossesse, depuis le jour de la conception de l'embryon). Le terme de la grossesse aboutit à l'accouchement. Ce dernier est « l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles » (Merger et Melchior, 2001, pp. 225-230). Au cours de la grossesse et de l'accouchement, les femmes vivent de nombreux remaniements physiques et physiologiques et ressentent des symptômes variés qui évoluent. Nous tenterons alors de comprendre ce qu'elles peuvent traverser, afin d'avoir matière à penser notre projet d'accompagnement psychomoteur. Pour cela, nous commencerons par définir les termes maternité et maternalité, qui nous suivront tout au long de ce mémoire.

La **maternité** est définie par le dictionnaire Larousse comme “l'état ou qualité d'être mère” (Larousse en ligne, s.d). Le psychiatre et psychanalyste P. C. Racamier conçoit en 1960 le mot “**maternalité**” comme une réponse au concept anglais *motherhood* (Mathon-Tourné, 2013, pp. 269-287). Ce terme inclut “tous les processus psychologiques affectifs liés au désir

et à la réalisation de la maternité qui se développent et s'intègrent chez la femme" (Racamier, 1978, p.43). Il décrit ces processus comme étant une « crise d'identité » qui comporte le passage d'enfant de sa mère à celui de la mère de son enfant. J.M. Delassus (2010, p.33) conclut que cette notion, la maternalité, "donne l'impression de dire d'un mot tout le mystère de la maternité". Il ajoutera que le cheminement si personnel, qui s'avère être la maternalité, débute dans l'enfance et comprend d'un côté l'identification à la mère et de l'autre le sentiment d'être mère (Ottaviani, 2011, p.13).

Ces processus et remaniements psychologiques que la femme vit dans la maternalité sont indéniablement liés aux vécus physiques. Ce sont ces bouleversements physiologiques qui seront exposés dans l'ordre chronologique ci-après.

## **II.1. Les processus physiologiques**

### **II.1.A. Bouleversements physiologiques de la grossesse à l'accouchement**

La grossesse entraîne de multiples modifications bio-physiologiques. Selon l'OMS, les signes et symptômes les plus courants chez la femme enceinte sont : nausées, vomissements, brûlures d'estomac, crampes dans les jambes, douleurs lombaires et pelviennes, constipation, varices ou œdèmes (OMS, 2017, p.15). Néanmoins, ce sera très fréquemment l'aménorrhée qui annonce la grossesse.

Les changements hormonaux de cette période débutent lors de la nidation avec la production de l'hormone beta hCG (gonadotrophine chorionique humaine) qui permet une augmentation dans la production des œstrogènes et de la progestérone. Les œstrogènes stimulent la production de cellules du placenta, des glandes mammaires et ses canaux ainsi que de l'utérus. La progestérone, quant à elle, facilite, en tout début de grossesse, l'implantation de l'œuf dans l'utérus. Elle sera la principale responsable de la croissance des glandes mammaires, ce qui modifiera l'apparence des seins et permettra la production de lait. La sécrétion accrue et rapide de ces deux hormones contribue à l'apparition des symptômes les plus courants pendant le premier trimestre : la fatigue et les nausées.

À partir de la 14<sup>ème</sup> SA l'utérus augmente de volume, ce qui se traduit par l'apparition d'une proéminence dans l'abdomen de la femme, modification de la silhouette qui se

poursuivra pendant toute la grossesse. La croissance de l'utérus a une incidence sur la respiration qui devient plus rapide et profonde.

Le cœur est davantage sollicité, le débit cardiaque augmente ainsi de 30% à 50%. La tension artérielle fluctue au cours de la grossesse : elle augmente généralement au premier trimestre, diminue au deuxième et retrouve des valeurs normales durant le troisième. Les reins voient leur activité s'accroître.

Le placenta produit la mélanostimuline qui provoque des modifications de pigmentation de la peau avec des colorations brunâtres au niveau du visage (mélasma), des mamelons (aréoles) et de l'abdomen (*linea nigra*). La peau peut aussi présenter, du fait des changements corporels, de vergetures.

Les bouleversements hormonaux spécifiques à cette période activent aussi des changements morphologiques, digestifs et cardio respiratoires. Ainsi, la veine cave inférieure peut aussi être compressée par l'utérus provoquant des œdèmes et varices dans les membres inférieurs. Dans ce sens, le flux sanguin est aussi impacté, modifiant le débit de la circulation sanguine.

La grossesse aboutit à l'accouchement, qui englobe la période entre le début du travail en passant par la sortie du bébé jusqu'à l'expulsion du placenta.

Lors de l'accouchement, l'ocytocine soutient le déclenchement du travail et module la force et la fréquence des contractions utérines. Les endorphines sont sécrétées comme une réponse à la douleur.

Pendant la première phase du travail les contractions sont souvent irrégulières, peu douloureuses et vont favoriser la dilatation du col de l'utérus (jusqu'à 4 cm) qui s'efface progressivement. Ces contractions vont devenir de plus en plus rapprochées et potentiellement douloureuses jusqu'à la dilatation complète (10 cm) et l'effacement total du col qui se fond avec l'utérus.

Au début de l'engagement du fœtus, le détroit supérieur du bassin se déploie grâce au mouvement de contre-nutation. Lors des dernières poussées, c'est la nutation qui permet de créer la place dans le détroit inférieur (cf. annexe 6), les ischions s'écartent et le coccyx recule en même temps pour favoriser le passage du bébé. Durant la dernière phase : l'expulsion, la tête du bébé appuie sur le périnée déclenchant ainsi le réflexe expulsif qui provoque chez la

femme une envie incontrôlable de pousser. Des modifications corporelles telles qu'une déchirure périnéale, peuvent avoir lieu pendant l'accouchement.

Après la sortie du bébé l'utérus continue de se contracter pour faire sortir le placenta.

(Calais germain, 2017, pp.17-29) (De Gasquet, 2009, pp.237-313) (Bessaguet et Desmoulière, 2023b, pp.18-21)

### **II.1.B. bouleversements physiologiques du post-partum**

Le terme **post-partum** est composé du latin *post*, « après », et de *partum*, accusatif de *partus*, « enfantement, accouchement ». Les définitions varient selon les critères observés, et ont évolué avec les considérations sociologiques et culturelles de la périnatalité. Selon l'encyclopédie médicale Larousse, le post-partum est défini, pour la femme, comme la "période s'étendant de l'accouchement au retour de couches (réapparition des règles)." (Larousse en ligne, s.d). La période du post-partum, marquée par d'importantes modifications anatomophysiologiques que nous décrivons ici de façon non exhaustive, tend à rendre au corps un aspect physiologique proche d'avant la grossesse. En effet, le corps change suivant une évolution inéluctable bien que propre à chaque individu (âge, expérience, mémoire corporelle). Il garde alors des traces plus ou moins perceptibles et visibles de ces bouleversements. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le post-partum commence environ une heure après la délivrance et englobe les six semaines qui la suivent, soit vers la date de retour des menstruations.

En 2010, les auteurs Romano, Cacciatore, Giordano et La Rosa proposent d'étendre la définition en divisant le post-partum en trois phases successives :

D'abord la phase aiguë, qui s'étendrait de six à douze heures à partir de la délivrance du placenta. Du point de vue obstétrical, cette phase est à haut risque pour la femme (hémorragie, embolie amniotique, crise d'éclampsie, inversion utérine...)

Puis la seconde phase, appelée subaiguë, durerait entre deux et six semaines. Alors, l'organisme subit d'importants changements en termes de récupération génito-urinaire, d'hémodynamique, de métabolisme et d'état émotionnel (Romano et al, 2010). C'est précisément lors de cette phase que nous avons mené nos observations et notre accompagnement auprès des mères.

Enfin, la dernière phase, dite de post-partum retardé, pourrait se prolonger jusqu'à six mois. Bouchoucha (2022) mentionne qu'au cours de cette phase, les changements biologiques et physiques se produisent de manière extrêmement graduelle.

Il n'y a cependant pas de consensus quant au terme exact du post-partum et certains auteurs évoquent qu'il pourrait s'étendre bien plus longtemps. Dans son livre "Le post-partum dure 3 ans", la sage-femme et autrice Anna Roy affirme qu'il faut bien plus de six semaines pour se remettre d'un accouchement et réorganiser sa vie, retrouver son rythme, sa forme et son corps. (Roy, 2023)

La temporalité du post-partum immédiat ne fait, elle non plus, pas consensus dans la littérature, fluctuant entre 2 heures et 8 jours après l'accouchement. Pour des raisons pragmatiques, nous avons choisi, en évoquant le post-partum immédiat, de le corrélérer à la durée de séjour à la maternité, ce qui correspondrait aux phases aiguë et subaiguë selon les auteurs Romano, Cacciatore, Giordano et La Rosa. (2010)

La Haute Autorité de santé (2023) recommande pour les grossesses uniques, avec naissance d'un enfant eutrophe et en l'absence de complications pour la mère, une durée maximale d'hospitalisation de 72 à 96 heures (3 à 4 jours) après un accouchement par voie basse. Dans les cas, par exemple, d'un accouchement par césarienne, d'infections maternelles ou fœtales, ou encore de prise de poids du bébé insuffisante, elle est portée à 120 heures (5 jours).

### **Modifications anatomophysiologiques :**

#### Involution utérine, lochies et tranchées.

Lors de cette période de post-partum immédiat, de nombreuses modifications ont lieu. L'utérus, qui pèse entre 1 500 et 1 700 grammes et mesure de 32 à 34 centimètres à la fin de la grossesse, se contracte après la délivrance pour former une boule (globe utérin). Il retrouve ensuite peu à peu sa taille (8 centimètres de hauteur) et son poids (70 grammes) antérieurs à la grossesse : cette phase est appelée involution utérine. Sous l'influence de contractions utérines, l'utérus diminue peu à peu de volume et réintègre la cavité pelvienne. Ces contractions, souvent douloureuses, sont communément appelées tranchées. Leur intensité augmente avec le nombre des naissances et elles durent de 2 à 6 jours. (Larousse, s.d.) L'utérus, gros et globuleux les 15 premiers jours, retrouve sa taille normale en 2 à 3 mois. Le

col utérin se reconstitue, prend de la longueur et acquiert de la consistance. Le col de l'utérus se ferme peu à peu entre le 10<sup>ème</sup> et le 20<sup>ème</sup> jour. Le vagin et la vulve reprennent alors leurs dimensions normales. L'involution utérine varie en fonction de la prescription d'ocytociques et de l'existence ou non d'un allaitement maternel. Pendant 3 semaines environ, des pertes sanguines, dites lochies, apparaissent (CNGOF, 2016, ch30).

### Physiologie de la lactation

Après l'accouchement, la chute brutale du taux de progestérone stimule la sécrétion basale de prolactine. Si la femme allaite, le colostrum (liquide jaunâtre sécrété après l'accouchement) fait place à la montée laiteuse qui s'installe en 24 à 48 heures. Les seins gonflent, deviennent tendus et sensibles. La femme peut alors présenter une fièvre passagère à 38 °C. Si elle n'allait pas, un traitement permet le tarissement de la sécrétion lactée, et les seins reprennent plus vite leur volume normal. La sécrétion lactée est variable selon les femmes. Pendant l'allaitement, pratiquement toutes les hormones maternelles se mettent au service du sein. Ainsi, l'ocytocine joue un rôle essentiel dans la stimulation de la lactation, et le déclenchement de la sécrétion lactée ne peut se faire que si le réflexe d'éjection du lait incluant la sécrétion de cette hormone s'établit normalement. Ce réflexe peut se déclencher par anticipation quand la mère s'apprête à allaiter son enfant. L'état psychologique de la patiente peut également interférer avec l'établissement du réflexe d'éjection (CNGOF, 2016, ch.30).

### Retour de couches

Le retour de couches est défini par l'Encyclopédie Médicale Larousse (2024) comme la survenue des premières règles après l'accouchement. En l'absence d'allaitement et de traitement oestroprogestatif, le retour de couches survient vers le quarante-cinquième jour du post-partum (de six à douze semaines). On observe parfois une hémorragie de faible abondance vers le vingtième jour pendant deux à trois jours, c'est le « petit retour de couches ». Le premier cycle peut être ovulatoire dans 5 à 10 % des cas (l'allaitement maternel n'est pas une contraception garantie) (CNGOF, 2016, ch.30).

### Autres modifications

Le poids du corps diminue progressivement. Les mères perdent en moyenne cinq à six kilogrammes lors de l'accouchement, correspondant au poids du bébé, du liquide amniotique et du placenta. En six semaines, le volume sanguin se normalise, l'activité cardiaque et rénale ralentit, le travail des articulations et des muscles est allégé. L'éventuelle épisiotomie ou déchirure périnéale cicatrise. Les muscles et les ligaments périnéaux distendus retrouvent leur tonus, précédant en cela les muscles de la paroi abdominale, distendue après l'accouchement. Afin de faire face à ces bouleversements, les femmes bénéficient de suivis dont nous présenterons ici la nature et la diversité.

### II.1.C. Les différents suivis de la femme durant le processus de maternalité

En France, les patientes bénéficient d'une prise en charge à 100 % de l'ensemble des frais médicaux en lien avec la grossesse au titre de l'assurance maternité, du premier jour de grossesse jusqu'au douzième jour après la date de l'accouchement. Ce suivi nécessaire est conséquent et essentiellement somatique. Si cette médicalisation rassure certaines mères, elle peut, chez d'autres, induire du stress et de l'anxiété (Dessureault, 2015).

L'assurance maladie fait état du programme actuel de suivi pendant la grossesse, qui comprend quatorze rendez-vous en plus des séances de préparation à la naissance. Ces rendez-vous sont composés de **sept examens médicaux obligatoires** dont le premier doit être effectué avant la fin du premier trimestre, et les six autres chaque mois jusqu'à la date de l'accouchement. **Trois échographies** (une par trimestre) sont nécessaires. Dans certains cas, elles peuvent être endo-vaginales. En cas de grossesse pathologique ou de pathologie fœtale, des échographies supplémentaires sont pratiquées avec accord de la mère.

**Un dépistage prénatal non invasif (DPNI)** est proposé. En fonction des marqueurs sériques maternels du premier trimestre et des mesures échographiques (clarté nucale et longueur cranio-caudale), l'analyse de l'ADN libre circulant dans le sang maternel est proposée pour détecter la trisomie 21. Il peut être proposé **une amniocentèse** et **le caryotype fœtal**, qui sont réservés à certaines patientes présentant un risque particulier.

En début de grossesse a lieu **un entretien prénatal précoce obligatoire**. Il a pour objectif de permettre au professionnel de santé d'évaluer avec la femme enceinte ou avec le couple les

besoins d'accompagnement au cours de la grossesse. Il prend en compte la dimension psychologique et émotionnelle, ainsi que l'environnement social de la grossesse.

En parallèle, les femmes ont la possibilité de participer à **sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité** dispensées par des sages-femmes, en cabinet libéral, au sein de l'hôpital, à domicile et parfois en piscine.

Enfin, **un bilan de prévention** effectué par une sage-femme est réalisé à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24e semaine d'aménorrhée. Ce bilan intègre notamment des informations sur les mesures de prévention, sur le suivi de la femme enceinte en pré, per et post-partum.

Les soins pendant l'accouchement dépendent pour une part de son déroulement sur le plan médical, mais également lorsque cela est possible, du souhait de la mère. Ainsi, les femmes peuvent bénéficier d'une **anesthésie**, dont les différents types sont l'anesthésie locale, régionale ou générale. L'injection péridurale lombaire est la méthode la plus souvent employée (82,7 %) y compris pour les césariennes. La rachianesthésie (injection dans les espaces paraspinaux sous-arachnoïdiens) peut être utilisée pour les césariennes mais est moins adaptée pour les accouchements par voie basse, car son action est de courte durée (empêchant son utilisation pendant le travail). En cas de rachianesthésie, la patiente doit être constamment surveillée et les signes vitaux doivent être contrôlés toutes les cinq minutes afin de détecter et traiter une éventuelle hypotension. Exceptionnellement, l'analgésie par mélange de protoxyde d'azote et oxygène à 40% peut être utilisée pendant l'accouchement tant que l'on maintient un contact verbal avec la patiente. Avec ou sans anesthésie, une perfusion est systématiquement posée par voie intraveineuse avant l'arrivée en salle de naissance (Artal-Mittelmark et Msd, 2021).

Au moment de la **délivrance du fœtus**, et là encore, en fonction du déroulement physiologique et de la présentation du bébé, des interventions médicales peuvent avoir lieu. Par voie basse ou par césarienne, les équipes peuvent provoquer un déclenchement du travail (25,8%), **une** rupture artificielle des membranes (33,2%), une épisiotomie (8,3%), ou avoir recours à des aides instrumentales à l'extraction du fœtus (forceps, ventouses, spatules, 12%) voire à une césarienne (21,4 % dont 6 à 10% programmées).



Après la délivrance du fœtus a lieu la **délivrance placentaire** : Il s'agit de l'expulsion hors des voies génitales des annexes fœtales (placenta et membranes), initialement accolées à l'utérus. Cette phase est la plus à risque pour la mère. L'hémorragie du post-partum représente la principale cause de mortalité maternelle en France. Le toucher vaginal permet de contrôler l'expulsion complète du placenta. Si les efforts expulsifs de la patiente ne suffisent pas, le fond utérin sera empaumé afin de maintenir l'utérus dans l'axe du vagin et l'expulsion sera aidée par une traction douce du cordon. (Artal-Mittelmark et Msd, 2021). Enfin, des **soins périnéaux** peuvent être prodigués, tels que des sutures de l'épisiotomie et/ou de la déchirure périnéale éventuelle. MADIC (2016)

**Le suivi maternel en post-partum** comprend, selon les recommandations actuelles de la HAS, un minimum de cinq rencontres. **Une visite au domicile** est effectuée par une sage-femme pour une surveillance de la mère et de son enfant, du lendemain de l'accouchement au douzième jour. Entre quatre et huit semaines suivant l'accouchement, **un entretien postnatal précoce** est effectué par un médecin ou une sage-femme, afin de prévenir la dépression post-partum. Celui-ci est obligatoire. Un deuxième entretien peut être proposé vers la douzième semaine pour les femmes primipares ainsi que celles présentant un facteur de risque psychologique. **Un examen médical postnatal**, lui aussi obligatoire, doit être effectué dans les six à huit semaines après l'accouchement. En outre, du huitième jour jusqu'à la quatorzième semaine après l'accouchement, une sage-femme effectuera **deux séances de suivi postnatal**. Enfin, des **séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne** sont préconisées mais non obligatoires. Ces séances sont dispensées par des sages-femmes ou des kinésithérapeutes (HAS, 2023).

#### Suivis complémentaires

Les parents peuvent également se diriger vers des propositions alternatives en complément au suivi classique. Ces accompagnements périnataux sont en plein essor et de plus en plus de choix s'offrent aux futurs parents. Toutefois, ceux-ci ne sont pas remboursés par la sécurité sociale. Les parents y ont donc accès en fonction de leurs ressources financières et de leur lieu d'habitation.

Parmi ces suivis, certains ont fait l'objet d'études et bénéficient d'une reconnaissance auprès de la communauté scientifique. En ce sens, ils peuvent être qualifiés de

complémentaires au suivi médical traditionnel. C'est le cas de l'**acupuncture**, qui fait partie de la Médecine Traditionnelle chinoise. Il s'agit d'une médecine préventive et curative. L'acupuncture fait partie du Patrimoine immatériel de l'UNESCO depuis 2010, et est totalement adaptée au suivi de grossesse. Depuis, le Code de la Santé publique, en son article R. 4127-318, modifié par Décret du 17 juillet 2012, a étendu le champ de compétence des sages-femmes à la pratique des actes d'acupuncture.

D'autres suivis alternatifs existent, parmi lesquels le **Watsu**, qui est une technique de relaxation aquatique dont les bienfaits physiologiques et psychologiques sont particulièrement adaptés aux femmes enceintes. Si la séance est donnée par une sage-femme, elle peut rentrer dans le cadre de la préparation à l'accouchement. En 2015, la revue Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine publie les résultats positifs d'une étude pilote contrôlée, dans le cadre du département d'obstétrique et de gynécologie de l'hôpital universitaire de Berne, sur les effets de l'hydrothérapie passive (Water Shiatsu : watsu) dans le troisième trimestre de grossesse (Schitter et al, 2020).

**L'haptonomie** est également bien présente dans l'accompagnement prénatal. Il s'agit d'une des méthodes de préparation à la naissance et permet d'établir des relations affectives avec le bébé in utero. Selon le dictionnaire Larousse (s.d), Elle est une « Science de la vie affective, étudiant les phénomènes inhérents aux contacts dans les relations humaines. ». Le docteur Catherine Dolto-Tolitch (1999) écrit que l'haptonomie est définie par son fondateur Frans Veldman comme une science de l'affectivité permettant d'approcher les humains dans leur complexité et leur globalité sans dissocier psyché et soma, qui sont intimement liés par l'affectivité. Veldman, (2007) affirme que cette approche développe les facultés, comme le toucher, grâce auxquelles l'être humain peut atteindre épanouissement et santé. L'haptonomie permet également de mieux appréhender la douleur de l'accouchement, en maintenant le contact affectif avec le bébé.

Enfin, l'**ostéopathie**, fondée en 1874 par le médecin américain Andrew Taylor Still, est de plus en plus évaluée au niveau scientifique, et son efficacité dans le cadre de la périnatalité est désormais relatée (Adouard, Marangelli, s.d). Elle permettrait notamment de "traiter des lombalgies et des douleurs liées à la dysfonction de la symphyse pubienne durant la grossesse" (Cassidy et al,2002, pp. 83-86) et donc d'améliorer "le confort et la qualité de vie de la femme enceinte" (Lavelle, 2012, p.343). Cette pratique permettrait également de diminuer la durée

de l'accouchement (Lenz, 2003) et aurait une tendance à limiter la césarienne et les déchirures périnéales (Keurentjes, 2006).

## II.2. Les processus psychocorporels

### II.2.A. Rêver son enfant

Les bouleversements psychiques, sensoriels et émotionnels de la maternalité ont été abordés dans la littérature depuis Hippocrate (460-377 av. J.-C) qui décrit des états d'agitation et de confusion de la femme dans cette période (Gorwood, Kessler, 2002, p.17-26). Aujourd'hui, le corps médical fait la différence entre un état pathologique et un moment de fragilité dans cette période particulière de la vie d'une femme. Cette vulnérabilité découle d'un vécu étoffé de changements hormonaux, corporels et sociaux qui peuvent donner lieu à des conflits internes, voire des angoisses. Alvarez et Golse affirment que cet état relève d'un "vécu permanent" (2020, p.35-46) pendant toute la période de maternalité, même s'il peut varier en intensité selon les vécus subjectifs des femmes.

Si l'adolescence représente la fin de l'enfance vers le devenir adulte, une première grossesse est la transition de l'état de fille de sa mère à celui de mère elle-même, avec la notion de passage de génération. Racamier le décrit comme un moment de crise psychique maturative (cité dans Bydlowski, 2006, pp. 64-75) qui inscrit la femme dans une nouvelle posture sociale et fait appel à ses compétences maternelles.

Néanmoins, selon les théories de psychanalyse de Soulé et Lebovici, la future parentalité serait introjectée depuis longtemps et un bébé existerait déjà bien avant sa conception. Ce bébé se construirait et se transformerait dans le psychisme de ses parents comme un rêve, un désir à accomplir (Soulé, 1987, pp.57-72). Nous retrouvons trois conceptualisations du bébé dans la théorie psychanalytique : le bébé fantasmatique, le bébé imaginaire et le bébé réel.

Le **bébé fantasmatique** serait élaboré avec les histoires de vie des parents, et porterait un bagage transgénérationnel le situant dans l'inconscient. Les données qui construisent le bébé fantasmatique prendraient parfois forme dans le futur enfant car il cheminerait dans un principe de transmission.

Le **bébé imaginaire**, quant à lui, appartiendrait au système préconscient et puiserait ses origines dans la petite enfance des parents. Ce bébé imaginaire va se nicher au creux de la femme qui rêve de grossesse, il peut être nommé, représenté et il est investi de désirs pouvant être ambivalents. C'est l'enfant que la future mère imagine.

Au moment de la naissance, c'est la confrontation avec le **bébé réel** : il se matérialise. Il est un être extérieur du ventre de sa mère avec des caractéristiques bien propres. Désir accompli, il est parfois inassimilable à ce à quoi le bébé imaginaire ressemblait dans le psychisme des parents (Sparrow, 1997, p.67-78).

Il se peut aussi que ce désir d'enfant tarde à se concrétiser, que la femme ou les futurs parents souffrent d'infertilité. Selon la CIM11 (s.d.), l'infertilité est une affection du système reproducteur masculin ou féminin définie par l'impossibilité d'aboutir à une grossesse après 12 mois ou plus de rapports sexuels non protégés réguliers. Le recours à la PMA (procréation médicalement assistée) se présente souvent comme une solution : en 2019, 3,7% des enfants ont été conçus par ce moyen, la FIV étant la technique la plus représentée (Ined, 2022, paragr. 3).

Suite à la loi du 2 août 2021, la PMA est aussi accessible et remboursée par l'assurance maladie pour les couples de femmes et pour les femmes célibataires (loi bioéthique du 2 août 2021). À la fin de l'année 2022, 15000 demandes de première consultation ont été recensées ([www.vie-publique.fr](http://www.vie-publique.fr), 2023, paragr. 3) : le rêve existait déjà avant la possibilité de l'accomplir.

En parallèle, de nombreuses études recueillent les témoignages de personnes en train de vivre ou ayant vécu un parcours PMA semé d'angoisses, de douleur morale, de découragement, d'acharnement (Bydlowski, 2014, pp. 861-864). Les bouleversements psychiques de cette période se présentent parfois plus intenses, et le processus de maternalité est rempli d'émotions ambivalentes entre joie, désir, frustration, impuissance...

Pendant 9 mois, la femme imagine aussi l'accouchement, le jour où elle deviendra mère. Les statistiques confirment que les écritures de projets de naissance sont de plus en plus nombreuses. D'après l'INSERM en 2016 seulement 3,7% des femmes avaient rédigé un projet de naissance, taux en augmentation depuis jusqu'à atteindre le 10,2% selon des données de 2021 (Le Ray & Lelong, 2022 p. 11).

D'après la sage-femme Maïté Trélaün, le projet de naissance est « le résultat d'une réflexion menée par un couple, un père, une mère, ou toute autre personne impliquée dans

la naissance de cet enfant. Cette réflexion fait suite à la question : Qu'est-ce que je souhaite pour la naissance de cet enfant-là ? » (Cité dans Duval, 2020, p.1).

Dans ces écrits très personnels et sans format imposé, la future mère, parfois étayée par le co-parent, se laisse porter dans la rêverie d'un vécu qui sera unique et, dans une certaine mesure, en dehors de son contrôle. Parfois, le décalage entre l'accouchement imaginé et l'accouchement réel s'avère inassimilable pour certaines femmes :

---

*“Mon monde s'est écroulé”*

Témoignage de Mme J. suite à une césarienne non attendue

---

L'accouchement est un moment suspendu dans le temps à mi-chemin entre fonction biophysique innée à la femme, opération chirurgicale et accomplissement du processus de maternité, incomparable et propre à chacune.

Considérées ainsi, les représentations autour de la naissance peuvent interroger sur la façon dont est pensée la maternité à travers le monde, et sur les traditions et croyances qui peuvent habiter certaines femmes que nous prenons en soin.

### **II.2.B. La maternité à travers le monde, représentations culturelles**

La clinique nous porte au contact de familles de tous horizons. Dans une évocation bien loin d'être exhaustive, nous aborderons ici des traditions et des cultures parfois présentes en Afrique de l'Ouest et au Maghreb, ces communautés étant particulièrement représentées sur notre lieu de stage.

#### **La famille chez les peuples arabo-berbères du Maghreb**

Dans nombre de représentations culturelles et religieuses des populations musulmanes du Maghreb, l'enfant serait considéré comme un don de Dieu. En effet, le sens de l'existence de l'être humain consisterait à remplir sa maison d'enfants, d'où l'expression populaire arabe : *Allah y amar darak* (que Dieu remplisse sa maison) (Hanouti, 2011).

## **La naissance dans les traditions d’Afrique de l’Ouest**

Parmi de nombreux modèles de croyance en Afrique de l’ouest, il arrive que le sacré enveloppe la vie quotidienne de certains futurs parents. Que signifierait alors, pour eux, la venue au monde d’un enfant ?

Henri Colomb, dans son ouvrage “Études transculturelles” paru en 2004, expose que selon certaines croyances ancestrales, l’enfant viendrait du monde des morts. Ses parents géniteurs n’interviendraient que pour une part dans l’acte créateur de vie, ou mieux dans le passage du monde des morts au monde des vivants.

Traditionnellement, la conception d’un enfant serait guidée par la loi du groupe (familles élargies) plus que par le désir des géniteurs. Le choix, décidé par les familles, ne serait pas toujours laissé au couple. Bien avant que les futurs époux ne soient en âge de se marier, la décision pourrait être prise par la communauté, qui attendrait du mariage qu’il conduise à la procréation. La responsabilité de la femme serait donc immense, en tant que dépositaire de l’enfant à venir. Cet enfant inconnu, envié, ne serait pas seulement l’enfant de la mère, mais l’enfant de deux lignées, de la collectivité. La mère serait responsable devant tous de celui qui va naître.

Mettre au monde un enfant serait l’acte essentiel, le seul qui justifierait l’existence. Par cela même, il serait un acte dangereux qui susciterait envie, jalousie, qui déclencherait l’agression des puissances du mal (risques de maladies, de mort par les voies des représentations symboliques des maladies). Alors, une discrétion, voire un secret, envelopperait la grossesse, et les protections seraient à la mesure des dangers qui menaceraient l’enfant et la mère. Elles seraient efficaces dans la mesure où la mère ne serait pas séparée de son milieu, dans la mesure où elle pourrait bénéficier des conseils et de l’appui des autres femmes du groupe, dans la mesure où elle adhérerait encore aux croyances et aux mythes traditionnels. Les conditions de migration, d’urbanisation, les dislocations familiales rendraient plus précaire la position de nombreuses jeunes mères. Lorsqu’elles doivent assumer seules ce que leur milieu assumait pour elles et avec elles, l’accouchement peut être redouté surtout lorsqu’il a lieu loin du milieu familial. De jeunes migrantes, qui ont dû faire l’apprentissage de la solitude en ville, font des récits dramatiques de leur passage dans les services obstétricaux où elles ne bénéficient ni de la présence rassurante de la mère et des sœurs, ni de la sécurisation qu’apporte l’observance des rites (Collomb, 2004).

## **L'allaitement au Sénégal**

Une myriade de représentations entoure l'allaitement dans le monde. Selon certaines croyances sénégalaises, le bébé allaité absorberait des éléments aux propriétés tant nutritives que protectrices, ayant le pouvoir de lui garantir la santé physique et mentale, l'intelligence et la réussite sociale. Le lait maternel pourrait assurer à l'enfant et à l'adulte en devenir une invulnérabilité étendue tout au long de sa vie (Ly Kane, 2018).

---

*“Le lait du sein de la mère (ainsi désigné dans la langue Peule-Pulaar, Wolof et bien d'autres langues africaines) garde le principe ou la propriété de construire psychologiquement l'enfant et l'adulte qu'il deviendra ; il le définit, le situe dans ses lignées maternelle et paternelle”*

(Ly Kane, 2018, p.45).

---

## **Devenir mère loin de ses racines**

Pour nombre de ces femmes, les responsabilités qui leurs sont confiées par toute une famille, une communauté, et bien souvent depuis plusieurs générations seraient donc importantes. Il en ressort que l'aspect d'entraide communautaire et intergénérationnelle serait un appui traditionnellement solide qui aiderait considérablement les femmes à devenir mères.

---

*« Il faut tout un village pour élever un enfant ».*

(Proverbe africain d'auteur inconnu)

---

Pour autant, accoucher loin de son pays natal ne paraît pas chose aisée. L'éloignement de la famille, le manque de repères, la barrière de la langue, pourraient parfois mener à l'isolement social. “Les femmes immigrées vivent ce moment dans l'exil, loin de leurs racines et de leur famille. Traditionnellement la grossesse est un moment initiatique où la future mère, épaulée par le groupe, est préparée aux différentes étapes de la parentalité. La

migration entraîne une rupture dans ce processus de construction de la maternité. Malgré l'éloignement, la grossesse remet en mémoire les appartenances culturelles, mythiques et fantasmatiques. Les futures mères se retrouvent alors seules face à l'impossibilité de donner un sens culturel à leur tristesse ou leur sentiment d'incapacité" (Moro, cité dans Gabriac, 2016, p.8).

Le Comité médical pour les exilés parle de traumatisme de l'exil, générant parfois une vulnérabilité. L'exil est une perte de l'identité familiale, sociale, professionnelle et des repères culturels et affectifs (Comede, cité dans Gabriac, 2016).

La culpabilité et les craintes autour de l'impossibilité de respecter certaines traditions ou rites autour de la maternalité seraient autant de facteurs à prendre en compte lorsque l'on accueille la détresse que ces femmes s'autorisent à nous confier.

Après avoir décrit les bouleversements physiques et psychiques inhérents à cette période, nous les aborderons à présent sous un regard psychomoteur.

## **II.2.C. Maternalité et bouleversements psychomoteurs**

### **II.2.C.a. La psychomotricité à la confluence du soma et de la psyché**

"La thérapie psychomotrice a pour objectif l'amélioration et la réadaptation des fonctions psychomotrices perturbées ou retardées au cours du développement du fait de facteurs biologiques, traumatiques, affectifs et/ou environnementaux." (Ballouard, 2011 p. 3-10)

Afin d'être plus précises sur les nombreux bouleversements que peuvent traverser les femmes durant ce cheminement qu'est la maternalité, nous les avons précédemment organisés et présentés selon leur nature somatique ou psychique. Pour autant, notre sensibilité de futures psychomotriciennes nous invite à penser les choses en dehors de tout clivage, considérant le soma et la psyché comme une unité.

Le **soma** est un "ensemble de cellules qui constituent la masse du corps" (Larousse en ligne, s.d.). La **psyché** est un "ensemble des processus conscients et inconscients propres à chaque individu. " (Larousse en ligne, s.d.).



S'il est coutume de dire que la psychomotricité est au carrefour des dimensions psychiques et physiques, qui sont intriquées et indissociables, elle n'est toutefois pas seulement le lien entre le psychisme et le corps mais bien cet ensemble soma-psyché lui-même, dans sa globalité. Elle s'inscrit dans la manière que chacun a d'habiter son propre corps, de s'approprier ses sensations, de se représenter soi-même au contact du monde et d'autrui, d'être en relation.

“La spécificité du professionnel de la psychomotricité réside dans l'attention qu'il porte aux manifestations corporelles et à leurs significations, ainsi que dans l'établissement d'un « dialogue » corporel. L'intervention se situe au niveau de l'unité de la personne et cherche à modifier l'attitude de celle-ci par rapport à son corps pour tenter d'établir, de rétablir, de maintenir et d'enrichir les rapports de l'individu avec lui-même, avec autrui et son environnement. Son domaine est donc celui de la vie psychique, à travers et par la mise en œuvre du corps en mouvement, en expression et en relation...” (Ballouard, 2011 p. 3-10).

En service de maternité, nous constatons dans la prise en charge des mères un clivage entre les versants somatique et psychique. D'un côté, les interventions médicales auprès de la mère et de son enfant sont nombreuses (contrôles gynécologiques, analyses, pesées du bébé et dépistage néonatal, voire traitement par photothérapie). De l'autre, un suivi psychologique peut-être mis en place à la demande de la mère ou proposé suite aux observations de l'équipe soignante, attentive aux signes de fragilité psychique éventuels. Un accouchement long et douloureux, avec des complications médicales, est souvent une indication pour proposer à la mère un suivi psychologique.

La dynamique d'équipe a pour ligne directrice la sécurité et le bien-être des patientes. C'est pourquoi nous pensons l'intervention du psychomotricien comme complémentaire aux prises en soin déjà existantes en service de maternité. Il nous semble alors essentiel d'intégrer à l'accompagnement des mères cette dimension corporelle mais non médicalisée que propose la psychomotricité. En effet, nous constatons que le soin psychomoteur permet bien souvent l'émergence d'une élaboration psychique autour des vécus psychocorporels périnataux jusqu'alors inatteignable pour certaines patientes.

---

*“Ce que cache mon langage, mon corps le dit. Mon corps est un enfant entêté,  
mon langage est un adulte très civilisé. ”*

(de Barthes, cité dans Gatecel et Valentin-Lefranc, 2023, p.1)

---

Le soin psychomoteur se pense comme une “thérapie à médiation corporelle” (Potel Baranes, 2007. p.120), faisant des allers-retours, des hypothèses et des liens entre les vécus corporels, psychiques et affectifs des patients, en lien avec leur environnement et leur parcours de vie.

Si les psychomotriciens sont encore rares sur le terrain clinique des services de maternités, ils sont pourtant déjà bien implantés et très actifs sur le terrain périnatal. C’est le cas notamment dans les services de PMI (protection maternelle et infantile), en UPB (unité parents-bébé), ou en cabinet libéral. Les propositions d’accompagnement psychomoteur sont de plus en plus nombreuses : prévention, dépistage maternel et infantile, guidance parentale et suivi périnatal. La prise en charge psychomotrice est basée sur le mouvement, la conscience et l’expressivité corporelle, le bien-être et la relaxation. Les femmes enceintes peuvent bénéficier de séances de psychomotricité en milieu aquatique (piscine), sous forme d’un groupe prénatal. “Il ne s’agit pas de préparation à l’accouchement, réservée aux sages-femmes, mais d’un moment privilégié pour elles-mêmes” (Bourguiba, 2015, p.168-185).

L’équipe pédagogique de l’Institut de Formation en Psychomotricité de La Sorbonne présente la profession du psychomotricien sur le site internet de la faculté de médecine Santé Sorbonne Université (2019) :

“Le psychomotricien conçoit, élabore et réalise des actions d’éducation psychomotrice, de prévention, d’éducation pour la santé, de rééducation, de réadaptation et de psychothérapie à médiation corporelle. Il fonde son intervention sur le mouvement, l’action, la communication verbale et non-verbale, les émotions et les représentations. Il accompagne le sujet dans sa capacité à percevoir, agir, être et symboliser. Le psychomotricien réalise une évaluation psychomotrice, et analyse les interactions des différentes fonctions en jeu dans l’organisation psychomotrice du sujet. Ainsi, il peut concevoir et ajuster un cadre et un projet

d'intervention individualisé en accord avec le sujet et recueille son consentement éclairé. Son intervention peut se réaliser en lien avec l'entourage du sujet." (p.1)

Dans le cas particulier de l'accompagnement des femmes sur le terrain hospitalier de la maternité, le champ professionnel novateur que représente l'exercice du psychomotricien dans cette clinique subaiguë du post-partum immédiat nécessite de penser des outils d'observation et d'évaluation. Il s'agira donc ici pour nous d'évaluer quels items psychomoteurs sont globalement impactés chez les mères, afin d'élaborer un projet thérapeutique en lien avec leurs besoins.

#### II.2.C.b. Sémiologie psychomotrice de la femme en devenir mère

Nous présentons ci-dessous les items psychomoteurs pouvant être impactés pendant la grossesse et le post-partum immédiat. Compte tenu de la rareté des écrits sur ce sujet, il ne s'agit pas ici d'une liste exhaustive mais plutôt d'une tentative de recenser nos observations cliniques, les témoignages des mères et des équipes, et nos recherches. Cette grille d'observation et de lecture psychomotrice constitue notre point de départ pour penser notre projet thérapeutique expérimental.

| <b>Le tonus</b>             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Grossesse</b>            | <p>La souplesse et l'amplitude articulaire sont majorées par l'hyperlaxité ligamentaire et l'élasticité des tissus, propres aux changements hormonaux de cette période.</p> <p>Le recrutement tonique des chaînes musculaires postérieures augmentent pour compenser la saillie abdominale.</p>   |
| <b>Post-partum immédiat</b> | <p>La répartition tonique se modifie avec des contractions musculaires résiduelles de l'accouchement, des manifestations tonico-émotionnelles et parfois même un relâchement tonique massif.</p> <p>Le dialogue tonico-emotionnel (de Ajurriaguerra, cité dans Bachollet et Marcelli, 2020, p. 1) entre la mère et le bébé dont les prémices ont vu le jour pendant le développement sensori-moteur in utero (Bullinger, 2006), continue de se mettre en place.</p> |

| <b>La sensorialité</b>      |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Grossesse</b>            | Beaucoup de femmes témoignent d'une hypersensibilité de l'odorat, d'une dysgueusie, ou goût envahissants pendant une partie ou toute la grossesse  |
| <b>Post-Partum immédiat</b> | <p>La nociception est prépondérante non seulement sur la poitrine, le ventre et les zones génitales (tranchées, montée de lait, allaitement...), mais aussi dans d'autres parties du corps : bras (perfusions), lombaires (péridurale), jambes (œdèmes)...</p> <p>De nouvelles sensations tactiles et olfactives émergent (tétée, peau de bébé). Certaines femmes présentent une hypervigilance auditive propre à l'état de préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 2006, pp. 39-50).</p>  |
| <b>La posture - L'axe</b>   |  |
| <b>Grossesse</b>            | <p>Debout, le centre de gravité est projeté en avant et le polygone de sustentation s'élargit. Le bassin bascule en antéversion, "la lordose lombaire s'accroît pour compenser la saillie de l'abdomen" (Hourdin, 2008, p.88)</p> <p>Le décubitus ventral est proscrit et le décubitus dorsal parfois gênant sur le plan respiratoire.</p> <p>Parfois, un tonus pneumatique (Bullinger, 2006, pp. 125 à 139) soutient l'axe corporel.</p>  |
| <b>Post-partum immédiat</b> | Réajustement postural palliatif important : les postures en décubitus dorsal et latéral sont surinvesties, tant à cause de la douleur que dans la recherche des premiers temps de portage du bébé.   |
| <b>La motricité globale</b> |  |
| <b>Grossesse</b>            | <p>Le rythme et le schéma de marche sont modifiés (ballant réduit, dysharmonie haut/bas, dissociation des ceintures minorée et lenteur de marche) ainsi que les points d'ancrages (déroulé du pied atténué et antéversion du bassin). La modification de l'axe corporel impacte les équilibres statiques et dynamiques.</p> <p>Certaines activités sportives deviennent déconseillées à l'évolution morpho-physiologique des femmes au cours de la grossesse. Au fil des trois trimestres, elles peuvent être progressivement entravées dans leur motricité globale.</p> |
| <b>Post-partum immédiat</b> | Le vécu douloureux perturbe la motricité globale, les coordinations, les équilibres dynamiques et statiques.   |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>La dissociation des ceintures peut s'avérer difficile.</p> <p>La perte immédiate d'environ 5 kilos après l'accouchement implique des réajustements posturaux-moteurs.</p>   |
| <b>Le schéma corporel et l'image du corps</b> |  |
| <b>Grossesse</b>                              | <p>Le schéma corporel est impacté par les modifications morphologiques externes et internes (poids, pesanteur, centre de gravité, polygone de sustentation, courbures lombaires). La perception sensorielle et de la proprioception, qui sont les composantes du schéma corporel (Pireyre, 2021, pp. 415-421) sont altérées.</p> <p>L'image du corps est particulièrement impactée. La prise de poids et les modifications corporelles (ventre, seins, bassin, œdèmes des pieds et des mains...) peuvent être vécues avec anxiété, comme une perte de contrôle de son corps propre. La femme est soumise aux injonctions médicales de contrôler sa prise de poids : ni trop ni pas assez. De la culpabilité et une perte d'estime de soi peuvent en découler.</p> <p>Des modifications vestimentaires sont nécessaires et impactent également l'image du corps.</p> <p>C'est aussi le moment d'une crise identitaire : la femme est une mère en devenir. Le corps devient publiquement un objet d'attention, les regards portés par autrui se modifient. Le corps de la femme enceinte devient alors un objet de fragilité à protéger. Ces éléments peuvent avoir un impact tant positif que négatif en fonction des personnes. En 2012, Bourgoin et Al. mettent en avant la variabilité des vécus concernant ce nouveau corps entre un sentiment de plénitude et un jugement plus négatif. « De l'adoration pour ce nouveau corps au jugement négatif de celui-ci, les sentiments les plus variables voient le jour » (Chang et al, 2006, p.11)</p> |
| <b>Post-partum immédiat</b>                   | <p>Les changements corporels sont très soudains et parfois extrêmes (ventre, centre de gravité). La médicalisation de certaines parties du corps propre (perfusion au bras, césarienne...) peut induire un sous-investissement moteur des zones en question. Le vécu des femmes peut être ambivalent entre les attendus et la réalité des modifications corporelles après l'accouchement. Ces modifications sont souvent radicales au niveau du plan avant (ventre, seins).</p> <p>L'image spéculaire peut être distorsionnée et l'image de soi perçue en décalage de celle qui est renvoyée par autrui. La femme s'en remet à son corps qu'elle peut qualifier de défaillant lorsqu'un dysfonctionnement</p>  |

|                             |   |
|-----------------------------|---|
|                             | <p>survient, prenant ainsi la responsabilité des évènements. Là encore, la culpabilité de “ne pas avoir pu accoucher par voie basse, ne pas arriver à allaiter”...entre en jeu. Le corps est souvent perçu comme limitant et source de douleur. A l'inverse, un sentiment de fierté quant aux prouesses accomplies par le corps peut émerger.</p> <p>Les cicatrices éventuelles de l'accouchement représentent des zones corporelles difficiles à réinvestir, que certaines femmes ne peuvent ni regarder dans le miroir, ni nommer.</p>  |
| <b>L'espace</b>             |   |
| <b>Grossesse</b>            | <p>L'investissement de l'espace est souvent altéré. La modification de la silhouette et de la posture augmente la kinesphère.</p> <p>On observe des difficultés d'adaptation du corps à l'espace environnant, pouvant provoquer des déséquilibres, des maladresses, voire des chutes.</p>   |
| <b>Post-partum immédiat</b> | <p>Le séjour à la maternité se déroule dans un espace confiné que la femme ne quitte habituellement pas pendant toute sa durée. À la lumière de la théorie de E.T Hall (1971) sur la proxémie, il n'est parfois pas évident de trouver les limites entre espace privé, personnel ou public. L'exploration de l'espace environnant est donc souvent minorée pendant le séjour en service mère-enfant. Certaines mères manifestent le besoin d'en sortir un moment afin de retrouver des repères spatiaux extérieurs.</p> <p>Les limites du soi et du non soi, du dedans et du dehors se redéfinissent : l'enfant est à présent en dehors du corps de la mère, qui doit apprivoiser psychiquement cette donnée.</p> |
| <b>Le temps</b>             |   |
| <b>Grossesse</b>            | <p>Rythmé par le suivi du développement fœtal, le temps se mesure objectivement en semaines d'aménorrhée, et la période est ponctuée de rendez-vous médicaux et d'échéances au fil desquels les représentations que les femmes se font de leur enfant à naître s'affinent.</p> <p>Il existe une ambivalence très subjective entre le souhait de mener la grossesse à terme pour la santé du bébé, et l'attente pouvant être ressentie comme interminable. A l'inverse, certaines femmes se sentent en phase avec la temporalité de leur grossesse, et d'autres encore s'y sentent si bien qu'elles souhaiteraient que ce temps se prolonge.</p>   |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
|                                     | <p>”Le temps objectif des neuf mois de gestation se superpose au temps vécu de la femme, la manière dont elle se représente le temps qui passe.” (Bourguiba, 2023, p.69).</p> <p>Le congé de maternité représente un moment durant lequel la mère peut prendre le temps de se préparer à la transition de cette naissance à venir.</p>   |
| <b>Post-partum immédiat</b>         | <p>Les rythmes biologiques et circadiens sont bouleversés par l’arrivée du nouveau-né. On observe la mise en place d’une nouvelle temporalité tournant autour des besoins du bébé (soins, sommeil, alimentation...) et conditionnant le rythme de la mère, alors dévouée aux besoins de son enfant dans sa préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 2006, pp. 39-50).</p> <p>Le séjour à l’hôpital impose aussi sa propre temporalité : séjour très court en maternité qui implique beaucoup de sollicitations médicales. Ceci contraste avec les besoins de rencontre, d’approvisionnement des rythmes mutuels pour s’accorder et trouver un tempo commun à la dyade/triade.</p> <p>Nous observons également que sur le plan de la communication verbale, la prosodie se modifie : la mère parle plus lentement et doucement (mamanais) pour s’ajuster à son bébé.</p> |
| <b>La dimension psychoaffective</b> |  |
| <b>Grossesse</b>                    | <p>Si beaucoup de grossesses sont teintées de positivité, d’espoir, d’amour naissant, et d’attention sociale portée à la femme, les émotions peuvent pour autant être ambivalentes. La pluralité des vécus ainsi que les pics hormonaux rendent la gestion des affects et des émotions parfois difficiles pour certaines femmes.</p> <p>Des inquiétudes sur la santé et l’avenir produisent du stress prénatal et les futures mères présentent un besoin de soutien et de réassurance. « La grossesse déclenche en même temps une montée d’angoisse et une fragilisation de la structure psychique chez toute mère » (Reeves et al, 2016, p.44)</p>  |
| <b>Post-partum immédiat</b>         | <p>Le post-partum immédiat représente une période de vulnérabilité psychoaffective pouvant engendrer un manque de confiance en soi et/ou de la culpabilité.</p> <p>La douleur peut venir désorganiser le psychisme dans la dualité douleur/plaisir.</p>  |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>Peu après l'accouchement, la chute d'hormones peut venir fragiliser la contenance psychique, et ainsi provoquer des manifestations émotionnelles d'une puissante ambivalence.</p> <p>Une discordance peut exister entre les représentations sociétales et les ressentis réels des mères.</p> <p>Le baby-blues est un trouble fréquent du post-partum immédiat, ne relevant pas de la pathologie mais qui, s'il n'est pas pris en compte, peut avoir un impact non négligeable sur la sphère psycho-affective des familles.</p> <p>Le post-partum immédiat est aussi la naissance des interactions précoces, des premiers affects, des premiers liens : de la formation de la dyade.</p> |
|--|--|

Ces observations mettent en lumière les items psychomoteurs impliqués lors de la grossesse et de l'accouchement. Ce processus de remaniement psychocorporel est tout à fait normal. Cependant, lorsque des conséquences négatives s'inscrivent dans la durée, cela peut signifier l'entrée dans la pathologie. Celle-ci nécessite d'être prévenue et dépistée afin de proposer des soins adéquats pour accompagner au mieux toutes les femmes.

### **II.3. Une période de vulnérabilité : entre processus normal et pathologique**

Nous tenterons ici de délimiter les frontières entre norme et pathologie, et de comprendre quels facteurs peuvent influencer sur la vulnérabilité des femmes face aux troubles psychiques du post-partum qui, selon la HAS, sont devenus un **enjeu majeur de santé publique**. (cf. annexe 7)

“La prévalence des troubles psychiques chez les femmes enceintes et en post-partum, la fréquence de leur aggravation ainsi que leur retentissement sur le développement global de l'enfant, font du repérage et de la prise en charge des troubles psychiques périnataux un enjeu majeur de santé publique” (HAS, 2020, p.4).

#### **Données épidémiologiques**

“La période périnatale, couvrant la période péri-conceptionnelle, la grossesse et l'année suivant la naissance, est identifiée comme à risque de développer des troubles psychiques



pour les mères, qu'il s'agisse d'une décompensation d'une pathologie antérieure ou de la survenue d'une pathologie en lien avec la puerpéralité. Une étude réalisée au Royaume-Uni\* a estimé qu'environ 20 % des femmes développaient des troubles psychiques au cours de la période périnatale. \*Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Lemmi V, Adelaja B. *The costs of perinatal mental health problems*. London: Centre for Mental Health, 2014" (HAS, 2020, p.1).

### **II.3.A. Quand les mères témoignent : variabilité des vécus**

---

*"Le voyage au centre de la maternité s'avère, pour la femme, un savant mélange de rêveries et de désillusions"*

(Latournerie, 2022, p.50).

---

Comment, d'un événement a priori similaire pour toutes, peuvent émerger des vécus si différents et propres à chacune ? En effet, si l'on part du postulat que l'annonce d'une grossesse aboutit généralement à une issue heureuse pour la mère, la réalité peut en être toute autre. Nous devons donc prendre en compte la pluralité des vécus quant à cette étape de la vie des femmes qui peut dans certains cas s'avérer difficilement surmontable. Pour cela, nous avons choisi de reprendre des phrases que nous ont confiées les mères rencontrées cette année, au détour de nos séances de psychomotricité.

***"Je me suis sentie très entourée, comme portée par la bienveillance de toute l'équipe"***  
**(Madame M)**

Même lors d'un accouchement compliqué sur le plan médical, les faits et les gestes peuvent être clairement annoncés et expliqués à la femme, qui est alors en mesure de donner son consentement éclairé. En confiance vis-à-vis du corps médical, son expérience est positive dans le sens où elle se sent respectée et peut s'ancrer dans la réalité du moment. Le sentiment de compréhension et de bienveillance qu'elle perçoit de la part de l'équipe est certainement ce qui lui permet de tenir face à la violence des événements qu'elle subit. Enfin, nous

entendons le terme “portée” au sens du portage psychique tel que le décrit D. Winnicott par la notion de holding.

***“C’est une explosion d’émotions mélangées, c’est beaucoup trop” (Madame C)***

Espoir, découragement, joie intense, peur de l’inconnu, angoisses de mort, culpabilité et doutes quant à sa capacité à mettre au monde et à prendre soin de son enfant... Cette myriade de sensations, d’émotions que peut traverser la femme pendant et après son accouchement est souvent difficile à assimiler. Cela peut induire un sentiment d’être dépassée par les évènements, de ne pas comprendre ce qui lui arrive. Parfois, le fait qu’une personne tierce puisse accueillir ce vécu, nommer et valider les ressentis de la mère permet déjà un certain apaisement.

***“On m’a dit que mon accouchement s’était bien passé” (Madame B)***

Bien qu’il n’y ait pas de complication majeure sur le plan médical, la femme peut avoir du mal à s’approprier ses vécus lors de l’accouchement, se sentant alors comme dépossédée de la scène, pour ne pas dire en dehors. Cette remise totale au corps médical, cette dissociation dans la perception de la réalité du moment, représentent après coup quelque chose de très douloureux et potentiellement traumatique pour la mère.

***“Je suis inquiète pour mon enfant et me sens très coupable” (Madame I)***

Une naissance prématurée ou en urgence, des complications concernant la santé du bébé ou de la mère, un faible poids de naissance... sont autant de situations potentiellement anxiogènes pesant d’un poids plus ou moins supportable sur la mère. Celle-ci tente de faire face aux nouvelles responsabilités qui lui incombent quant à la survie de son enfant. Bien souvent, c’est elle-même et sa capacité à être mère qu’elle remettra en cause en première intention.

***“Et alors, mon monde s’est écroulé” (Madame H)***

Face à l’inéluctable imprédictibilité de l’issue d’une grossesse, les femmes essaient de se préparer aux divers scénarios possibles. Toutefois, dans leur imaginaire, naît toujours le fantasme de l’accouchement parfait, celui auquel elles aspirent profondément, et ce malgré les informations glanées dans la littérature, sur internet, ou lors de séances de préparation à l’accouchement. Cette représentation idéale peut être matérialisée par le projet de naissance du couple, ou juste enfoui dans l’intimité psychique de la mère. Alors, lorsque la réalité de

l'accouchement vient bousculer les attentes et que les choses ne se passent pas comme prévu, bien souvent les mères expriment le sentiment de ne pas avoir été préparées.

***"J'ai cru que j'allais mourir" (Madame V)***

C'est comme si l'accouchement faisait ressortir toutes les angoisses de ces femmes, enfouies et imperceptibles depuis 9 mois. Il ramène aux angoisses de morts et aux risques inhérents à la grossesse. « Disparue de la réalité, la peur ancestrale de la mort en couches est devenue une peur mythique, de celles que l'on raconte encore dans les familles en baissant le ton, mais sans y croire vraiment. » (Bydlowski, 2000, p. 15).

***"Moins j'en savais, mieux je me portais dans ma tête" (Madame F)***

Dans le cas, comme chez cette mère, de grossesses inopinées ou non désirées, la représentation mentale de l'enfant à venir peut-être inaccessible. Ici, madame n'a vraiment intégré qu'elle était enceinte que lorsqu'elle a senti bouger le bébé et que son ventre est "sorti", soit vers 6 mois de grossesse. Elle n'a pas souhaité élaborer de projet de naissance, car le simple fait d'imaginer l'accouchement la terrorisait. Ne pas y penser protège temporairement la mère d'avoir à se représenter psychiquement un événement encore inassimilable pour elle.

***"Je ne sais plus comment bouger" (Madame Z)***

*« ... Je suis comme désarticulée, moins lourde ... mais c'est difficile de sentir mon corps, je me sens molle, sans muscles pour me porter. »*

En outre, de manière générale les patientes nous ont révélé ressentir de l'anxiété et du stress provenant de causes diverses. Si pour certaines, les raisons de ces sentiments semblaient bien identifiées et très concrètes, pour d'autres ces allusions restaient diffuses et difficiles à investir verbalement.

Nous tâcherons ici d'aborder les notions de stress et d'angoisse maternels, de comprendre leur nature, leurs causes et ce qu'ils peuvent engendrer pour les femmes et leurs bébés.

**II.3.B. Entre stress et angoisse**

À notre époque, les mots angoisse et anxiété sont utilisés comme synonymes. **Anxiété** provient du latin *anxieta* et signifie "avoir une disposition naturelle à l'inquiétude" (Molière,

2012, p. 70-72). Selon l’OMS “les troubles anxieux se caractérisent par une peur et une inquiétude excessive et par des troubles du comportement connexes” (2022, paragr. 3). **L’angoisse**, quant à elle, prend la forme d’une “sensation pénible de malaise, provoquée par l’impression diffuse d’un danger mal défini, devant lequel on reste impuissant. Cette crainte peut être réelle ou imaginaire, venir de l’extérieur ou de l’intérieur de soi.” (Institut National du Cancer en ligne, s.d.)

Le **stress** est défini par l’OMS comme “un état d’inquiétude ou de tension mentale causé par une situation difficile. Il s’agit d’une réponse humaine naturelle qui nous incite à relever les défis et à faire face aux menaces auxquelles on est confrontés dans notre vie” (2023, paragr. 1). Le stress est présent dans la vie de chaque individu de manière plus ou moins manifeste. Toutefois, chacun le perçoit différemment et c’est la façon propre à chacun d’y réagir qui marque une véritable différence dans les vécus.

Dans ces trois états, il convient de retenir quelques mots clés indispensables pour définir les états psychopathologiques observés dans la clinique périnatale. L’angoisse est une sensation qui peut surgir lors d’un vécu d’incertitude, d’origine intérieure ou extérieure à la personne. Elle provoque des tensions, psychiques ainsi que corporelles. Le stress se présente comme un état, une réponse à un sentiment de menace. Ils se placent tous deux, en ce sens, dans le domaine de la sensation, de la perception ou du vécu.

Il est encourageant de voir que les recherches concernant les états de stress et les angoisses prénatales sont abondantes. Cependant qu’en est-il du post-partum immédiat ? Est-il pertinent de parler d’état de stress et de sentiment d’angoisse pour cette période ? Quelles peuvent être les origines et les retombées de ces états pendant la période du post-partum subaigu ?

La réponse est unanime dans notre binôme de travail : nous avons observé à la fois des états de stress et des sentiments d’angoisse chez la quasi-totalité des mères dans la clinique du post-partum immédiat. Les étiologies et les facteurs diffèrent, parfois sans aucun prodrome. Ainsi nous observons des mères manifester une réelle anxiété après la naissance de leur enfant, alors qu’aucune source de vulnérabilité n’était soupçonnable jusqu’alors.

Selon Winnicott, la femme lorsqu’elle devient mère présenterait un état inconscient et passager qu’il appelle la Préoccupation Maternelle Primaire. Cette condition psychologique

atteint son degré de sensibilité le plus accru à la toute fin de la grossesse et dure quelques semaines après la naissance de l'enfant. État non pathologique dans ses fondements, Winnicott le conçoit comme étant "presque une maladie". Sa particularité serait la possibilité de s'en remettre ensuite "parce qu'une femme doit être en bonne santé, à la fois pour atteindre cet état, et pour s'en guérir quand l'enfant l'en délivre" (Winnicott, 2006, p. 39-41). La Préoccupation Maternelle Primaire permettrait à la mère de se mettre au diapason des besoins de son nourrisson, de répondre à son immaturité et de s'adapter progressivement au besoin d'autonomie de l'enfant grandissant (Caut, 2021, p.22).

Seulement, cet état n'est pas toujours accessible ni assimilable par toutes les femmes. Dans la clinique du post-partum immédiat, les patientes vivent l'apogée de la Préoccupation Maternelle Primaire. Cet état qui se présente spontanément à la mère, peut être majoré par des obstacles d'origines variées, et laisser la place à d'autres sensations comme l'anxiété.

Il existe bien des facteurs susceptibles d'impacter ces moments de la maternalité. Nous en évoquerons ici les principaux, avant de développer les troubles et pathologies auxquels ces derniers peuvent exposer les femmes.

### **II.3.C. Facteurs environnementaux de vulnérabilité**

Dans une démarche de dépistage et de prévention des troubles psychiques du post-partum (dépression, TSPT-A...), il est important d'identifier les facteurs environnementaux susceptibles de vulnérabiliser les femmes.

#### **En anténatal :**

Les traumatismes antérieurs, comme des antécédents de violence ou d'agression sexuelle, peuvent bien souvent entraver le processus la maternalité.

Muhlstein et al. (2012), exposent dans un article les trois issues envisagées chez les femmes lorsque survient une grossesse après un viol. Les auteurs nomment l'abandon, l'interruption volontaire de grossesse et enfin la parentalité, non sans effets sur le fonctionnement psychique de la femme. (pp.110-115)

L'annonce d'une grossesse à risque ou d'un handicap chez l'enfant à naître nécessite bien souvent un aménagement psychique particulier chez la femme ainsi que dans le milieu familial.

« « Votre enfant est handicapé. » C'est l'instant crucial d'une condamnation, l'espace ouvert d'une déchirure, l'entrée dans un monde chaotique, semé d'écueils, d'errements, de solitude et souvent d'impuissance. » (Gardou cité dans Ben Soussan, 2006, p.179) Cela renvoie à la notion psychanalytique du deuil de l'enfant imaginaire, et questionne les parents sur leur capacité à tenir leur rôle à venir.

Les grossesses non désirées et les grossesses chez les adolescentes s'inscrivent dans des contextes souvent complexes pour les femmes.

Dans le monde, une grossesse sur deux n'est pas choisie, selon l'OMS. « Ces femmes enceintes qui ne peuvent se résoudre à accueillir leur bébé, nous apprennent qu'une mère seulement biologique n'existe pas, où plutôt que les mères ne sont ni réduites, ni « calculées » au corps biomoléculaire. » (Houël, 2005, paragraphe 8). Dans le cas où la femme décide de mener à bien sa grossesse, le processus de maternalité est mis à rude épreuve et possiblement confronté à l'échec. Alors, un accompagnement holistique peut s'avérer précieux pour soutenir la femme dans son cheminement pour devenir mère.

Les antécédents obstétricaux (précédentes grossesses traumatiques, fausses couches, deuils périnataux) peuvent teinter d'incertitudes les nouvelles grossesses.

---

*« Au soleil noir d'une mise au monde endeuillée, l'existence bascule, l'enfant naissant semble désertier la vie : ce n'est pas un cauchemar qui s'évanouit avec le jour qui se lève, mais un face-à-face avec la réalité nue qui poignarde, un corps à corps avec le tumulte qui s'installe. »*

(Gardou cité dans Ben Soussan, 2006, p.179)

---

Selon Rousseau (2001), les traces douloureuses d'un deuil périnatal sont susceptibles de s'enraciner dans la mémoire familiale et sur plusieurs générations. Chez les mères, ces traces indélébiles de la perte d'un enfant peuvent s'ancrer corporellement, psychiquement, et

émotionnellement. Ainsi, lors d'une nouvelle grossesse, des événements en principe anodins peuvent faire ressurgir, telles des réminiscences voire des reviviscences, ces vécus traumatiques. Il peut être difficile pour ces femmes d'assimiler que le pire ne va pas forcément se reproduire pour ce nouvel enfant. Dès lors, elles deviennent très vulnérables aux troubles psychiques du post-partum et nécessitent de bénéficier d'une vigilance particulière en suite de couches.

De nombreux autres facteurs prédisposants existent : **la tocophobie** (peur pathologique de la grossesse et de l'accouchement), les **antécédents psychopathologiques, psychiatriques** et les **troubles de la personnalité**, le **contexte psychosocial** (précarité économique, parcours migratoire, barrière de la langue), le **manque de soutien social** et **l'isolement**.

#### **Durant l'accouchement :**

Le type d'accouchement ne présage pas à lui seul d'un traumatisme ou de troubles prédictibles. Pour autant, on retrouve bien souvent une histoire individuelle prédisposant au traumatisme post obstétrical, lui donnant cette coloration si subjective. Un cumul d'éléments, tant objectifs que subjectifs, entre alors en jeu. Des études ont permis d'identifier nombre de ces facteurs de risques.

Pour exemple une étude confiant aux patientes d'identifier les facteurs les ayant menées à développer un Syndrome de stress post-traumatique post-accouchement (TSPT-A)

| <b>Facteurs de risques de développer un TSPT-A</b>   | <b>Pourcentage</b> |
|--|--------------------|
| Perte de contrôle des événements (exemple d'un accouchement très rapide)   | 54%                |
| Peur pour la santé du bébé   | 49%                |
| Douleur intense  | 47%                |
| Manque de communication du corps médical, défaut d'information & de consentement éclairé ou langage inapproprié de la part des soignants | 43%                |
| Travail long   | 37 %               |
| Manque de soutien émotionnel   | 35 %               |
| Interventions médicales avec en 1e ligne la césarienne en urgence  | 34%                |

(Hollander, Van Hastenberg, Van Dillen, Van Pampus, De Miranda, & Stramrood, (2017)

### **En post-partum :**

On observe des facteurs de vulnérabilité tels que des hospitalisations longues ou des accouchements ayant mené à des séquelles physiques importantes et douloureuses (déchirure complète du périnée, hémorragie du post-partum, expression abdominale...). Les problèmes de santé des bébés (poids, alimentation...) et l'absence de soutien de la part d'un co-parent ou de la famille en suites de couches sont également prédisposants aux troubles du post-partum.

### **II.3.D. Troubles psychiques et pathologies du post-partum**

Dans le cadre d'un projet de soin dont les objectifs principaux sont le dépistage et la prévention des troubles psychiques du post-partum, nous en exposons ici les principales pathologies.

Les complications somatiques du post-partum (comme par exemple des hémorragies, des infections de l'utérus ou mammaires ou encore des problèmes avec l'allaitement) ne seront pas abordées dans ce mémoire car leur prise en charge relève du domaine médical et n'est pas du ressort des psychomotriciens.

### **Le baby blues :**

Après l'accouchement, la jeune mère traverse des changements physiques, hormonaux et psychologiques intenses pouvant se traduire par des fluctuations d'humeur. Ils apparaissent habituellement entre le troisième et le cinquième jour du post-partum. Cet état, appelé "baby blues", disparaît généralement en quelques jours. Le blues, terme américain désignant à l'origine une musique de liberté et de tristesse, décrit bien cette condition initiale et passagère où la nouvelle mère oscille entre un sentiment de joie attendue et une tristesse démesurée (J. Dayan, 2016). Les signes et les symptômes sont variés : des crises de larmes, une perte de confiance en soi et de ses repères, une irritabilité ou encore un sentiment d'être dépassée par les événements (1000 premiers jours, 2023, paragr. 3). Selon l'Assurance Maladie (2024, paragr. 2-3), le baby blues concerne entre 50 et 80% des femmes ayant accouché et présente une durée variable, mais ne dépasse pas la quinzaine de jours.



L'étiologie est diffuse et les pistes hormonales n'offrent pas de résultats concluants. En revanche, la primiparité et les antécédents personnels de dépression restent des données non négligeables pour comprendre l'ensemble de troubles thymiques du post-partum. (Versaevel et al., 2014, 153 à 164).

### **Dépression post-partum :**

La dépression post-partum (DPP) diffère du baby blues par sa durée et son intensité. Selon le DSM5, la dépression du post-partum répond aux critères d'une dépression majeure avec des symptômes invalidants, et s'étend sur plus de deux semaines après l'accouchement. Entre 10 et 15% des femmes souffrent de cette maladie après un accouchement. Entre 2013 et 2015, le suicide représentait en France la première cause connue de décès de femmes dans la première année du post-partum (Doncarli et al., 2023, N° 3-4).

Dans les états les plus graves, une psychose du post-partum peut y être associée. On observe, dans certains cas, une perte de contact avec la réalité pouvant impliquer des hallucinations et des passages à l'acte auto et hétéro agressifs.

L'étiologie de la dépression post-partum est inconnue mais des pistes génétiques, hormonales et d'antécédents de dépression (post-partum ou non) ont été largement explorées. Malgré cela, toute femme ayant accouché est susceptible de souffrir d'une dépression du post-partum. Parmi les facteurs de vulnérabilité, les études pointent du doigt le stress (conflit conjugaux, difficultés financières, partenaire souffrant d'une dépression...), des vécus obstétricaux difficiles (précédente fausse couche, soins intensif néonataux, malformations congénitales chez le bébé...), et un vécu de grossesse ambivalent ainsi que des problématiques liées à l'allaitement (difficultés, douleurs).

Les symptômes les plus courants sont une tristesse extrême, une labilité thymique, une irritabilité, et /ou une fatigue intense. Dans bien des cas, une absence d'intérêt pour l'enfant peut être observée.

Une étude de 2018 menée auprès de 109 femmes aborde les liens entre l'intensité de la douleur pendant et après l'accouchement, et la dépression du post-partum (N. Séjourné et coll, 2018). L'IASP (International Association for the Study of Pain) définit la **douleur** comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable (Inserm, 2021). Cette expérience peut induire une impression négative du vécu de l'accouchement. Des sentiments de culpabilité,

d'échec, voire de déception s'entremêlent avec cette expérience hautement intense qu'est le post-partum. En parallèle, la femme est confrontée au mythe de la maternité qui serait, selon les représentations sociétales, fatalement épanouissante.

Actuellement, les mesures de prévention contre la dépression du post-partum restent limitées et peu ciblées. L'éducation thérapeutique est le moyen le plus répandu. Par ailleurs, les prises en charges pluridisciplinaires et variées tout au long de la période de maternité s'avèrent être des outils efficaces de dépistage (Garnaud, 2024).

### **Trouble du Stress Post Traumatique de l'accouchement (TSPT-A) :**

Accoucher, donner naissance, reste un événement extraordinaire de la vie d'une femme. Depuis 1994, l'accouchement figure comme un facteur de risque du Trouble du Stress Post Traumatique dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Sa cinquième version définit cette pathologie comme étant la conséquence d'un événement traumatique mettant en danger la vie de la personne ou entraînant une souffrance durable et intense. Les symptômes sont présents depuis plus d'un mois et provoquent une profonde souffrance qui entrave le fonctionnement de la personne. Entre autres, il comporte une compulsion de répétition (symptômes d'intrusion, réminiscences, cauchemars), des manifestations phobiques (éviter de l'événement), des troubles de l'humeur et l'altération de la vigilance.

Dans la nomenclature proposée, TSPT-A, ne représente pas une entité clinique distincte du TSPT dans le DSM5 mais elle sera utilisée dans ce texte telle qu'elle l'est dans les réseaux de santé mentale périnatale. Dans les faits, 30 à 45 % des mères décrivent l'accouchement comme un événement traumatique et sont susceptibles de développer un TSPT-A (Deforges et al., 2020, pp. 192 à 200). Le traumatisme est défini par Laplanche et Pontalis comme un « événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique » (1967, p. 449).

Les manifestations globales retrouvées chez des femmes ayant vécu l'accouchement comme un traumatisme comprennent des symptômes envahissants liés à celui-ci, un évitement persistant de l'événement, des altérations négatives des cognitions et de l'humeur ainsi que de l'éveil et de la réactivité (DeForges et al., 2020).

Il est crucial de considérer le vécu de l'accouchement comme subjectif et, en ce sens, de prendre en compte l'ensemble des facteurs de risques périnataux. Pour certaines femmes, l'accouchement s'avère être un premier passage en bloc opératoire. Pour d'autres, le cadre est perçu comme une atteinte à la pudeur et l'image du corps est souvent mise à mal. La détresse durant le travail peut également faire surgir des angoisses de mort pour soi ou pour le bébé, voire un sentiment de perte de contrôle sur la situation. En effet, accoucher implique un ensemble d'événements physiologiques et d'actes médicaux souvent imprévisibles.

Des vécus anxiogènes du corps propre sont aussi évoqués. Ne plus sentir une partie du corps ou même des vécus dissociatifs viennent en contraste avec une hypersensorialité de certaines parties du corps. La douleur intense est l'un des facteurs les plus appréhendés et évoqués, au point que parfois, c'est l'absence de douleur qui génère un sentiment de culpabilité, sous prétexte d'un soi-disant manque d'implication.

Il arrive que les interactions avec les équipes soignantes puissent générer un sentiment d'incompréhension ou de solitude, notamment en raison du caractère intrusif des actes, d'échanges potentiellement peu ajustés avec les équipes ou de la séparation avec le co-parent.

De nos jours, les équipes des maternités déploient leurs efforts et leurs moyens pour prévenir le TSPT-A en agissant avant et pendant l'accouchement. Il est pour autant indispensable de continuer à y porter attention lors de la période de post-partum, par des actions de prévention et de dépistage. Notamment car, une fois le bébé arrivé de l'autre côté de la paroi utérine, ce qui se passe à l'intérieur de cette femme/mère quitte le centre d'attention de l'entourage.

Le TSPT-A a des répercussions sur la femme, la relation de celle-ci avec le co-parent ainsi que sur la formation de la dyade mère-bébé.

Aussi, quelle place aura l'enfant qui vient de naître dans un contexte si particulier ?

### **Troubles des interactions précoces :**

L'interaction est définie par le dictionnaire Larousse comme "une réaction réciproque de deux phénomènes l'un sur l'autre". (Larousse en ligne, s.d.) Dans ce sens, les interactions précoces constituent l'ensemble des échanges qui se produisent entre le nourrisson et ses différents partenaires au tout début de sa vie et qui posent les bases de la sécurité affective.

Lebovici et Lamour (1991, p. 180) les définissent comme « l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre le nourrisson et sa mère ». Selon Mélanie Klein, il s'agit d'un processus bidirectionnel dans lequel le bébé est soumis aux influences de son entourage mais est également à l'origine de modifications dans ce dernier, et cela depuis le début de sa vie. Dans la période du post-partum immédiat, ces interactions ont une interlocutrice privilégiée : la mère.

---

*“ce qui existe c'est un bébé avec des bras qui le portent, des mains qui le touchent et le manipulent. Ce à quoi l'on a affaire c'est à un bébé avec une mère qui le soutient, lui parle et le regarde. “*

(Lefèvre, 2011, p.31).

---

Les interactions précoces demandent une disponibilité psychique et physique de la part de la mère puisqu'elles se déploient sur trois registres : corporel, visuel et vocal (Lebovici, et al., 1991). La manière de porter son bébé, de lui parler, de s'ajuster à ses besoins, de le regarder ou encore de le penser, traduisent la qualité de ces interactions. L'observation clinique et le recueil des ressentis de la mère et de son entourage sont indispensables pour dépister un trouble à ce niveau, et les potentielles conséquences sur le bébé et sa mère.

Le trouble des interactions précoces peut être, dans certains cas, une conséquence d'une pathologie ou d'une difficulté sous-jacente non liée au post-partum. En revanche, les études confirment les étroites relations entre la dépression post-partum et les troubles des interactions précoces. Les signes les plus abordés prennent leur fondations dans l'indisponibilité affective de la mère, qui l'empêcherait de s'adapter et de répondre aux besoins que l'enfant manifeste (Tissot, Frascarolo-Moutinot, Despland, Favez, 2011). Ces réponses se déclinent sur trois versants : un excès de stimulation (comportement intrusif, excessivement anxieux), un manque de stimulation (une mise en retrait) ou des stimulations paradoxales.

Dans le post-partum immédiat, des signes d'un trouble des interactions précoces peuvent être observés. Les premières manifestations impliquent un désinvestissement dans

les soins du bébé, un manque de contact visuel ou de parole adressée, un portage banal sans peau à peau ou au contraire, une anxiété démesurée quant au bien-être du bébé associée à un surinvestissement des soins.

## **II.4. La bulle psychocorporelle de la femme durant la période subaiguë du post-partum**

### **II.4.A. Être habitée par la vie : le fœtus cet autre en soi**

La grossesse, par sa dimension de remaniement identitaire, de mutation, questionne les limites corporelles de la femme et par là même, la notion d'unité corporelle propre. « Cette articulation de « l'autre en soi » peut être envisagée avec plus ou moins de souplesse dans les représentations parentales » (Bertand, 2011, p.356). « L'expérience de la passivité inhérente à la gestation teinte également le vécu des parturientes, un nouvel être investissant désormais l'intérieur de leur corps » (Reeves et al., 2016, p.44).

L'enveloppe peau, première enveloppe corporelle, s'étire et s'assouplit pour laisser place à l'enfant en devenir. La membrane de l'utérus, bien qu'interne au corps de la mère, matérialise une deuxième différenciation entre le soi (la mère) et le non-soi (le fœtus). Il y a maintenant un deuxième être à l'intérieur du corps, la femme n'est plus "seule en elle". Gennart (2011) invite à penser la perte des limites lors de la gestation comme source de vulnérabilité pour le corps-propre. « Ce qui menace spécifiquement le corps apparaissant, c'est la destruction des limites qui lui sont essentielles, c'est l'infiltration de l'autre au cœur de soi » (Ibid, p.275). Cette vulnérabilité accrue peut mener à penser à une confusion dans la représentation des limites psychocorporelles, pouvant s'avérer floues lors de cette période.

Houzel affirme 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 » (Houzel, 2010, p.9).

A son tour, Éric Pireyre, (2015) décrit l'enveloppe psychocorporelle comme un concept psycho-affectif permettant de penser la représentation psychique de la peau telle une limite contenant le soi corporel et psychique. L'auteur mentionne que la seule évocation d'une limite

corporelle ne suffit toutefois pas à définir l'enveloppe psychocorporelle. Il faut pour cela y ajouter de l'affectif, de la relation et de l'investissement de l'esprit.

Lors des examens obstétricaux (touchers vaginaux, échographies pelviennes, prises de sang...) les enveloppes psychocorporelles peuvent être effractées. Cette spatialité de l'intime est particulière en ce sens qu'elle expose l'espace du dedans qui devient, au fil de la grossesse, visible au monde extérieur et aux autres. Ce phénomène est accentué par les techniques d'imagerie médicale : devenu comme transparent, l'intérieur du ventre maternel est accessible à la vue des médecins, des futurs parents et, si ces derniers en partagent les images, à leur entourage. « La vision précède la perception, la modifie et vient éveiller l'émergence identitaire de l'enfant à naître » (Cailleau, 2009, p.80). "Cet investissement par le visuel semble lever un coin du voile mystérieux sur l'origine de la vie " (Bourguiba, 2023, p.68)

Les mouvements fœtaux vont marquer une première distinction, une première limite entre le giron maternel et le fœtus. « Dans une sorte de dialogue tonique du dos du bébé avec la paroi utérine, la somesthésie est la première sensorialité à se mettre en place » (Bentata, 2020, p.85). Sous cette peau commune, cette différenciation est marquée par le vécu cénesthésique de la mère et par les informations sensori- tonico-motrices pour le bébé. Ainsi, le lien entre le dedans et le dehors, le soi et le non-soi et le remaniement identitaire de subjectivation de la future mère est en rapport intime et complexe avec ce qu'elle traverse par et dans son corps. L'expérience de la grossesse induit une reconquête perpétuelle du sentiment d'unité corporelle.

« L'approche de l'accouchement, de ce déménagement écologique, réanime chez la future mère des craintes enfantines de vidage de l'intérieur du corps. Cette prévision correspond aussi à l'anticipation d'une hémorragie narcissique inhérente à la naissance : le passage de l'attention sociale sur la femme enceinte à celle accordée au bébé. » (Cailleau, 2009, p.84).

#### **II.4.B. L'enveloppe institutionnelle : penser le cadre thérapeutique dans sa dimension contenante**

L'enfant et le placenta sont à présent hors du corps de la femme. L'accouchement a laissé des traces, et éventuellement des cicatrices psychocorporelles à vif. La peau, la poche

des eaux et possiblement la moelle épinière ont été percées, coupées, déchirées. La maîtrise des sphincters urinaire et anal peut s'accompagner d'une incontinence, souvent perçue comme régressive.

L'enfant, dans une relation symbiotique, ne fait qu'un avec sa mère, suspendu à son regard, sa voix, son sein. Une nouvelle bulle psychocorporelle est alors en formation, étayée par le cadre institutionnel, thérapeutique et humain.

L'institution hospitalière, à savoir le service de maternité dans lequel sont accueillies les patientes, se veut contenante dans le sens où tout est normalement pensé pour le bien-être des familles. La pluralité des intervenants médicaux et paramédicaux permet un relais permanent et une continuité du soin entre les différents soignants de jour comme de nuit, tissant idéalement une sorte de cocon protecteur autour de la patiente et de son enfant. Dans les témoignages que nous avons pu recueillir, il n'est d'ailleurs pas rare que des patientes mentionnent le service comme une bulle sécurisante et aseptisée, hors de laquelle elles appréhendent de devoir trouver de nouveaux repères. Ces dernières expriment qu'une fois sorties, elles seraient à la merci d'éléments extérieurs potentiellement dangereux pour leur enfant. Ainsi, si certaines mères ont hâte de regagner la "bulle privée" que représente leur domicile, d'autres préfèrent prolonger autant que faire se peut ce temps suspendu dans le service mère-enfants, s'y sentant contenues et protégées.

Alors comment en tant que pm, penser le cadre de nos interventions en maternité dans une dimension contenante et ainsi favoriser cette bulle psychocorporelle à la genèse du post-partum ?

Idéalement, avant toute proposition de soin à son patient, le thérapeute psychomotricien pense le cadre de sa séance. Il organise un espace qui se veut rassurant, accueillant et propice au soin. Il pense à son propre positionnement dans l'espace de l'autre, selon le code de la proxémie. Il prévoit un temps dédié spécifiquement au patient et en convient avec lui, si possible à l'avance. Il prend en compte et adapte les afférences sensorielles (lumière, température, musique).

De même, l'ajustement relationnel du thérapeute quant à une certaine directivité ou au contraire une souplesse durant les séances est réfléchi, et peut être sans cesse réajusté en fonction des besoins du patient. Faisant partie intégrante du projet de soin, ces éléments sont

indispensables à l'établissement d'un cadre contenant, et s'apparentent à une forme d'enveloppe thérapeutique. Là encore nous pouvons parler du cadre thérapeutique comme d'une bulle contenant au service du soin.

#### **II.4.C. Le séjour en maternité, berceau des liens précoces**

C'est au cœur de cette bulle psychocorporelle que les liens précoces se tissent entre la mère et son enfant, que la famille se crée.

Pour la femme, qui est mère en devenir, les échanges avec son bébé commencent toutefois dès sa conception. Elle le rêve, se le représente, le regarde à travers les premières images d'échographie. Ensuite, elle le sent bouger, l'imagine grandir dans son ventre qui s'épanouit. Elle touche sa propre peau abdominale, qui accueille les mouvements de ce bébé. Elle lui parle, lui chante.

À la naissance adviennent le premier toucher, le premier cri, le premier regard. Naître et devenir mère, c'est aussi une expérience sensorielle.

Le premier cri annonce la vie et apporte lorsque tout va bien des informations sur la fin de l'expulsion du bébé et sur son état de conscience. Le premier toucher arrive ensuite, s'il n'y a pas eu des complications pendant l'accouchement, avec le peau à peau qui permet les premiers échanges tactiles et émotionnels. Au creux de cette proximité s'installe le premier regard qui marque symboliquement la rencontre, la reconnaissance mère-bébé. Dans les premières heures ou premiers jours du post-partum aura lieu la première tétée ou biberon. C'est dans ce cadre sensoriel que le holding, terme désigné par Winnicott, se fonde. Pour l'auteur, le holding (traduit comme maintien) représente la totalité des soins que la mère apporte à son bébé pour répondre à ses besoins physiologiques et psychiques (Boukobza, 2003).

Ces nouveaux comportements et gestes chez la femme étayeront des interactions précoces satisfaisantes, dans l'objectif de créer un lien d'attachement avec son bébé. Le comportement d'attachement est une conduite dans laquelle l'on identifie une recherche ou un maintien de la proximité à un individu différencié et préféré (Tereno et al, 2007).

Selon les 1000 premiers jours :



“Pour son bon développement psychique et affectif, un bébé a besoin d’un lien d’attachement sécurisant avec au moins un adulte. Lorsqu’il se sent ainsi aimé, considéré et en sécurité, cela favorise :

- Le développement de ses capacités à s’exprimer, à voir, sentir, toucher...
- Ses capacités à apprendre, à s’adapter aux nouvelles situations qu’il rencontre, à contrôler ses émotions.
- Sa confiance en lui et sa capacité à nouer plus tard des relations stables et de qualité.”  
(www.1000-premiers-jours.fr, 2023, paragr. 2)

Ces modalités s’affinent durant le séjour à la maternité et pendant ces quelques jours, la proximité physique est indispensable pour l’accomplissement de la dyade mère-bébé. Dans ce cadre, il faut aussi prendre en compte la capacité de la femme à faire de la place psychiquement et physiquement à ce nouvel être. Cela implique des réaménagements psychiques, physiques et sociaux.

Si la femme joue un rôle précoce dans ces premiers liens, le co-parent aussi, car il ou elle participe à ces premières interactions. De nos jours, des organisations familiales qui diffèrent du traditionnel mère-père-bébé sont observables et il est indispensable de les prendre en compte. Il existe autant de modalités différentes que de familles, et même si la dyade mère-bébé demeure stable, la place traditionnelle du co-parent peut aujourd’hui prendre de nouvelles dimensions.

Nous avons pu rencontrer et accompagner des femmes qui abordent la maternité seules par le moyen d’une PMA ou par l’absence de co-parent. D’autres femmes sont accompagnées de leur propre mère dans un partage transgénérationnel rempli d’émotions :

---

*“Si je pouvais prendre sa douleur pour moi je le ferais”*

(Témoignage de la mère de Madame M à propos des pleurs de sa fille, lors d’une séance de psychomotricité à laquelle elle a assisté)

---

Parfois, certaines femmes, en l'absence de co-parent, font de la place à un tiers, alors qu'elles avaient initialement prévu de vivre leur maternité seules. Être accompagnée pendant la grossesse et/ou l'accouchement peut ouvrir la porte à une maternité finalement bien entourée.

Boris Cyrulnik affirmera que "le père est une invention de la mère" (Cyrulnik cité dans Brenot et Képes, 2014, p.71). Cette affirmation a pour vocation de confirmer que la place du co-parent s'initie dans le psychisme maternel. Celle-ci tisse ses premiers liens avec son bébé, et pourra permettre à un tiers de créer "une fenêtre vers le monde extérieur" (Brenot et Képes, 1998, p.71) et de nouvelles relations. Ces liens précoces, c'est-à-dire, la création de la dyade mère-bébé et l'ouverture vers une triade ou vers l'extérieur, seront indispensables pour le bon développement du bébé mais aussi pour le bien-être de la mère.

En nous permettant d'avoir accès à la bulle de leur post-partum subaigu, et en acceptant nos soins, ces mères et ces familles nous ont rendus témoins de la précieuse complicité qui viendra élaborer ces liens. C'est pour nous un privilège d'avoir pu assister à ces moments d'intimité et ainsi penser ensemble l'accompagnement de ces femmes, afin d'élaborer le projet de soin psychomoteur que nous présentons ici.

### **III. UN PROJET DE SOIN PSYCHOMOTEUR : PENSER L'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES EN PÉRIODE SUBAIGUË DU POST-PARTUM**

---

#### **III.1. Cheminement clinique et réflexions sur le cadre**

##### **III.1.A. Indications et limites**

Nos journées de stage sont rythmées par les prises en charges médicales dont les patientes bénéficient, et qui ont lieu pour majorité en matinée. Cette temporalité nous a permis de cibler trois à quatre patientes par jour afin de leur proposer nos soins. Pour ce faire,

nous disposons du tableau de transmissions journalières de l'hôpital (soumis au secret médical et ne pouvant pas être diffusé). Celui-ci comporte des informations sur l'accouchement (date, actes instrumentaux...), l'état somatique actuel de la patiente et du bébé et la date de sortie prévue. Il nous donne également accès à des éléments retenant particulièrement notre attention : une anamnèse médicale, l'intensité des manifestations douloureuses, mais aussi un vécu potentiellement difficile de l'accouchement, des antécédents parentaux comme un deuil périnatal, un traumatisme, des particularités psychopathologiques ou contextuelles (précarité socio-économique, violence conjugale, addiction...). Enfin, il peut être mentionné si la patiente a souhaité ou au contraire refusé une consultation auprès des psychologues ou psychiatres du service.

En lien avec l'analyse de ces éléments, nous échangeons avec les sages-femmes et les psychologues qui sont intervenu(e)s auprès des mères soit pendant l'accouchement, soit lors du suivi en suites de couches.

Au besoin, nous pouvons aussi avoir accès au dossier complet de chaque patiente. Ces éléments nous permettent de poser des indications pour les prises en charge et d'aller rencontrer nos futures patientes en chambre.

Prenant en compte les contraintes temporelles, le nombre de patientes, nos objectifs thérapeutiques et nos limites, nous avons identifié certains critères de non-inclusion pour proposer nos séances de psychomotricité.

Tout d'abord, nos patientes doivent avoir accouché au minimum vingt-quatre heures avant notre rencontre. La raison principale de ce choix se base sur l'indisponibilité physique et psychique de la jeune mère. Effectivement dans les premières heures après l'accouchement, la mère et le nourrisson bénéficient d'un suivi médical conséquent dont l'objectif est de s'assurer qu'il n'y a pas d'urgences vitales. Ce sont aussi les premiers instants de présence du bébé à l'extérieur du corps de la femme pour la formation de la dyade. Les premiers peau à peau, les premiers portages, peut-être même les premières tétées auront lieu. La maman, n'a souvent pas fait sa toilette et la bulle olfactive permet des échanges précieux. La première nuit peut être particulière aussi. Parfois le bébé aura besoin de beaucoup de repos après son arrivée au monde. La femme vit sa première nuit en tant que mère, certaines arriveront à se reposer, d'autres n'en éprouveront pas d'emblée le besoin, étant galvanisées par les bouleversements hormonaux.

Nous avons fait le choix de ne pas prendre en charge de patientes présentant des troubles ou des antécédents psychiatriques, des traumatismes majeurs ou ayant subi des violences sexuelles ou physiques. Cette décision, longuement réfléchi, se base là encore sur le cadre, la temporalité et nos objectifs thérapeutiques. Par ailleurs, beaucoup de ces patientes bénéficient déjà d'une prise en charge psychologique à long terme, modalité que nous ne pouvons pas assurer. Enfin, nous excluons aussi les femmes sortant de la maternité le jour même, ces dernières étant préoccupées par la logistique du retour au domicile et ne pouvant, de ce fait, être psychologiquement disponibles.

Concernant les critères d'inclusion, nous nous plaçons dans une dynamique de dépistage et de prévention des troubles du post-partum, dont les facteurs de risques sont des éléments qui, s'ils sont identifiés, deviennent alors nos indications. Tout d'abord, nous recherchons dans les dossiers médicaux et auprès des sages-femmes les signes d'un vécu subjectif difficile de l'accouchement. La modalité médicale d'accouchement (par voie basse, avec ou sans instruments, avec ou sans péridurale, par césarienne) peut avoir un impact sur la manière dont la mère a vécu ce moment, mais d'autres facteurs personnels et environnementaux peuvent s'avérer déclencheurs d'un mal être profond.

La douleur somatique est une plainte courante dans le post-partum immédiat. Malgré cela, certaines patientes manifestent des douleurs handicapantes pouvant, pendant les premiers jours de vie du bébé, avoir un impact sur l'expérience précoce de la maternité chez la femme. Accompagner ce vécu douloureux demeure l'un des objectifs principaux de nos prises en soin. D'autres manifestations psychosomatiques comme le stress et l'anxiété sont aussi courantes parmi cette population : la peur de l'inconnu, de mal faire, de ne pas être à la hauteur... sont des témoignages divers et variés qui nécessitent un accompagnement.

Dans certains cas, la dyade est contrainte à une hospitalisation plus longue qu'à l'accoutumée. Dans cette maternité de type I, les raisons de ces désagréments ne sont pas des urgences vitales. Dans bien des cas, il s'agit d'un ictère physiologique du nourrisson, qui selon le dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine (2024), apparaît chez 30% des nouveaux nés. Ces séjours en maternité allongés, peuvent avoir des impacts psychosomatiques sur la mère, et deviennent une indication pour nos prises en charge.

Des parcours de maternité complexes, notamment les fécondations in vitro (FIV) et les familles monoparentales, constituent pour nous des facteurs de vigilance quant au vécu de ces mères, d'une part pour la difficulté du parcours et d'autre part pour le risque de sentiment de solitude. Nous rencontrons également des patientes qui, sans répondre à nos critères d'inclusion, se trouvent cependant dans des cadres sociaux de précarité, ce qui nous amène à porter une attention particulière à leurs éventuelles appréhensions du retour à domicile.

Après avoir identifié nos potentielles patientes, et avoir échangé avec l'équipe, nous allons rencontrer les mères dans leurs chambres. Nous leur présentons alors notre métier, nos actions et leur proposons une séance individuelle ou groupale pour l'après-midi.

### **III.1.B. Méthodologie et projets thérapeutiques**

L'objectif principal de nos actions est de contribuer à une meilleure expérience du vécu de la maternité, dans une optique de dépistage et de prévention des troubles du post-partum et des interactions précoces. Les mères en période de post-partum immédiat représentent une population très hétérogène au niveau des besoins de prise en charge. Compte tenu du nombre de patientes rencontrées pendant l'année, les axes thérapeutiques sont multiples et variés. Nous présenterons en premier lieu les objectifs thérapeutiques pensés pour nos prises en charges individuelles, modalité principale de notre projet cette année. Puis l'élaboration de notre projet de groupe mis en place les derniers mois de notre stage expérimental.

#### **III.1.B.a. Les prises en soins individuelles :**

Pour établir un projet thérapeutique adapté à chaque patiente, nous nous appuyons en premier lieu sur notre tableau des fonctions psychomotrices impactées (cf. supra), couplé aux informations recueillies dans le dossier des patientes et auprès de l'équipe, puis sur un premier entretien individuel lors de la rencontre avec la mère.

De manière générale, nous proposons d'entamer un travail d'**appropriation du vécu périnatal** (accouchement, suite de couches, vécu à l'hôpital, allaitement...) par le moyen du

toucher thérapeutique, de l'étayage de la conscience corporelle (tensions, relâchements, posture) et la verbalisation.

Les plaintes des jeunes mères sur leur anxiété ou leur inquiétude amènent souvent à des propositions autour de la **régulation tonico-émotionnelle** par le dialogue tonique, la respiration, les mobilisations douces ou encore le toucher afin de permettre une meilleure gestion de la douleur, du stress ou de l'anxiété.

D'autre part, il nous semble indispensable de soutenir la restauration des **enveloppes psychocorporelles** mises à mal pendant l'accouchement et ces premiers jours du post-partum. Nous portons un intérêt particulier à l'enveloppe peau (par le toucher thérapeutique), l'enveloppe sonore (par la voix et la musique), l'enveloppe psychique (par l'accueil et validation des ressentis) et le respect de la bulle ou l'enveloppe familiale de la chambre de l'hôpital (par le respect du cadre pendant la séance).

« [...] le psychomotricien utilise les enveloppes tactile, visuelle et sonore afin "d'envelopper" et de contenir lui-même la personne pour qu'elle renoue l'expérience d'être contenue physiquement et psychiquement » (Charpentier, 2014, p. 13).

L'accouchement peut avoir un impact sur les **représentations corporelles** de la mère. Notre volonté est d'étayer la réactualisation du schéma corporel avant/après accouchement avec en parallèle un travail sur l'image du corps en lui attribuant une dimension plus agréable.

Enfin, nous accompagnons la rencontre entre la mère et son bébé par le dialogue tonico-émotionnel qui se joue pendant la séance, et par un accompagnement verbal au service des **premiers liens d'attachement**.

### III.1.B.b. La fonction contenante du groupe

Lors de nos rencontres en séances individuelles, les mères nous ont très souvent fait part d'un sentiment de solitude et d'isolement, nous amenant alors à nous questionner sur la nécessité de répondre à leur besoin d'entrer en relation autrement que dans une dimension soignant-soignée. Nous avons donc décidé de mettre en place des séances groupales

auxquelles étaient conviées toutes les mères du service. Après réflexion avec l'équipe sur la façon de communiquer autour de ces groupes, nous avons mis en place un affichage (cf. annexe 11) en service mère-enfant, salles d'attente des consultations obstétricales et psychologiques, au poste de soin et à la pouponnière.

L'objectif premier de cette médiation groupale était de créer du lien entre les patientes de la maternité, en leur proposant d'investir un autre lieu que leur chambre, tel un espace de liberté où elles pourraient s'autoriser à échanger autour de leurs expériences et de leurs vécus subjectifs. En outre, ce groupe ouvert, permettrait aux mères d'être dans la démarche active de se rendre dans ce dispositif.

Parallèlement, nous y avons amorcé un travail sur les appuis et la verticalité : se relever, se remettre en mouvement, physiquement et symboliquement. Le dialogue tonico-émotionnel se jouant lors de ces temps de partage permettrait alors aux mères d'accéder à un sentiment de réassurance, voire au tissage de liens de complicité naissants entre les patientes.

Les séances groupales se sont déroulées dans le patio, à l'étage des chambres des mères et à la suite des réunions collectives d'information sur la sortie des familles. La durée était d'une heure, et le nombre de patientes variait entre deux et cinq patientes. Nous commençons par nous présenter ainsi que notre métier avant de donner la parole aux mères, à leur tour invitées à se présenter et à parler de leur accouchement, ou de tout autre sujet qu'elles avaient envie d'aborder. Puis nous proposons un travail de mise en corps autour de la respiration et de la conscience des appuis à l'aide de balles à picot sous les pieds, suivis d'étirements sur chaise, adaptés à la période post-natale, et inspirés de la méthode de la Docteure Bernadette De Gasquet. Pour finir, nous menions un temps de parole ouverte sur les ressentis psychocorporels des patientes, étayées par des images de verbalisation (cf. annexe 9).

Nous avons pensé ce groupe thérapeutique à médiation corporelle comme une aire transitionnelle entre la chambre de maternité et le monde extérieur, "une transition entre soi et les autres" (Potel, 2019, p.417).

### III.1.B.c. Le rôle du binôme

Depuis le début de ce stage nous avons aussi pris la décision de proposer les séances individuelles et groupales en binôme. La possibilité de faire des séances séparées, c'est-à-dire avec une seule thérapeute par séance s'est présentée, mais nous avons trouvé cette modalité moins adaptée pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la prise en charge en binôme nous a permis d'avoir une thérapeute exclusivement concentrée sur la femme, réfléchissant aux objectifs thérapeutiques et mettant en place la séance de psychomotricité. Pendant ce temps, l'autre thérapeute assurait le cadre sonore (support musical), veillait à éviter les interruptions (par exemple, être alerté sur la récupération du plateau repas et permettre d'avoir le moins de dérangement possible) et veillait aussi sur le bébé en l'absence de co-parent. L'enfant était parfois dans son berceau, et la deuxième thérapeute observerait alors ses états de sommeil et d'éveil. Elle pouvait proposer un contact rassurant ou un bercement si la maman avait donné son accord, ou amener le bébé dans les bras de sa mère si besoin, afin que la séance se poursuive en corps à corps, voire en peau à peau. Si le bébé se trouvait dans le lit avec la mère, la co-thérapeute portait une attention particulière au portage, aux signes d'endormissement de la maman et du bébé et au confort de ces derniers. Par ailleurs, elle participait par une observation active, avec un œil psychomoteur sur les manifestations de la patiente et les différentes propositions de sa collègue. Elle remplissait aussi une grille d'observation psychomotrice que nous avons créée spécifiquement pour nos séances (cf. annexe 8). En début et/ou fin de séance, nous utilisons si besoin des outils d'aide à la verbalisation, (images à choisir, silhouette à surligner, nuancier avec curseur...), pour aider les patientes à élaborer sur leurs ressentis. Nous menions parfois ce temps de verbalisation ensemble, en fonction des besoins de la mère.

A la fin de chaque séance nous prenions un temps pour échanger entre nous. Cela nous permettait de nous distancier quelque peu du vécu pris dans la relation directe, en ayant un regard plus extérieur. En fin de journée, nous transmettions dans le dossier de chaque patiente la trace de notre séance (heure, modalité individuelle ou groupale, médiation) tout en veillant à respecter la confidentialité de nos échanges. Lorsque nous jugions cela nécessaire, ou à la demande des patientes, nous prenions contact avec l'équipe de psychologues et faisons le relais des besoins repérés ou évoqués.



### **III.2. La relaxation psychomotrice : une médiation au service des fonctions psychomotrices impactées en post-partum**

Le choix de la relaxation psychomotrice comme médiation s'est présenté telle une évidence. Premièrement, ce sont les limites somatiques de ces patientes qui ont guidé notre réflexion. La docteure Bernadette De Gasquet aborde, dans ses recommandations physiologiques autour du post-partum, la nécessité d'un repos en position couchée. Effectivement, après l'accouchement les organes de la femme, notamment l'utérus qui est désormais délivré du poids du bébé, souffrent de modifications diverses et la posture verticale est alors délétère dans l'immédiat. De Gasquet préconise que, selon les cas, la jeune mère devrait passer plus de temps en position horizontale que verticale pendant les six premières semaines après l'accouchement (De Gasquet, 2009, p.332). Il s'avère néanmoins difficile dans notre société de prendre le temps pour honorer un repos de cette envergure et nous retrouvons des mamans très actives quelques heures seulement après avoir accouché. En ce sens, la relaxation psychomotrice peut se proposer dans différentes postures dont le décubitus dorsal ou latéral, respectant la physiologie du corps de la femme en post-partum. Ensuite, cette médiation s'adapte aussi aux contraintes spatiales de la chambre de la maternité : elle ne demande pas nécessairement de grand espace ni de matériel spécifique. Au contraire, le lit modulable de la chambre d'hôpital se prête parfaitement aux besoins de ce type de prise en soin. Mais surtout, la relaxation psychomotrice est une médiation qui s'inscrit dans un travail psychocorporel, et grâce à laquelle nous pouvons aborder et travailler tous les axes thérapeutiques que nous avons décrit ci-dessus.

Dans ce cadre nous menons trois à quatre séances individuelles de relaxation psychomotrice par jour. Cette médiation a été au cœur de nos prises en charge et de notre réflexion clinique. La présentation de la relaxation psychomotrice que nous exposons ci-dessous est le fruit de nos cours, de nos recherches et de notre expérience clinique en service de maternité.

#### **III.2.A. Les différents temps de la relaxation psychomotrice**

La relaxation psychomotrice est une médiation de soin visant à favoriser le lien entre le corps et le psychisme. Mado Thiveaud, formatrice à cette approche, explique comment "la

relaxation psychomotrice va favoriser la prise de conscience des sensations, la libération des tensions (physiques et psychiques). Elle va progressivement permettre au relaxé un autre investissement de l'espace, des objets et des autres humains dans des relations plus harmonieuses." (Thiveaud, 2003, p.2)

Elle a donc pour objectifs, outre le relâchement musculaire, l'apaisement ou la détente, de permettre au patient d'aller à la rencontre de ses propres sensations et de s'approprier ou se réapproprier tout un vécu sensori-moteur. A partir de là, et à la mesure de ses capacités, le patient peut réaliser un travail de représentation et de symbolisation de l'expérience du corps en relaxation. Nommer ce que l'on ressent, verbaliser le sensori-moteur, c'est déjà parler de soi, c'est pouvoir passer de l'indicible à quelque chose de communicable.

Cette médiation est basée sur le dialogue tonique entre le psychomotricien et son patient, et nécessite la mise en place d'une relation thérapeutique propice au soin psychomoteur incluant souvent le toucher. Il n'y a pas de séance, d'exercices et de progression codifiés. Ce qui est proposé au patient est fonction de ce qu'il exprime verbalement et corporellement. Cette manière de pratiquer la relaxation ne constitue pas une méthode, mais plutôt une médiation, un outil dans une démarche thérapeutique qui s'appuie sur une réflexion par rapport à la problématique du patient. C'est une pratique suffisamment ouverte sur toutes sortes d'aménagements possibles, utilisant le mouvement et la posture. Ce temps de relaxation est une rencontre avec le thérapeute, et finalement avec soi-même, où la personne peut se sentir accompagnée et reconnue dans ce qu'elle vit. Dans cet accompagnement, les séances sont structurées autour de cinq temps qui constituent surtout des repères. Ils peuvent être plus ou moins longs, faire l'objet d'aménagements divers et se succéder dans un ordre différent.

---

"La relaxation psychomotrice est avant tout une démarche créative, toujours en mouvement, amenée à évoluer et à s'adapter à la personne à laquelle elle s'adresse".

*(Caut, 2002, p.31)*

---

## **1. L'installation**

Le patient est invité à trouver une position qui lui soit confortable. Comment le fait-il ? En dit-il quelque chose ? L'installation constitue déjà un temps où le sujet doit accepter de se poser. Ce temps peut être assez engageant pour le patient car il s'agit de s'exposer au regard d'autrui et de faire des choix pour soi-même. Ce moment d'installation est déjà un premier travail d'attention à soi, une première prise de conscience de ses appuis, de son état tonique et de ses besoins et enfin un moment d'échanges, d'accompagnement et de contact entre le thérapeute et son patient. Le psychomotricien cherche à instaurer un climat de sécurité et de confiance où le patient va pouvoir se sentir reconnu et accepté dans sa singularité puisqu'aucun protocole ne lui est imposé. Le thérapeute, par sa présence, a une fonction d'écoute attentive, d'aide et de sécurité. Il peut avoir une première lecture psychomotrice de l'infra-verbal (mimiques, états toniques, crispations, respiration...) du para-verbal et de la posture du patient.

## **2. Les mobilisations**

Les mobilisations utilisent le sens tactile et kinesthésique. Ce ne sont ni des manipulations, ni un contrôle. Il s'agit de mouvements simples, de contacts, de pression ou d'enveloppement dont le but est de communiquer des informations proprioceptives à la personne en relaxation, de lui donner des indications sur son état tonique et sur le positionnement de son corps. Le dialogue tonique qui s'instaure peut alors opérer un effet de miroir et de régulation modifiant l'état tonique du sujet. Ces mobilisations s'apparentent au toucher thérapeutique et peuvent prendre différentes formes. Parmi elles nous utiliserons dans nos séances ce que Véronique Defiolles-Peltier décrit comme le "toucher contenant" (les mains du thérapeute ne bougent pas, elles contiennent une articulation à l'inspiration et la relâchent à l'expiration) et "le toucher enveloppant" (les mains bougent pour marquer l'empreinte de la silhouette du sujet en en faisant soit le contour, soit un balayage d'une extrémité à l'autre). (Defiolles-Peltier, 2024)

Le thérapeute peut également utiliser le contact direct ou médiatisé par un objet (balles, tissu...). La mobilisation est le fruit d'un projet et d'une intention de la part du psychomotricien. Intention qui s'appuie sur ce qu'il observe et ressent du patient et de ce qu'il entend de sa demande. C'est un acte posé en forme de réponse à nos observations, soutenu

ou non de paroles. Les mobilisations proposées par le thérapeute amènent aussi l'expérience de nouvelles informations sur soi-même, expérience qui peut être source de changement. En cela, la relaxation psychomotrice relève d'une démarche thérapeutique et se démarque d'un soin de confort et de bien-être.

### **3. L'approfondissement**

Il s'agit d'un état de détente profonde que la personne peut atteindre pendant la relaxation. L'abaissement tonique n'est pas, ici, une fin en soi mais un moment où la place est laissée à la personne pour une prise de conscience de son ressenti, un apaisement, peut-être une rêverie... Ce temps, avec la verbalisation finale, favorise l'intégration psychomotrice du sujet et permet ainsi de placer cette médiation du côté du soin, de la rendre thérapeutique.

### **4. La reprise**

La reprise ou temps de retour est le temps que la personne en situation de relaxation peut prendre pour passer d'un état tonique assez bas à celui d'un état plus dynamique, favorisant la reprise d'un tonus de fond plus élevé. La reprise est également un temps où la personne accompagnée dans sa relaxation va se réinscrire dans une relation à l'autre plus active. Ceci passe par l'exécution de mouvements progressivement de plus en plus dynamiques. C'est un moment de passage, d'un état à un autre, d'une position à l'autre. Le thérapeute invite le patient à reprendre, à son propre rythme, contact avec le monde qui l'entoure, à retrouver son rythme propre d'activité, son tonus d'action. Ce temps est accompagné par la présence rassurante du thérapeute et demande de disposer de suffisamment de temps, afin de s'accorder à la temporalité du patient. La verbalisation peut alors commencer.

### **5. La verbalisation**

La verbalisation est présente et active à toutes les étapes du cheminement de la relaxation psychomotrice, mais souvent un temps lui est particulièrement consacré après la reprise. Parler de son corps c'est déjà accepter de s'ouvrir à l'autre. Par la mise en mots et en images, la personne se dégage des sensations perçues, de l'archaïque, pour effectuer un travail de représentation, de mise en sens de l'éprouvé corporel et d'intégration sensorielle.

La verbalisation permet de passer du sensori-moteur au psychomoteur pour que le langage du corps s'inscrive dans la psyché. En cela, un véritable travail de tissage se réalise entre les sphères sensorielles et psychiques. (Caut, s.d.)

C'est un travail de mise à distance, d'élaboration (ne pas rester dans le sensori-moteur, y mettre des mots) d'appropriation, d'individualisation, de continuité et aussi de créativité.

La relaxation psychomotrice peut s'adresser même à des personnes très démunies, le terme de verbalisation ne signifiant pas seulement la parole : le silence d'une patiente peut également être parlant, et faire sens. Alors, la mimique, le regard, la qualité des gestes en fin de séance peuvent être considérés comme des moyens de communication infra-verbale. Le thérapeute peut proposer toutes sortes de supports dans le but d'aider le patient à mettre en forme son ressenti intérieur afin que l'intime puisse s'extérioriser et se partager avec autrui. Dans la relation thérapeutique, la verbalisation fait évoluer vers une distanciation, en introduisant l'altérité et la nécessité du langage. Le travail du thérapeute ne se situe pas dans l'analyse des contenus (au sens psychanalytique) mais il s'agit de recevoir la verbalisation, d'accompagner la personne dans ce travail de mise en mots et de recherche de sens. La verbalisation, c'est tout ce qui fait langage, tout ce qui tend à donner du sens. Elle offre ainsi une valeur structurante au travail thérapeutique engagé et ouvre la voie à des remaniements psychocorporels possibles. Cet espace de liaison entre corps et psychisme devient alors un lieu où la personne se sent reconnue, comprise et accompagnée par un tiers. Les mots qu'elle prononce prennent corps alors que son ressenti corporel est nommé.

### **III.2.B. La respiration lors de la relaxation psychomotrice**

Lors de nos séances de relaxation, nous utilisons la respiration comme un outil thérapeutique permettant bien souvent un relâchement psychocorporel chez les mères.

La respiration est décrite par V. Defiolles-Peltier comme un outil essentiel de la thérapie, dans la mesure où il renvoie à des sensations archaïques de la vie. « La respiration étant un mode d'échange entre l'intérieur et l'extérieur du corps, elle est la base d'une première ébauche de travail sur les limites corporelles, et permet la réintégration de la notion du dehors et du dedans. » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 253).

La respiration peut donc être liée à un travail sensoriel venant matérialiser les espaces corporels internes et externes. Ainsi, la sensation de fraîcheur induite par l'air entrant dans les narines, contraste avec l'air plus chaud qui en ressort, permettant de conscientiser la température de son propre corps.

“Les mouvements que produisent les respirations sont également des sensations intéressantes sur lesquelles s'appuyer pour moduler son amplitude et sa localisation. Ce travail autour des amplitudes respiratoires et de ses sensations proprioceptives permet de faire ressentir au patient l'espace de son corps, son volume et ses limites.” (Lozano Piccolo, 2019, p.40)

Après les phases d'installation, toutes nos séances de relaxation ont débuté par un travail de guidance respiratoire au cours duquel nous avons justement proposé aux mères d'identifier l'amplitude, le rythme et la localisation de leur propre respiration.

V.Defiolles-Peltier met en lumière l'importance thérapeutique de la participation du patient à sa thérapie. Être acteur du soin et retrouver une certaine maîtrise de sa respiration permet une réappropriation de son autonomie. « A partir de la respiration, une réappropriation du corps propre va pouvoir s'effectuer [...] Ce travail sur la respiration lui restitue une autonomie qu'il est libre de choisir ou de refuser. » (Defiolles-Peltier, 2010, pp. 253-254).

L'autrice et psychomotricienne parle également « d'empathie tonique », désignant la sensibilité du thérapeute face aux différentes manifestations tonico-émotionnelles du sujet ainsi que son adaptation par le dialogue tonique. En service mère-enfant, tout comme nous ajustons le volume et le rythme de notre voix à l'état tonico-émotionnel des patientes et de leur bébé, nous adaptons aussi notre propre respiration, dans un accordage mutuel pour tenter de les guider jusqu'à ce qu'elles trouvent leur propre rythme de confort. Pour cela, nous exagérons volontairement la sonorité de notre souffle, afin que les femmes puissent le percevoir, s'en imprégner, voire s'y raccrocher même les yeux fermés.

Bien évidemment, notre respiration témoigne aussi de notre propre état tonico-émotionnel en tant que thérapeute. Elle retentit dans nos gestes, dans nos mouvements, et donc rayonne jusqu'au corps des patientes qui peuvent alors percevoir notre état et nos

intentions du moment lorsque nous les touchons. Alors, lorsqu'il nous arrive de sentir que nous pourrions nous trouver submergées par des émotions trop intenses au chevet d'une patiente, nous utilisons un objet médiateur entre elle et nous afin de minorer la perception qu'elle pourrait avoir de notre état.

De plus, nous prenons toujours soin de nous poser quelques instants entre chaque séance. Ces temps de transition sont indispensables afin de ne pas arriver essouffées au chevet des mères mais surtout de nous délester de ce qui se joue pour nous émotionnellement d'une patiente à l'autre. Nous avons besoin de ces interstices pour retrouver une disponibilité psychocorporelle primordiale à l'établissement de chaque nouvelle relation thérapeutique.

Enfin, nous avons échangé en binôme sur le fait que nous nous sentions nous même bercées lorsque nous menions les séances de relaxation. Plus spécifiquement lors des phases d'accordage respiratoire, nous nous sommes surprises à nous mouvoir dans un balancement quasi permanent, faisant écho à la gestuelle d'une mère berçant son nouveau-né. Ces moments d'accordage incluaient aussi le co-parent, la co-thérapeute et bien évidemment le bébé, d'autant plus lorsqu'il était dans les bras de sa mère. Dans ces situations où les femmes portaient leur enfant pendant la relaxation se jouait alors un triple accordage entre l'enfant, sa mère et la thérapeute.

### **III.2.C. Le toucher thérapeutique comme porte d'entrée du soin psychomoteur**

Il existe une myriade de définitions du toucher. En parcourant les synonymes proposés dans le Petit Robert (Le petit Robert en ligne, s.d.), on constate qu'il peut prendre des sens très différents :

Physique : palper, tâter, effleurer, attraper, vibrer...

Espace : contigu, tangent...nos villes se touchent

Possession : recevoir, gagner ... toucher une prime

Affectif : émouvoir, atteindre ... vos mots me touchent

Virtuel : prendre contact avec ... touche-lui-en un mot

Selon Marc Guiose (2023), le toucher a cette particularité que ses deux aspects – propre et figuré – se tricotent en permanence. Pour le psychomotricien, le toucher s’entend dans le sens premier, c’est à dire relié à la peau, mais également dans un sens plus global.

---

*« En “touchant” un corps, c’est vraiment l’être dans son intégralité, dans son intimité et dans son unicité que l’on “touche” et que l’on atteint »*

(Bonneton-Tabariés & al, 2009, p. 34).

---

La relaxation psychomotrice présentée comme la médiation principale de notre projet de soin utilise le toucher thérapeutique sous ses différentes formes. Ce toucher prend sens en fonction des objectifs thérapeutiques et de la sémiologie du patient. Si nous ne l’avons pas utilisé systématiquement, il a pour autant pris une place très importante lors de nos séances.

### III.2.C.a. La peau comme lieu de rencontre et élément fondateur des enveloppes psychocorporelles

---

*« La peau n’est plus une barrière, mais une fenêtre qui permet la rencontre de l’autre”*

(Vinit, 2007, p.182)

---

L’organe du toucher est la peau. Celle-ci n’est pas seulement le plus grand organe du corps, elle est un point de convergence entre le physique et le psychologique, une interface fondamentale entre le corps et l'esprit. Elle est à la fois une frontière entre soi et le monde extérieur, et un lieu de contact et de communication avec celui-ci. Elle est également un support à partir duquel se manifestent diverses expériences sensorielles, émotionnelles et psychiques, reflétant ainsi l'interaction complexe entre notre être intérieur et notre environnement. En ce sens, la peau peut être considérée comme un élément clé dans la subjectivation humaine ainsi que dans la construction de notre expérience psychocorporelle.



L'enveloppe cutanée fonde le Moi-peau, concept défini par D. Anzieu en s'appuyant sur les travaux de Winnicott. Cette conception suggère qu'à l'instar de la peau qui recouvre le corps, le Moi-peau serait comme une peau psychique, une structure qui enveloppe l'appareil psychique. A l'image des couches cutanées, la peau psychique est considérée comme constituée de plusieurs feuillets.

Parmi les 8 fonctions du Moi-peau, nous choisirons ici d'évoquer celles qui entrent en jeu dans le toucher thérapeutique en relaxation psychomotrice auprès des mères en phase subaiguë du post-partum. En effet, nous pensons qu'aborder ces notions pourra permettre une meilleure compréhension des processus thérapeutiques mis en jeu dans cette thérapie psychocorporelle.

#### La peau comme fonction de contenance physique et psychique :

Cette fonction rejoint la notion de holding de Donald Winnicott. La peau fait office de contenant, d'enveloppe, que vient renforcer le thérapeute en la touchant, en en délimitant les contours. Marc Guiose, (2023), affirme que le sens du toucher permet la conscience de l'unité corporelle, de la continuité du corps. De plus, W.R Bion en 1962, met en évidence l'importance de la « fonction contenante » assurée par un objet externe investi par le sujet pour contenir les projections et les angoisses primaires.

Chez les mères que nous accompagnons, il n'est évidemment pas envisageable de toucher les zones sensibles (thoracique, abdominale, pelvienne) de l'accouchement et de l'allaitement. Pour autant, nous prenons toujours soin de nommer ces parties, afin de soutenir la représentation d'une image unifiée du corps. Pour Houzel, (2005) certains patients ne seraient pas en mesure d'assurer eux-mêmes la transformation nécessaire de leurs éprouvés corporels pour les assimiler psychiquement. Dans notre clinique, c'est alors au thérapeute d'assurer cette fonction contenante.

#### La peau et sa fonction de pare-excitation

Après l'accouchement, cette fonction est mise à mal et la peau ne permet plus d'être protégée des intrusions. Nous veillons donc à toujours prévenir la patiente d'un éventuel toucher, et recueillons son consentement à chaque nouveau type de contact. Le toucher est

toujours franc et doté d'une intention consciemment dirigée vers le projet thérapeutique sous-jacent.

#### La peau comme étayage du processus d'individuation

Le psychomotricien contactant la peau lors du toucher thérapeutique favorise ainsi la différenciation entre le dedans/dehors et le soi/non-soi. Il joue un rôle dans la construction des enveloppes psychiques en délimitant le corps de la patiente. Par sa valeur réflexive, le toucher permet donc de prendre conscience de soi à travers l'autre. La peau, chargée d'affects, peut aussi permettre lorsqu'elle est contactée par le thérapeute, d'induire chez les patientes un sentiment de sécurité intérieur.

#### La peau comme surface d'inter-sensorialité et lieu d'inscription des traces sensorielles.

Le toucher thérapeutique permet de faire des liens entre les différentes sensations déjà présentes ou induites par la relaxation, et d'en laisser des empreintes dans le psychisme des femmes.

#### III.2.C.b. La dimension de régulation tonique et de dialogue tonico-émotionnel lors du toucher :

---

*« Si l'on peut voir sans être vu, entendre sans être entendu, on ne peut pas  
toucher sans être soi-même touché »*

(Prayez & Savatofski, 1989, p. 103).

---

Le toucher thérapeutique est une communication non verbale, un échange, un dialogue entre le thérapeute et son patient. Ce dialogue se construit dans un partage entre perceptions tonico-émotionnelles et perceptions sensorielles, notamment tactiles. Il a été la base et le fil conducteur de nos séances de relaxation psychomotrice, au service de la relation thérapeutique avec les patientes.

Isabelle Caut (2001), précise :

“Le dialogue tonique en relaxation psychomotrice réactualise une modalité relationnelle qui implique totalement la personne. Les expériences toniques, les mouvements et les postures proposées sont autant d’occasions que la patiente pourra saisir pour apprendre à se dire, évoquer ce qu’elle est, élaborer psychiquement son vécu corporel et émotionnel.” (p. 31)

Dans ce dialogue tonico-émotionnel que nous tissons avec les mères, nous nous plaçons dans une position d’écoute fine. Nous examinons avec attention la qualité et la répartition du tonus à travers le corps de la patiente, ses mouvements volontaires ou involontaires et les manifestations corporelles et faciales qui peuvent nous donner des indices sur ses ressentis. En outre, nous travaillons sur les sensations et émotions que notre présence et nos corps peuvent induire. Il nous arrive également de ne pas toucher du tout les mères, lorsque nous sentons que l’une ou l’autre de la patiente ou de la thérapeute, n’est pas disponible à cela sur le plan tonico-émotionnel et donc relationnel.

Enfin, un cortège d’ajustements de notre posture de psychomotricienne accompagnent nos séances : l’intensité du toucher, le timbre de la voix, la prosodie, la maîtrise du silence, l’investissement de l’espace.... Sans oublier la communication infra verbale qui peut aussi avoir lieu entre les deux thérapeutes.

### III.2.C.c. Le toucher comme soutien du schéma corporel

Le thérapeute, en venant toucher au corps, stimule les récepteurs proprioceptifs se situant dans les muscles et les tendons. Ainsi, le toucher et ses mobilisations, qu’elles soient actives ou passives, viennent soutenir le sens proprioceptif, également appelé sensibilité profonde (Martin et D’Ignazio, 2020). En ce sens, le toucher thérapeutique vient alors étayer l’intégration du schéma corporel du patient.

Les propositions thérapeutiques autour du toucher participent à la reconnaissance et la localisation des tensions présentes, des différentes polarités toniques permettant éventuellement l’accès à un certain relâchement tonique.

Dans la clinique de la femme en période du post-partum subaigu, le toucher thérapeutique vise à une réunification des perceptions corporelles, en apportant aussi un sentiment de contenance, d'enveloppement.

### III.2.C.d. Toucher à l'image du corps

L'image du corps traduit ce que nous percevons des qualités de notre corps dans la relation à l'autre (Dolto, 1984). Du toucher naît donc une relation (ici thérapeutique), qui vient alors atteindre l'image du corps du patient.

Le psychomotricien Christophe Lefèvre (2024) enseigne que l'image du corps est la forme libidinale du schéma corporel, et que toutes les expériences de la vie sont aptes à la modifier.

“Les changements corporels perturbent le sujet dans l'appréciation de son corps. Celui-ci devient hostile, et dangereux, et le sujet perd confiance en soi et se désinvestit psychologiquement”. (Giromini et Al, 2015, p. 154)

Un des objectifs thérapeutiques en psychomotricité est d'apporter une dimension de re-narcissisation du patient vers un étayage revalorisant de son image corporelle, son image de soi. Ainsi, dans une période où le corps peut être perçu, non seulement comme douloureux, mais aussi comme défaillant, voir non performant, le toucher peut permettre à la femme d'investir des sensations agréables et de renouer des liens positifs avec son corps. Alors, dans cette volonté de réassurer les mères quant à la solidité et la fiabilité de leur corps, nous leur avons proposé un travail de repoussé plantaire actif. (Cf. cas clinique n°1)

D'autre part, Charpentier (2014) affirme que le toucher permet « le renforcement du sentiment d'être soi et d'être au monde, dans la relation » (p. 52). En effet, dans le cadre de nos séances de relaxation psychomotrice, le toucher thérapeutique nous permet, avec la respiration, l'écoute et la parole, de soutenir l'établissement d'une relation thérapeutique. Il favorise également la disponibilité psychocorporelle des femmes et donc le tissage des premiers liens avec leur nouveau-né.

### III.2.C.e. L'effet palliatif du toucher thérapeutique au service des liens précoces

Lorsque le corps est trop douloureux, il devient parfois difficile d'entrer en relation, d'interagir avec le monde extérieur. Après l'accouchement, la douleur est souvent omniprésente et sa gestion représente un véritable enjeu dans la prévention des troubles psychiques du post-partum et l'établissement des premiers liens d'attachement mère-bébé. Les sensations de douleurs périnatales (périnéales, pelviennes, dorsales, lombaires, mammaires...) peuvent se voir atténuées ou du moins perçues comme plus supportables grâce au toucher thérapeutique. « Le toucher physique (...) est alors tout à fait recommandé car les influx nerveux remontant l'information tactile inhibent la douleur. » (Guiose, 2007, p.38)

Une fois les sensations nociceptives amoindries, les mères peuvent alors davantage investir leur corps puisque celui-ci n'est plus uniquement source d'inconfort ou de souffrance. La douleur, qui pouvait occuper toute la pensée et inhiber toute possibilité d'intégrer les événements présents, peut alors faire place à des sensations, perceptions et représentations corporelles plus neutres voire agréables. Les femmes, en laissant libre cours à une réactualisation de leur vécu psycho-corporel par le biais du toucher thérapeutique, peuvent alors à nouveau entrer en relation avec autrui, et deviennent de fait plus disponibles pour initier le tissage des premiers liens avec leur nouveau-né.

Le toucher thérapeutique paraît donc particulièrement indiqué dans la prise en soin précoce des mères, en influant sur les différentes sphères psychomotrices énoncées, toutes fortement impactées en période subaiguë du post-partum.

---

*« En touchant au corps, on touche à ce qu'il produit psychiquement : émotions, retour ou naissance des éprouvés sensoriels, sentiments, pensées »*

(Sarda, 2002, p.92).

---

### **III.3. Illustrations cliniques**

#### **III.3.A. Retrouver sa puissance naturelle : rencontre avec Giuseppina et son enfant rêvé**

##### **Anamnèse**

Giuseppina a 39 ans et vient de donner naissance à sa fille Céleste après un long parcours de PMA. Nous savons d'après son dossier qu'il n'y a pas de co-parent et que Madame, célibataire, a eu recours à un don de sperme. Elle est primipare et premier geste, et a mis au monde sa fille, au terme de trente-neuf semaines et trois jours d'aménorrhée. L'accouchement a eu lieu la veille par voie basse, sous péridurale et avec l'intervention d'un obstétricien. Suite à une arythmie cardiaque fœtale pendant le travail, ce dernier a dû pratiquer une épisiotomie avant d'avoir recours à une extraction instrumentale (spatules).

##### **Bilan et objectifs**

Je rencontre Giuseppina une première fois le matin. En entrant dans la chambre, madame est dans son lit, sa posture en décubitus latéral est asymétrique et semble avoir été adaptée pour être la plus antalgique possible. Un traversin est installé entre ses cuisses, et Madame semble présenter de multiples zones de tensions puisqu'à chacun de ses mouvements, j'observe des mimiques semblant exprimer de l'inconfort, voire de la douleur.

Sa fille est dans son berceau, près d'elle. La mère de Giuseppina est également présente dans la chambre, installée dans un fauteuil. Les deux femmes sont Italiennes, et la mère de Giuseppina ne parle pas français. Peu après notre arrivée, et pendant que nous entamons les échanges avec sa fille, cette dernière prend le bébé et se dirige vers la pouponnière pour aller la faire peser.

Une fois seules avec Giuseppina, je commence l'entretien en lui présentant notre métier, notre projet et lui propose une séance individuelle de relaxation psychomotrice pour l'après-midi. Madame accepte avec entrain, m'expliquant que ses douleurs périnéales et anales l'empêchent de bouger. Elle souhaiterait retrouver sa mobilité au plus vite afin de pouvoir prendre sa douche debout et mieux s'occuper de sa fille. Madame explique que cette immobilité lui « pèse » et que si notre séance peut la soulager ce sera avec joie.

Madame aborde ensuite spontanément son parcours de PMA au sein de cet hôpital. Elle mentionne que tout a été « très chimique, très technique », et que depuis son accouchement, « tout a dérapé complètement (...) Avant, c'était à l'intérieur : le ventre, les ressentis... mais maintenant, ce ne sont que des choses techniques et obligatoires (biberons, mutuelle, PMI...) ».

Madame confie ressentir que son propre rythme passe après celui de son bébé, qui passe lui-même après celui de l'hôpital. Elle se dit cependant chanceuse de pouvoir se dégager un peu de cela grâce à sa mère. Elle explique que sa mère est très présente, qu'elle s'est préparée à l'accouchement avec elle, et a assisté à la naissance de sa fille. Depuis, elle ne quitte d'ailleurs pas l'hôpital, dormant également sur place.

Au vu de ces éléments, je décide d'orienter la séance vers un travail sur l'ancrage et les appuis plantaires afin de permettre à Madame de percevoir son axe corporel, et ainsi d'avoir accès à un sentiment de solidité interne. Je prévois également de répondre à sa demande en lui proposant des mobilisations actives, en m'ajustant à ses importantes limites corporelles. Enfin, j'envisage de garder un temps conséquent pour la verbalisation en début et en fin de séance, car je ressens que cette mère a réellement besoin de mettre en mots et de partager ses vécus psychocorporels.

### **Séance**

Lorsque nous nous présentons à nouveau l'après-midi, Giuseppina est installée dans la même position que le matin. Sa prosodie est lente et son timbre de voix plutôt bas. Madame mentionne avoir déjà pratiqué des techniques de relaxation, notamment de la méditation dans le cadre de sa préparation à l'accouchement avec sa mère. Elle se confie sur ses attentes quant à cette séance à venir : elle aimerait se « reconnecter à quelque chose de moins technique ».

« Mon histoire a commencé de manière technique avec le parcours de PMA, puis est redevenue naturelle pendant la grossesse (...) Au bout de trois mois, avec l'arrêt des hormones, j'ai retrouvé ma puissance naturelle. Puis tout a basculé de nouveau depuis l'accouchement (...) Mon histoire, c'est comme une vague qui oscille entre la technique et le naturel ». Après quoi, Madame confie qu'elle trouve notre projet d'accompagnement des mères vraiment utile et nécessaire. Pour elle, « c'est une bonne chose pour les femmes que l'hôpital comprenne qu'il faut s'inscrire dans un processus de retour au naturel ».

Avant de commencer l'installation, la mère Giuseppina sort pour aller rejoindre une amie, en l'occurrence la première personne qui doit rencontrer Céleste, juste après notre séance.

Aussitôt la porte de la chambre refermée, Giuseppina se met à pleurer. Elle essaie d'abord de se contenir, puis ferme les yeux et laisse venir les larmes. Elle verbalise qu'elle n'a pas encore eu le temps de se retrouver avec elle-même car sa mère est toujours présente : « Il faudrait plus de temps seule avec soi-même, pour comprendre ce qui se passe ». Les sanglots s'accroissant, je lui propose de rapprocher sa fille d'elle, avec l'idée que cela pourrait l'apaiser. Madame accepte. J'observe que sa respiration est rapide, essentiellement thoracique et très saccadée. Je lui propose un travail autour du souffle, et dans un accordage mutuel, les cycles respiratoires deviennent peu à peu plus amples, la respiration plus ventrale. Nous procédons au temps d'installation. Giuseppina choisit de garder une couverture sur elle, les mains posées sur sa tête et les yeux ouverts, semblant vouloir garder un certain contrôle lors de cette séance. Sans pour autant qu'elle ne prête d'attention visuelle à mes faits et gestes, je la sens toutefois bien présente à la relation et elle réagit régulièrement à mes propositions sur le plan tonique. Elle ne quittera pas sa fille des yeux durant toute la phase des mobilisations. A deux reprises, elle dira de sa fille « elle est bien là, elle est vraiment là », semblant se raccrocher au réel pour ne pas se laisser partir trop loin dans les sanglots. Bien que des larmes coulent sur son visage, Madame affiche un sourire. Lorsque je lui propose de se rendre active de sa relaxation par une proposition de pousser-repousser de mes mains au niveau des appuis plantaires, Giuseppina s'en saisit vivement. Son recrutement tonique au niveau des membres inférieurs est tel que je dois réajuster mon propre ancrage au sol pour lui assurer un solide appui répondant. Elle ferme enfin les yeux, expirant d'un souffle long et sonore. Durant ce moment de dialogue tonico-émotionnel intense, elle ne pleure plus. Cela dure plusieurs minutes car je sens que ce temps est primordial pour elle, qui exprimait si vivement son désir de retrouver sa « mobilité » et sa « puissance ».

Madame s'autorise alors à ajuster sa posture, dégageant un bras le long de son corps et tournant légèrement sa tête. Puis vient le temps de la reprise.

Giuseppina exprime spontanément ses ressentis. « Cela m'a fait du bien, je me suis autorisée à faire sortir les choses, les émotions, j'en avais besoin. Il me faudrait des heures comme ça, encore ». Elle dit n'avoir pas eu le temps d'exprimer tout cela devant sa mère, ou ne pas s'y



être autorisée car « on doit tenir, quoi... ». A mes questionnements quant à ses manifestations tonico-émotionnelles, elle répond que « ce qui est sorti est positif ». Je valide avec elle la légitimité d'une possible ambivalence des émotions ressenties, ce à quoi elle répond qu'en effet, « il y a du positif, mais aussi du négatif, du douloureux et de l'heureux », admettant que tout cela se « croise » en elle.

Avant de nous quitter, Giuseppina nous confie qu'elle avait pensé, rêvé et vécu cet enfant depuis bien plus longtemps que ces neuf derniers mois. C'était tout un processus très long durant lequel elle était bien accompagnée. « J'ai beaucoup d'amis derrière moi, qui me suivent dans cette histoire ». A cet instant, et comme pour ponctuer sa phrase, son amie et sa mère frappent à la porte. Nous allons ouvrir et les trois femmes entament de chaleureuses retrouvailles en langue italienne. Avant de nous retirer, nous les saluons et sommes vivement remerciées. Giuseppina nous adresse un franc regard, que j'interprète subjectivement comme chargé de gratitude.

### **Conclusion**

La lecture psychomotrice de ce cas met en lumière que cette femme a pu relier au réel ses représentations mentales en lien avec son enfant rêvé, son enfant imaginaire. L'intégration de cette réalité a sans doute pu être soutenue par la réactualisation de son vécu corporel.

« Aider la personne à investir son corps différemment permet un ajustement entre l'avant et le maintenant » (Pham Quang et al., 2021, p. 297). Cette mise en lien entre sensations, affects et représentations aura accompagné ses premiers moments dans le devenir mère et donc le lien avec sa fille.

En outre, ce besoin verbalisé de retrouver mobilité et « puissance naturelle » a pu être temporairement assouvi par le travail d'ancrage corporel. Les appuis plantaires, couplés à son propre appui des mains sur son crâne, lui ont offert la possibilité de ressentir la présence et la solidité de son axe corporel. La patiente a ainsi retrouvé la maîtrise de son corps, en décidant de l'intensité (qui s'est avérée importante) de son repoussé plantaire. Cet ancrage corporel, associé au dialogue tonico-émotionnel et à la respiration, ont permis que les pleurs fassent place aux mots et que les événements deviennent psychiquement assimilables pour cette mère, faisant écho à la fonction alpha du thérapeute (Bion, 1962).

### **III.3.B. Francesca : quand la culpabilité prend le dessus**

#### **Anamnèse :**

Francesca est une femme de 31 ans. D'origine italienne, elle habite à Paris depuis quelques mois avec son mari. Elle travaille en tant que commerciale. Elle n'a jamais pratiqué la relaxation, mais a pris quelques cours de yoga sans donner vraiment de suite. Elle est une primipare, premier geste et a accouché à 40+5 SA par césarienne code orange (urgence en arrivant à l'hôpital).

Cette patiente nous est indiquée par l'équipe de la maternité (sage-femme et psychologue) car son humeur semble labile mais elle ne souhaite pas la prise en charge psychologique. Les difficultés évoquées par les professionnelles sont le petit poids de son bébé et un sentiment envahissant de culpabilité. Il nous est aussi notifié que madame « à l'air de bien aller ». C'est cette ambivalence dans les transmissions qui nous interpelle.

Nous faisons connaissance avec Francesca cinq jours après son accouchement, et sa sortie de la maternité est prévue pour le lendemain. Son séjour à l'hôpital a été allongé suite à la difficulté du bébé à reprendre du poids.

#### **Bilan et objectifs**

Le matin nous rencontrons Francesca dans sa chambre. En franchissant la porte nous retrouvons une très grande pièce pleine d'affaires personnelles éparpillées partout qui témoignent du long séjour. Son mari est debout et madame couchée au lit avec bébé dans les bras et la poitrine découverte. Après des premiers regards craintifs (au début certaines familles craignent une prise en charge médicale) nous parlons de relaxation et monsieur implore sa femme de manière très exaltée de « se laisser relaxer ». Madame semble gênée de cette réaction et lui demande en italien de se calmer, mais elle accepte avec joie notre proposition.

Francesca est immobile, mais présente une posture avec des appuis bancals au niveau du bassin, du dos, de la nuque et de la tête. Cela se traduit par une hypertonie dans le haut du corps ainsi que dans les membres supérieurs. Son regard ne se pose pas, et bondit d'un interlocuteur au suivant laissant entrevoir un état d'hypervigilance.

Suite à cette rencontre les objectifs de la séance se centrent sur :

- Se concentrer sur ses ressentis corporels pour calmer un psychisme anxieux
- Recueillir son mal-être par les moyens de la parole et du toucher
- Apaiser des tensions grâce au toucher thérapeutique

### Séance

Lors de notre retour dans la chambre dans l'après-midi, Madame est au lit, souriante avec bébé au sein. Comme d'habitude nous nous approchons et je lui demande "comment allez-vous ?". À ce moment-là, l'expression de son visage change radicalement et elle pleure intensément en disant « je ne vais pas bien » à plusieurs reprises. Elle nous confie que, dans les derniers jours de la grossesse, son bébé ne bougeait pas trop mais cela ne l'inquiétait pas forcément. Elle s'est finalement rendue à la maternité et l'équipe a décidé de faire une césarienne d'urgence suite à un poids très faible du bébé et une hypercalcémie associée. Elle ressent une très grande culpabilité, « j'aurais dû venir plus tôt », et se dit très inquiète pour son bébé.

Nous passons quelques minutes à recueillir son témoignage et à valider ses émotions et ses qualités de mère. Au moment où elle semble plus apaisée j'explore la possibilité de mener cette relaxation et elle accepte.

L'installation se fait avec bébé au sein. Les mobilisations s'avèrent compliquées : hypertonie de posture et sanglots quand les empaumements s'approchent de ses mains où se niche son bébé. Dans ces moments j'essaie de verbaliser au maximum la topographie et les qualités de cette posture très maternante et ajustée. Francesca n'ouvre jamais les yeux et répond de manière positive aux sollicitations quant à la qualité des propositions. Ensuite, je lui propose la balle comme outil pour ressentir le contour de son corps, faisant aussi des pressions au niveau des appuis plantaires et de la tête. A ce moment les sanglots s'apaisent et son tonus, désormais abaissé, permet à son corps de vraiment se déposer sur le lit.

La reprise est lente et douce. Francesca semble apaisée et son bébé est plongé dans un sommeil paisible que je lui fais remarquer. Après un échange sur ses modifications tonico-émotionnelles avant et après séance, je lui propose de faire la liaison avec la psychologue de l'hôpital, qu'elle accepte. Je lui fournis aussi des ressources de prise en charge pour la suite du post-partum : PMI, lieux parents bébé (car elle se plaint de solitude à Paris) groupe psychologique parent-bébé etc...

## **Conclusion**

Notre prise en charge pour Francesca nous a permis de travailler différents axes dont le dépistage, la prévention et la création des liens avec d'autres soignants pour un potentiel suivi ultérieur. En proposant un espace avec une approche psychocorporelle, nous nous rendons compte de l'intérêt des équipes pluridisciplinaires dans une clinique où les psychomotriciens ont, à notre avis, toute leur place. Suite à cette séance nous avons contacté l'équipe des psychologues du service qui ont pu accompagner Francesca dans la suite de son séjour à l'hôpital et dans son vécu post-natal.

Le cadre contenant et notre disponibilité en tant que thérapeutes ont proposé un espace où Francesca a pu appréhender la possibilité de bénéficier d'un accompagnement dans ces moments difficiles pour elle.

Nommer les parties de son corps, les toucher et inclure son bébé dans cette nouvelle organisation (bébé est désormais dehors mais toujours avec elle) lui ont permis d'appivoiser une sensation d'unité psychocorporelle.

La relaxation psychomotrice et le dialogue tonique ont favorisé une décharge tonico-émotionnelle et ainsi permis, si ce n'est que le temps de la séance, une baisse du niveau de la vigilance.

L'approche de la psychomotricité aura aussi amorcé un travail de mise en mot de son vécu. A la toute fin de la séance, Francesca souhaite nous parler de notre rencontre le matin pendant laquelle son conjoint a réagi très (trop pour elle) chaleureusement à notre proposition. Elle nous avoua avoir l'impression qu'il ne comprenait ce qu'elle traversait et qu'elle se sentait très seule.

### **III.3.C. Pauline et son corps en désaccord**

#### **Anamnèse**

Pauline est âgée de 29 ans et habite à Paris. Elle est une primipare, premier geste. Elle et son mari sont responsables de restauration mais sont tous deux aujourd'hui au chômage. Dans son dossier nous apprenons qu'elle a subi une augmentation mammaire en 2015 et que, avant sa grossesse, elle consommait du cannabis régulièrement.

Sa grossesse s'est « plutôt bien passée », mais elle a ressenti une anxiété considérable dans le dernier trimestre : « je me demandais s'il (bébé) bougeait assez, s'il allait bien ». Elle a accouché à 41+2 SA par voie basse avec péridurale. Pendant l'accouchement elle a souffert d'une déchirure périnéale simple. Elle n'avait pas écrit de projet de naissance et elle se manifeste satisfaite du vécu de son accouchement.

Pauline n'a jamais pratiqué de relaxation ni d'autres activités psychocorporelles, mais accepte volontiers le toucher.

#### **Bilan et objectifs**

Nous rencontrons Pauline deux jours après son accouchement, et sa sortie de la maternité est prévue pour le lendemain. Elle nous confie avoir des douleurs au coccyx et des tensions aux trapèzes.

Le matin Madame est couchée dans le lit avec son bébé au sein pendant que son conjoint parle au téléphone, nous discutons exclusivement avec elle. Son visage est peu expressif, sa voix chevrotante, ce qui dénote avec son discours de « tout va bien ».

Pendant cette première rencontre nous lui exposons la nature de nos prises en charge et elle accepte de prendre rendez-vous avec nous pour l'après-midi.

Pauline est une patiente qui se présente à nous sans éléments marquants dans sa vie personnelle ni pendant la grossesse ni l'accouchement qui pourraient devenir des facteurs de prédisposition pour un trouble du post-partum. Notre projet thérapeutique et l'objectif psychomoteur de nos actions se centrent sur :

- Un travail de conscience corporelle :
  - Retrouver une unité corporelle, qualité des enveloppes

-Focaliser l'attention sur des parties du corps moins investies dans cette temporalité

-Ainsi détourner l'attention des parties plus douloureuses

- Étayer un meilleur vécu du post-partum immédiat

- Apaisement psychocorporel
- Proposer des moments de silence, de repos sans sollicitations
- Apaiser des tensions grâce au toucher thérapeutique
- Observation et prévention des troubles de l'interaction précoces, re-étayage narcissique

### Séance

L'après-midi nous menons la séance de relaxation psychomotrice sans le conjoint. Pauline accepte presque machinalement de poser son bébé dans son berceau. Mais assez vite, il pleure et nous trouvons ensemble une nouvelle installation pendant la tétée.

Pauline est dans un état tonique de relâchement absolu, c'est-à-dire qu'elle semble abandonner son corps sur le lit. Sa voix est presque inaudible, ses yeux cherchent le contact visuel, semblant en perte de repère.

Mes observations m'amènent à lui proposer des mobilisations passives qui pourront lui apporter des informations proprioceptives sur son corps, qui semble désinvesti.

Pendant la séance, je confirme avec le toucher son relâchement tonique, elle garde les yeux fermés et sa respiration est ample, lente et ventrale. Malgré cela, les sourcils sont froncés tout le long des mobilisations. Pour finir, je stimule la sensorialité des jambes par des pressions avec des balles plutôt fermes. Un long approfondissement de presque 5 minutes lui est proposé. Pendant ce temps, je remarque un visage plus détendu et des petits mouvements d'ajustements posturaux.

Pauline bénéficie d'une reprise avec beaucoup de guidance verbale. Elle se laisse porter par ma voix et elle entame des mouvements très lentement. Je remarque à ce moment-là des réactions toniques au niveau du visage. Elle ouvre les yeux en dernier et présente un grand sourire. Elle a un regard franc, ne montre plus de mimiques et nous confie se trouver de meilleure humeur après la séance. Elle nous raconte qu'elle ressent ses jambes, qu'elles sont plus présentes qu'avant et que « ça a changé sa journée ».

Pour finir, elle nous demande des conseils pour le bien-être de son fils en dehors du médical. Ayant eu l'occasion d'observer en amont les interactions précoces de cette dyade (verbalisation, préoccupation maternelle, prosodie, regard en distance courte, portage occiput-bassin) je valorise ses gestes intuitifs et je lui en explique les bienfaits.

### **Conclusion**

Pauline est une patiente qui pouvait présenter une allure de détente et d'épanouissement aux yeux de l'équipe soignante. Cependant, suite à notre première rencontre et en nous appuyant sur nos observations psychomotrices, nous avons trouvé son état tonique ambivalent. Notre séance s'est structurée en deux parties : la relaxation psychomotrice et l'étayage verbal autour de sa nouvelle maternité.

Les mobilisations passives et la stimulation sensorielle de la séance visaient la réappropriation des ressentis corporels. Ceci s'est structuré autour de la sensorialité de la peau et de l'appareil musculo-squelettique.

Nous avons veillé à lui proposer un cadre contenant pour contribuer à la création d'une bulle familiale et surtout la dyade mère-enfant. Nous espérons que ce moment a aussi participé à laisser des traces d'un vécu positif à l'hôpital, en collaboration avec les soignants.

Enfin, Madame a pu exprimer ses besoins d'être rassurée sur ses capacités de maternage. L'étayage verbal et la validation de ses gestes très ajustés envers son nourrisson ont pu accompagner ce besoin profond de renarcissisation dans cette étape, qui peut s'avérer parfois brumeuse, qu'est le post-partum subaigu.

## IV. DISCUSSION

---

### IV.1. Retour des patientes

Le cadre spatio-temporel de notre première rencontre avec les mères est resté immuable. Nous nous déplaçons toujours dans les chambres des futures patientes, le matin et au moins 24 heures après leur accouchement. L'accueil que nous avons reçu des familles a toujours été enthousiaste, malgré les nombreuses sollicitations des prises en charges médicales pour la mère et le bébé, ainsi que les bouleversements émotionnels de ces moments si particuliers.

Nous avons veillé à toujours faire comprendre aux mères qu'elles avaient le droit de décliner la prise en charge en psychomotricité, et que nous allions nous adapter à leurs besoins et à leur contexte. Notre objectif était de pouvoir agir dans le milieu écologique du post-partum. Lors de certaines rencontres, nous avons, en effet, accueilli des inquiétudes liées à la nécessité de se doucher, de bien s'habiller pour l'occasion ou encore des questions au sujet de la gratuité et de la prise en charge de la séance par la caisse d'assurance maladie.

Pendant ces rencontres, et de manière générale, nous avons été témoins d'un besoin d'organisation de la part de ces mères. En effet, quand le choix de l'horaire de notre prise en soin leur était proposé, beaucoup de femmes présentaient une certaine désorientation temporelle sur le moment. Néanmoins, bien qu'en perte de repères du temps objectif, elles étaient guidées par le rythme de leur enfant et leur nouvelle fonction maternante (repas, changements de couche, présentation du bébé aux proches, départ du co-parent...).

Nous avons pu observer des mères, des co-parents et même des grands-mères à l'écoute et sensibles à nos séances. Pendant les 9 mois qu'a duré notre stage, nous n'avons eu que quatre cas de refus, il apparaît donc pertinent de détailler les raisons de ces derniers ci-après.

Après la rencontre d'une mère très souriante, nous avons découvert qu'elle ne parlait ni ne comprenait la langue française, ce qui rendait compliqué l'obtention de son consentement. Une autre mère, après l'accouchement de son troisième enfant, nous avoua



se sentir très en forme et avoir juste envie de rentrer retrouver sa famille. Enfin, nous avons rencontré deux mères qui nous ont fait part de leur fatigue extrême et de leur besoin de se reposer. Malgré tout, elles nous ont toutes deux demandé si elles pouvaient prendre rendez-vous à un autre moment, se disant très intéressées par notre proposition de soin.

## **IV.2. Observations psychomotrices pendant les séances**

Après quelques séances d'observation pour nous familiariser avec le cadre spatio-matériel et avec les besoins des patientes, nous avons construit notre grille d'observation psychomotrice (cf. annexe 8) que nous avons utilisée chaque jeudi durant le reste du stage. Cette grille comporte trois parties : un entretien préalable, une grille d'observations psychomotrices et un entretien de fin de séance, appelé phase de verbalisation. L'entretien préalable est conçu comme une rencontre mais aussi comme une forme de recueil du vécu et de l'état de la patiente sur le moment. Nous en avons rassemblé les données et les présentons ci-dessous. Certaines expressions peuvent être associées à un langage familier, mais nous avons tenu à garder les mots que les patientes ont choisis dans ce contexte.

### **IV.2.A. L'entretien**

Cette année, nous avons rencontré une centaine de femmes dans le cadre de notre projet expérimental. Toutes nous ont confié ne pas encore connaître la relaxation psychomotrice. Nous tenions alors à comprendre les pratiques psychocorporelles qu'auraient pu expérimenter chaque femme avant notre rencontre.

Parmi les 72 patientes rencontrées en séances individuelles, 67% avaient pratiqué ou pratiquaient jusqu'à l'accouchement une activité dite psychocorporelle. Ces pratiques étaient : la méditation, le yoga (divers styles), le yoga prénatal, l'hypnose, l'autohypnose, la sophrologie, les massages, l'acupuncture ou encore le Pilates. Certaines patientes ont exprimé le fait d'avoir reconnu dans nos propositions des éléments (mouvements, indications) de leurs pratiques habituelles.

Si 53% des mères n'ont pas manifesté d'attentes particulières quant à la prise en charge en psychomotricité, les 47% restantes ont pu exprimer leur volonté et leurs attentes.

Certaines femmes souhaitaient bénéficier d'un temps calme pour elles, de silence ou de détente pour pouvoir "se poser". D'autres ressentait le besoin de "lâcher prise", de se "vider la tête" ou encore d'être guidées sur des "pensées positives". Quelques patientes avaient accepté la séance par envie de découvrir la psychomotricité et la relaxation.

En ce qui concerne la permission de toucher leur corps, toutes les patientes ont accepté d'être touchées. Cette question du consentement était pour nous cruciale et nous la reformulions à plusieurs reprises lors de nos entretiens. De plus, nous avons veillé à rassurer les femmes que nous ne toucherions pas leur poitrine, leur ventre ni leurs organes génitaux. En tant que thérapeutes, il nous semblait très important de nommer ces parties et de faire comprendre aux jeunes mères que nous n'allions pas venir toucher ces points douloureux, sensibles et/ou intimes. L'un de nos objectifs était de stimuler d'autres zones potentiellement mises en veille durant ces derniers jours ou semaines.

Nous avons également tenu à laisser le choix des parties du corps touchées, et 20% d'entre elles ont souhaité éviter une partie de leur corps : avant-bras (douleurs de perfusion), mains ou pieds (chatouilles).

Nous avons recueilli les témoignages des patientes qui ont toutes manifesté présenter des douleurs ou des limites corporelles au niveau de la posture ou de la mobilité. Certaines ont évoqué des parties du corps douloureuses telles que : les lombaires (pose de la péridurale), le coccyx, les trapèzes, le périnée, l'anus ou les mamelons. D'autres ont exprimé de la douleur ou des difficultés suite à des tranchées, des sciatiques, des hémorroïdes, des fourmillements, des paresthésies suite à la péridurale et des œdèmes à cause des perfusions. D'autres vécus plus complexes ont été abordés comme par exemple des sensations de corps désarticulé ou encore sans muscle.

De plus, 67% des patientes ont évoqué des perturbations du rythme du sommeil ou une fatigue intense. Les raisons principales exprimées ont été les bruits ambiants et continus de l'hôpital ainsi que le rythme des sollicitations médicales durant le séjour. Pour certaines mères, l'adaptation au rythme du bébé, notamment les réveils nocturnes pouvait s'avérer très difficile. Parallèlement, d'autres femmes nous ont confié pouvoir profiter du relais du co-parent pour se reposer, autant la nuit que le jour.

#### **IV.2.B. La grille d'observations psychomotrices**

Les données contenues dans la grille d'observations qui succède à l'entretien s'avèrent plus larges et hétérogènes. Par conséquent, faire des pourcentages avec ces données nous a paru moins pertinent. Nous présenterons donc nos observations des quatre phases des séances (installation, mobilisation, approfondissement et reprise).

Lors de l'installation, toutes les patientes que nous avons rencontrées lors de ce stage ont choisi une position en décubitus dorsal. Les lits médicalisés de l'hôpital permettent d'ajuster l'inclinaison du buste, et la plupart des femmes ont accepté et apprécié une posture semi-redressée avec un coussin sous la nuque et un traversin sous les genoux. Une grande majorité des mères a commencé la prise en charge avec les mains sur le ventre, puis les ont relâchées le long du corps au cours de la séance. De manière générale, nous n'avons observé que très peu de réajustements posturaux ou de mouvements corporels, si ce n'est quelques rotations de la tête. Le temps pris pour l'installation initiale semble donc avoir permis aux patientes de trouver une position confortable, les rendant alors disponibles aux propositions psychomotrices.

La relaxation psychomotrice et le toucher thérapeutique permettent une observation de qualité du tonus du patient. La proximité physique avec ces mères et le cadre intime des chambres ont favorisé l'installation d'un dialogue tonique indispensable dans nos prises en charge. Nous avons remarqué, chez certaines patientes, des ballants restreints qui ont gagné en amplitude au fil de la séance. Nous avons aussi régulièrement pu observer une cohérence entre des témoignages d'anxiété autour de la maternalité et des difficultés de relâchement tonique lors des mobilisations passives. De même, nous avons pu faire le lien entre le recrutement tonique observé, et le recueil des ressentis corporels (douleurs, limites) lors de l'entretien.

L'observation des manifestations tonico-émotionnelles offre également des informations très riches sur l'état psychique des patientes. Pendant les phases passives d'intégration psychomotrice, des mimiques, des clignements d'yeux ou des froncements de sourcils témoignent d'un niveau de vigilance élevé. A l'inverse, les spasmes musculaires, l'ouverture involontaire de la bouche, des bâillements voire même des endormissements

annoncent une baisse de vigilance. Nous avons aussi assisté à des bouleversements émotionnels durant lesquels le relâchement tonique a déclenché des pleurs.

La respiration a été au cœur de nos séances, comme un pont d'échange au service de l'accordage tonico-émotionnel avec les mères. Nous avons pu accompagner verbalement les moments de respiration consciente qui ont amené des relâchements toniques globaux. De plus, nous avons observé, au fil de la plupart des séances, des modifications de la respiration, passant de thoracique à ventrale, et devenant de plus en plus ample et profonde. Le souffle a été pour beaucoup de patientes un point d'appui pour ce travail psychocorporel.

Nous avons proposé aux patientes de fermer les yeux pendant la séance étant donné que l'annulation d'un sens comme le visuel permet de se centrer davantage sur les ressentis proprioceptifs et intéroceptifs. Toutes ont accepté cette proposition. Néanmoins nous avons observé que certaines femmes ont eu besoin d'ouvrir à nouveau les yeux pendant la séance, semblant chercher un retour visuel de leurs sensations. En général, les mères ont souhaité la lumière atténuée que nous leur avons proposée et la musique douce a été très appréciée.

En ce qui concerne la reprise, nos constats sont assez homogènes. La plupart des patientes ont pris le temps d'écouter et de suivre nos propositions de remobiliser certaines parties de leur corps, témoignant d'un lâcher prise, d'une certaine déconnection mentale et donc de laisser aller dans une relation de confiance établie entre elles et nous.

Nous avons aussi accompagné deux patientes dans le réveil, après un sommeil profond.

#### **IV.2.C. La verbalisation**

La reprise s'achève sur quelques instants de silence, une pause, avant d'introduire la phase de verbalisation.

Si cette phase est systématique, nous ne l'abordons pas pour autant selon les mêmes modalités pour toutes les patientes. Bien au contraire, nous avons toujours veillé à tenir compte des données recueillies durant l'entretien préalable et des observations pendant la séance pour trouver les moyens de permettre à chaque femme de s'exprimer à sa façon, que ce soit verbalement, corporellement, ou à l'aide d'images à choisir (cf. annexe 9). Nous pouvons tout de même affirmer que leurs retours ont toujours été positifs.

Nous tenterons ici de classer ces retours selon plusieurs catégories : l'effet immédiat, la sensorialité et les verbalisations autour du corps et du psychisme, l'expérience globale de la rencontre et son impact sur leur séjour à la maternité.

Globalement les jeunes mères ont vécu la relaxation psychomotrice comme une expérience enrichissante. Nous avons recueilli des mots très positifs : “je suis bluffée”, “c’était parfait”, “incroyable” ou encore “vachement cool”. Au fil des mois, nous avons aussi fait le constat que certains actes médicalisés obligatoires pouvaient être éprouvés par de nombreuses femmes comme intrusifs et douloureux. Dans ce sens, certaines mères nous ont confié qu’elles ne s'attendaient pas à “vivre des trucs cool à la maternité” et que la séance avait changé leur journée, voire leur vision du séjour à l’hôpital.

Ces séances ont fait appel à la sensorialité des patientes et à leur état d'éveil. La musique a souvent été décrite par les mères comme un moyen de s'extraire des bruits extérieurs, elles ont rapporté une “impression de flotter”, de “s'évader” ou de “s'éloigner”. Le toucher thérapeutique a été très apprécié, et les traces laissées par ce toucher ont été évoquées pendant la verbalisation. Elles ont, parfois, provoqué des sensations d'enveloppement, ou même “des vagues de détente tout le long du corps”.

Certaines patientes ont pu exprimer leur état de détente après la séance de relaxation psychomotrice, elles se sentaient plus reposées, plus légères : “je me serais cru chez moi” ou encore “j’ai l'impression d'avoir fait une sieste mais sans dormir”. En effet, les dernières semaines de la grossesse, l'accouchement et le séjour à la maternité peuvent s'avérer éprouvants à tous niveaux.

En outre, si beaucoup de mères exprimaient et montraient des douleurs ou des limitations corporelles avant la séance, mettre en mots leur persistance est resté difficile pour elles. En général, elles ont exprimé se sentir “mieux physiquement”. Certaines ont pu ressentir “à nouveau les muscles, mollets, biceps” voire “tout le corps”.

D'autres impressions corporelles ont également été exprimées : une jeune mère avait, par exemple, l'impression que ses “seins coulaient à flots” pendant la séance, exprimant alors des limites corporelles devenues floues, et un vécu de liquéfaction à mettre en lien avec cette période aiguë pouvant venir convoquer des angoisses d'allure archaïque. Une autre patiente a avoué “ne pas avoir senti de différence” bien qu’ayant beaucoup apprécié notre guidance

dans la recherche des sensations comparatives d'un membre avec son homologue. Ce vécu similaire entre les hémicorps droits et gauches est probablement à mettre en lien avec un défaut de perception de son axe corporel. Nombre des témoignages ont permis de mettre en évidence une corrélation entre les ressentis somatiques et l'état psychique des mères. Beaucoup de femmes ont ainsi exprimé leur impression d'avoir retrouvé une "bulle" ou "un petit cocon". Cette notion de bulle évoque une sensation de contenance autant physique que psychique, voire de réunification psychocorporelle.

Parmi les patientes, certaines ont réussi à verbaliser des changements psychiques éprouvés pendant la prise en charge. Quelques-unes ont vécu ce moment comme un véritable "temps pour elles-mêmes", pour "se reconnecter". D'autres ont affirmé se sentir de "meilleure humeur". Enfin, une patiente a également exprimé "l'envie de s'habituer à lâcher prise sans toujours avoir les yeux sur bébé". Les témoignages de ces femmes font pour nous écho au sentiment de continuité d'existence, au besoin de retrouver la continuité de leur identité corporelle après un événement si marquant que représente l'accouchement. Il existe un "avant" mais aussi bel et bien un "après", que nous venons ici accompagner dans le cadre de ce projet.

Lorsque parler spontanément des ressentis de la séance semblait peu accessible à certaines mères, mais que nous sentions un besoin de partager ces vécus, nous avons proposé des images d'étayage à la verbalisation (cf. annexe 9). Ces images tantôt abstraites, tantôt figuratives, ou induisant du sensoriel ont été choisies de manière à orienter le moins possible les représentations propres des patientes. Pour autant, nous sommes conscientes que tous les vécus ne peuvent pas se refléter dans ce panel d'une vingtaine de visuels, et avons toujours précisé qu'il était admissible de n'en trouver aucune qui soit assez représentative. Il s'est avéré que ces images ont réellement pu aider les patientes à exprimer un ressenti, une impression ou même parfois faire remonter des souvenirs. Les images majoritairement choisies par les jeunes mères ont été : les bulles de savon, le champ de lavande, la goutte d'eau et l'oiseau. L'idée étant que les femmes puissent nous dire quelque chose de leur choix, ces images ont été associées à des vécus de légèreté, de sécurité, de liberté ou de bercement.

#### **IV.2.D. Les interactions précoces**

Cette grille que nous venons d'analyser ne mentionne pas les observations que nous avons pu faire sur les interactions précoces mère-bébé. Dans un stage expérimental dont l'un des objectifs principaux reste le dépistage et la prévention des troubles du post-partum, l'observation des interactions et des liens précoces qui se tissent entre la jeune mère et son nouveau-né fournissent des informations précieuses sur le risque de développer des troubles psychiques du post-partum. Il en est de même à l'inverse, lorsque ces troubles sont dépistés ou avérés, et que cela peut alerter sur d'éventuelles difficultés dans l'établissement des liens précoces mère-bébé.

Beaucoup de patientes nous ont interrogées sur différents aspects du développement de leur bébé : la sensorialité (notamment sur la vision), les moyens de portage (porte-bébé, écharpe de portage, siège vélo), la régulation de la température corporelle etc. Certaines mères ont pu nous confier des questionnements très globaux : "que puis-je faire pour que mon bébé aille bien ?", questionnant plus largement le développement psychomoteur des bébés sans problématiques avérées. Nous avons été en mesure de répondre à ces questionnements en nous référant à nos connaissances de la théorie du développement psychomoteur du bébé, sur le plan physiologique, sensori-moteur et affectif. Cependant, si des réponses ont pu être apportées, l'idée a toujours été d'inciter les femmes à trouver confiance dans leur propre regard et leurs capacités d'ajustement. Lors de ces échanges, elles trouvaient bien souvent en elles les réponses, et une simple validation de notre part suffisait à les réassurer sur leurs capacités de maternage. Dans le cas d'insistances ou d'angoisses plus fortes, nous avons orienté les mères vers les centres de PMI et les pédiatres, qui pourront ensuite les adresser à des psychomotriciens spécialisés dans la petite enfance. Enfin, en accord avec certaines patientes présentant d'importantes difficultés d'ordre psychique, nous avons pu faire la liaison avec les équipes de psychologues du service en transmettant la demande de suivi.

Le post-partum aigu est un moment de rencontre et d'ajustement entre les deux membres de la dyade mère-enfant. En nous appuyant sur des études relayant les indicateurs pour observer la qualité du lien mère, bébé, nous avons choisi les points des repères suivants : le contact visuel, la proximité au niveau du regard, le portage tête-bassin, la parole adressée, la prosodie et la verbalisation des inquiétudes autour du nouveau-né.

### **IV.3. Collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle**

Au commencement de notre stage, l'un de nos objectifs était de comprendre comment travaillaient les équipes du service mère-enfant afin de pouvoir s'y intégrer au mieux. Pour cela, nous avons présenté la psychomotricité à chaque soignant rencontré, ainsi que notre projet et notre souhait de collaborer ensemble, au service des patientes. Nous avons informé les équipes sur les éléments cliniques pouvant devenir des indications de prise en charge psychomotrice. Au fil du temps nous avons commencé à recevoir des recommandations de la part des sages-femmes, médecins et psychologues, qui nous adressaient certaines patientes. En parallèle, nous nous sommes intégrées aux transmissions quotidiennes entre les psychologues et les sages-femmes. Ces informations se sont avérées précieuses pour mieux comprendre l'état et les éventuelles problématiques des mères que nous allions prendre en soin. Nous avons tissé une étroite relation de travail avec les psychologues du service, avec des temps d'élaboration privilégiés. La richesse de ces échanges a pu nourrir nos réflexions cliniques et nous a permis de travailler en complémentarité de ce qui était déjà proposé aux parents.

Par ailleurs, nous avons été invitées à participer à plusieurs temps institutionnels en dehors du service, comme des séances mensuelles parents-bébé et des petits déjeuners trimestriels auxquels sont conviés les nouveaux parents et les soignants. L'idée de ces temps est de permettre aux parents, en revenant après coup sur les lieux de l'accouchement, d'échanger avec les équipes sur leurs ressentis, ce qui s'est bien passé pour eux, et ce qui aurait pu être amélioré. Les équipes se nourrissent de ces retours, qui alimentent la réflexion institutionnelle autour du respect et du bien-être des familles.

En outre, nous avons eu la chance de participer à une séance de groupe de travail réflexif autour du dépistage et de la prévention du trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement (TSPT-A). Durant ce temps présenté par une psychologue du service, nous (et les psychomotriciens en général), avons été nommés comme des acteurs ayant une place à part entière dans l'accompagnement des femmes durant ces étapes, du dépistage à la prise en charge du trouble. Cela a contribué à nous conforter sur la pertinence de notre projet d'accompagnement des mères au sein du service, et sur son accueil positif de la part des équipes du service.



Enfin, une fois bien intégrées dans le service, nous avons évidemment très à cœur de recenser et de comprendre le point de vue des professionnels de la maternité quant aux actions que nous avons menées cette année. Pour ce faire, nous avons, avec l'aide des cadres du service, diffusé aux équipes un questionnaire dont nous présentons les réponses ci-dessous :

## QUESTIONNAIRE

À L'ÉQUIPE SOIGNANTE DU SERVICE DE LA MATERNITÉ

**Panel de 7 sages-femmes, 2 gynécologues-obstétriciens, 1 psychologue**



**QUELLES SONT VOS REPRÉSENTATIONS QUANT AUX ACTIONS DES PSYCHOMOTRICIENNES AU SEIN DU SERVICE DE MATERNITÉ ?**

Atténuer les douleurs  
Diminuer le stress et l'anxiété  
Accueillir les émotions et les ressentis

Informer et accompagner  
(interactions précoces, développement psychomoteur du bébé)

Proposer un échange autour des vécus corporels de l'accouchement

Prévenir les troubles psychiques du post-partum

Dépister précocément les fragilités psychocorporelles et faire le relais auprès des équipes

Proposer un temps centré sur soi, dans une temporalité hospitalière centrée sur le bébé



**QUEL EST VOTRE AVIS QUANT À LA PERTINENCE DE LA CRÉATION DE POSTES FIXES DE PSYCHOMOTRICIENS DANS LES MATERNITÉS ?**

9 personnes sur 10 ont répondu qu'elles trouveraient cela pertinent.

1 personne pense que ce n'est toutefois pas une priorité de service,



**POURRIEZ-VOUS PRÉCISER EN QUOI CELA VOUS SEMBLERAIT PERTINENT ?**

"Au vu de notre société actuelle, toute aide et soutien est importante"

"Pour rappeler l'importance de la dimension psychique du corps et pas uniquement sa dimension médicale, particulièrement dans un temps où le corps a été mis à rude épreuve"

"Pour répondre aux besoins spécifiques en psychomotricité des patientes mais aussi de l'équipe"

"Pour diminuer les douleurs post accouchement avec exercices à poursuivre à la naissance"

"Pour améliorer le bien-être des patientes"

#### **IV.4. Temporalité et traces**

---

*« Le corps contacté, tant par le thérapeute que par le patient, est un ici et maintenant qui cristallise une histoire et porte des traces »*

(Lesage, 2012, p. 250).

---

Avant même le commencement de ce stage, nous avons imaginé comment accompagner les femmes au cours de ces périodes de remaniements intenses que sont la grossesse, l'accouchement et le post-partum (cf. annexe 10).

Nous avons pensé cet accompagnement dans ses dimensions spatiales, temporelles et humaines, imaginant pouvoir proposer nos actions sur la période prénatale, du post-partum immédiat et au-delà. Nous envisagions de proposer des séances individuelles et des groupes prénataux de conscience et d'expressivité corporelle chaque matin dans une salle dédiée. L'après-midi, nous imaginions des séances individuelles suivies d'un groupe en post-partum dans le service mère-enfant. Nous aurions aussi aimé pouvoir revoir les mères et les familles ultérieurement afin de poursuivre le suivi lors de temps de rencontres groupales parents-bébés quelques semaines après le retour à domicile. Enfin, nous avons dans l'idée de prendre aussi soin des soignants, en leur proposant des temps de relaxation psychomotrice afin d'améliorer leur confort de travail et leur disponibilité psychocorporelle. En somme, nous rêvions déjà sous toutes ses formes la place que pourrait occuper un psychomotricien au sein d'un service de maternité.

Finalement, la réalité du cadre temporo-spatial de notre stage a orienté et peut-être canalisé nos réflexions vers la période spécifique du post-partum immédiat et sa phase subaiguë. Nous avons eu l'immense chance de pouvoir mener à bien plusieurs des actions que nous avons initialement envisagées. Si nous voulions travailler en adéquation avec nos valeurs communes, c'est à dire considérer chaque patiente dans son unicité, dans le respect de son rythme et de ses besoins, nous ne pouvions pas tout mettre en œuvre sur le temps d'une journée par semaine. Après une réflexion sur les limites de notre champ d'action en tant que stagiaires, nous avons décidé de restreindre le nombre de femmes que nous allions

accompagner. Nous avons ainsi privilégié la qualité des rencontres en prenant le temps nécessaire à l'établissement d'un pont d'échange thérapeutique. Cela a été possible en rencontrant les mères une première fois le matin puis une deuxième l'après-midi, et en nous autorisant une souplesse dans les horaires qui s'est avérée précieuse pour nous adapter aux besoins des familles.

Nous nous sommes beaucoup questionnées à propos de la temporalité spécifique de nos interventions. Était-ce pertinent, adapté, et suffisant ? Quelles traces allaient pouvoir laisser ces rencontres éphémères auprès des familles ? Le service dans lequel nous avons évolué cette année est rythmé lui aussi par une durée d'accueil relativement courte. En ce sens, la temporalité de nos rencontres était corrélée à celle du terrain clinique et des familles accueillies. Nous avons systématiquement consulté les dossiers des patientes que nous rencontrions, afin de prendre connaissance d'éléments d'anamnèses et ainsi, de nous inscrire dans une dimension de continuité temporelle. Lorsque nous avons dépisté une vulnérabilité et donc la nécessité d'un suivi complémentaire, nous avons toujours créé un relai auprès des équipes, et laissé des traces orales et écrites de nos actions.

#### **IV.5. Bilan de notre projet**

Les entretiens préalables, les séances de relaxation psychomotrice et les observations spontanées ainsi que les séances en groupes (cf. annexe 11) nous ont permis d'affiner notre vision de la population, du cadre et du travail psychomoteur pouvant être abordé dans un service de maternité de type 1.

Pendant ces neuf mois de stage, nous avons amorcé un travail de conscience corporelle avec les patientes. Nous avons tenté de leur permettre de ressentir les différentes parties de leur corps et ainsi de retrouver des sensations, des liens entre vécu psychique et corporel, dans une recherche d'unité psychocorporelle parfois mise à mal durant cette période.

Dans nos séances nous avons abordé la continuité et la solidité du corps des femmes en proposant un travail autour des différentes enveloppes (peau, muscles, os) afin d'induire une sensation de contenance. Pour soutenir ce travail de contenance, nous nous

sommes appuyées sur des propositions sensorielles de différentes natures. La création d'une bulle sonore (musique et accompagnement verbal), le toucher thérapeutique et l'étayage visuel soutenant l'imaginaire et les représentations du corps propre et de son vécu en font partie.

Le fait que les parties du corps soient touchées ou nommées, par le thérapeute ou par soi-même, peut participer au cheminement de réappropriation d'une image du corps positive. Reconnaître son corps propre et retrouver ses repères permet de soutenir les fondements de l'estime de soi.

La reconnaissance des zones de tension ou de détente et l'identification des difficultés tonico-émotionnelles, très courantes pendant cette période, ont été des objectifs omniprésents pendant nos prises en charge. Nous espérons, en ayant permis à certaines jeunes mères de vivre pendant leur séjour à la maternité des moments de "bien-être", de "calme" et de "retour à soi", avoir pu induire un vécu global plus positif du post-partum subaigu.

## CONCLUSION

---

Les retours des mères, des équipes, ainsi que nos observations cliniques éclairées par nos recherches et enseignements théoriques, nous permettent de faire le constat que les interventions du psychomotricien en service mère-enfant peuvent réellement faire sens d'un point de vue thérapeutique, en complémentarité des suivis déjà existants. Nous aimons à penser que les séances de psychomotricité proposées aux mères ont pu laisser des traces psychocorporelles, agissant au niveau de la mémoire du corps. Les informations et les conseils que nous avons prodigués suivront aussi probablement les familles après leur retour au domicile. Ainsi, avoir ouvert les portes des mères et mis en mots leurs sensations, perceptions et émotions aura pu leur permettre d'entamer un travail d'appropriation de leur vécu périnatal.

Toutefois, chaque instant de cette phase intense de la vie compte pour beaucoup dans le cheminement final pour "faire famille". Alors, au même titre que le processus de maternité s'étend sur plusieurs mois, nous pensons que l'accompagnement psychomoteur des femmes pourrait s'inscrire dans une dimension plus globale et une temporalité plus étendue, allant de la période prénatale au retour à domicile et même au-delà. Notre souhait le plus sincère serait que le soin psychomoteur, dans ses dimensions de prévention, de dépistage et d'accompagnement, puisse s'étendre à l'ensemble des femmes et des co-parents accueillis en maternité. Nous considérons donc ce stage expérimental comme un début, une voie ouverte vers une possible intégration des psychomotriciens en maternité, au service de l'accompagnement des mères.

Enfin, nous ne pouvons conclure ce mémoire sans ouvrir une petite fenêtre de subjectivité. En effet, il a parfois été délicat de ne pas nous laisser submerger par la vague d'émotions que nous a fait vivre ce stage. C'est là que le rôle du binôme a pris tout son sens, car pouvoir être deux, et ainsi s'appuyer l'une sur l'autre a été précieux.

Pendant neuf mois, nous avons porté à deux ce projet comme on porte un enfant, et bercé les mères pour qu'elles puissent bercer à leur tour.

## BIBLIOGRAPHIE

- Adouard, J. & Marangelli, G.** (s.d.). *Recherche en ostéopathie périnatale*. Ostéopathes-lyon 3.
- Ajuriaguerra J. DE** (1970), *Manuel de psychiatrie de l'enfant, Paris, Masson, cité par PIREYRE E.* (2011), p. 37.
- Álvarez, L. I. O., & Golse, B.** (2020). *La psychiatrie du bébé. Dans Que sais-je ?*  
<https://doi.org/10.3917/puf.alvar.2020.01>
- Anzieu (D.)**, (1985) *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, (p.254). Dans *Enfance* (Numéro 4, p. 453-454). Dunod.
- Ballouard, C.** (2011). 1. Définitions de la psychomotricité. Dans : , C. Ballouard, *L'aide-mémoire de psychomotricité: En 25 notions* (pp. 3-10). Paris: Dunod.
- Bachollet, M. & Marcelli, D.** (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49, 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- B, E.** (2021, 4 mai). *Dysgueusie*. Santé Sur le Net, L'information Médicale Au Cœur de Votre Santé. <https://www.sante-sur-le-net.com/maladies/orl-oto-rhino-laryngologie/dysgueusie/>
- Ben Soussan, P.** (2006). *L'annonce du handicap autour de la naissance en douze questions*. Érés., p.179. <https://doi.org/10.3917/eres.benso.2006.01>
- Bentata, H.** (2020). Le giron maternel, un fondement pulsionnel essentiel : la pulsion de portage. *Journal français de psychiatrie ERES, N°49*, 78-86.
- Bergès-Bounes, M.** (2022). Le mamanais et la langue. Dans : Hervé Bentata éd., *Le corps sensori-moteur du bébé à risque: Avancées théoriques et pratiques* (pp. 323-331). Toulouse: Érés. <https://doi.org/10.3917/eres.benta.2022.01.0323>

- Bertand, S.** (2011). Incidence du développement de la « conscience parentale de l'Autre-bébé » durant la grossesse sur la qualité des interactions précoces (0- 3mois). *La psychiatrie de l'enfant, Vol°54*, 355-432.
- Bessaguet, F., & Desmoulière, A.** (2023b). Physiologie de la grossesse. *Actualités Pharmaceutiques*, 62(628), 18-21. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2023.06.005>
- Bion, W.,** (1962) *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF
- Bonneton-Tabariés, F., & Lambert-Libert, A.** (2009). *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. Med-Line Editions.
- Boukobza, C.** (2003). La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott. *Le Coq-héron*, no 173), 64-71. <https://doi.org/10.3917/cohe.173.0064>
- 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, Volume 57, Issue 3*, 205-213
- Bourguiba, L.** (2015). Chapitre 10. Accompagnement en psychomotricité de femmes enceintes dans l'eau. Dans : Éric W. Pireyre éd., *Cas pratiques en psychomotricité* (pp. 168-185). Paris : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2015.02.0168>
- Brenot, P., & Képès, S.** (2014). *Relaxation et sexualité*. Odile Jacob.
- Bril, B., Devouche, E., Fagard, J., Jover, M., & Lhote, M.** (2000). *Le développement psychomoteur du jeune enfant : Idées neuves et approches actuelles*. De Boeck Supérieur.
- Bullinger, A.** (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. *Contraste, N°25*, 125-139.

**Bydlowski, M.** (2000). *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité.* Paris : Odile Jacob, 2010.

**Bydlowski, M.** (2006). La crise parentale de la première naissance : L'apport de la psychopathologie. *Informations sociales*, 132, 64-75.  
<https://doi.org/10.3917/inso.132.0064>

**Bydlowski, S. B.** (2014, 13 novembre). Les maux de l'assistance médicale à la procréation : quelle place pour la souffrance psychique ? <https://www.rap5.org/>. Consulté le 5 février 2024 sur  
[https://www.rap5.org/Institut\\_de\\_psychologie/Master\\_2/98/article\\_SB\\_AMP.pdf](https://www.rap5.org/Institut_de_psychologie/Master_2/98/article_SB_AMP.pdf)

**Cailleau, F.** (2009). Percer le secret de la grossesse : de la transparence du corps à la transparence psychique. *Cahiers de psychologie clinique*, 75-87.

**Calais-Germain, B.** (2000). *Le périnée féminin et l'accouchement : éléments d'anatomie et exercices pratiques d'application.* Desiris.

**Caron-Leulliez, M., & George, J.** (2004). *L'accouchement sans douleur : histoire d'une révolution oubliée.* Editions de l'Atelier.

**Cassidy I, Jones C.** (2002). A retrospective case report of symphysis pubis dysfunction in a pregnant woman. *Journal of Osteopathic Medicine*;5(2):83-86.

**Chang, S.R. Chao, Y. & Kennedy, N.** (2006). I am a woman and I'm pregnant : body image of women in Taiwan during the third trimester of pregnancy, *Birth*, 33 (2), 147-153.

**Charpentier, E.** (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée.* De Boeck.

**Collomb, H.** (2004). 24. Études transculturelles. Dans : Serge Lebovici éd., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : 4 volumes* (pp. 363-421). Paris cedex 14:



Presses Universitaires de France <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/puf.diatk.2004.01.0363>

**Comede.** *Migrants/étrangers en situation précaire*. Soins et accompagnement. 2013.

[http://www.comede.org/IMG/pdf/guide\\_comede\\_2013.pdf](http://www.comede.org/IMG/pdf/guide_comede_2013.pdf)

**Corraze, J.** (2014). *Les communications non-verbales*. Presses universitaires de France.

**Dayan, J.** (2016). *Les baby blues*. Presses Universitaires de France.

<https://doi.org/10.3917/puf.dayan.2016.01>

**Debroas, G., Hoeffel, G., Reynders, A., & Ugolini, S.** (2018b). Interactions neuro-immunes dans la peau. *M S-medicine Sciences*, 34(5), 432-438.

<https://doi.org/10.1051/medsci/20183405016>

**Defiolles-Peltier, V.** (2010). *Les vérités du corps dans la psychose aiguës*. Paris, France : Vernazobres-Gregio. 253-254

**Deforges, C., Sandoz, V. & Horsch, A.** (2020). Le trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement. *Périnatalité*, 12, 192-200. <https://doi.org/10.3166/rmp-2020-0101>

**De Gasquet, B.** (2009). *Bien-être et maternité*. Albin Michel

**Delassus, J., Carlier, L., & Boureau-Louvet, V.** (2010). *L'aide-mémoire de maternologie : définition et domaines, thérapeutique, cas cliniques*.

**Dessureault, A.** (2015). La médicalisation de l'accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. *Devenir*, 27, 53-

68. <https://doi.org/10.3917/dev.151.0053>

**Dolto F.,** (1984) *L'image inconsciente du corps*, Paris, du seuil,

**Dolto-Tolitch, C.** (1999). *L'haptonomie périnatale*.

**Doncarli, A. D., Gorza, M. G., Gomes, E. G., & Cardoso, T. C.** (2023, 14 mars). Mortalité maternelle en France : accomplissements, inégalités, et défis à relever. *Santé Publique France*. Consulté le 19 avril 2024 sur [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/3-4/2023\\_3-4\\_4.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/3-4/2023_3-4_4.html)

**Gatecel, A.** (2013). Corps réel/corps imaginaire et psychothérapie corporelle. *Psychosomatique relationnelle*, 1, 30-38. <https://doi.org/10.3917/psyr.131.0030>

**Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A.** (2023). Le Grand Livre des pratiques psychomotrices. Dans *Dunod eBooks*. <https://doi.org/10.3917/dunod.vache.2022.01>

**Gennart, M.** (2011). *Corporéité et présence*. Cercle Hermeneutique, (p.275).

**Giromini, F., Albaret, J.M., Scialom, P.,** (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Tome 3 , Clinique et thérapeutiques, Deboeck ed. p.154

**Gomez, P., Rousseau, A. & Vandangeon-Derumez, I.** (2011). Distance et proximité : Esquisse d'une problématique pour les organisations. *Revue française de gestion*, 213, 13-23. <https://www.cairn.info/revue--2011-4-page-13.htm>.

**Gorwood, P. G., & Kessler, V. K.** (2002). La psychose puerpérale : un modèle du concept de vulnérabilité génétique ? *Devenir*, 14, 17-26.

**Guiose, M.** (2007), Soins palliatifs et psychomotricité, Paris, Hdf.

**Hall, E.T.** (1971). *La dimension cachée*. Les Éditions du Seuil, Paris, (éd. originale 1966).

**Hanouti, K.** (2011). 6. Islam et monde maghrébin. Dans : Yolande Govindama éd., *Temps et rites de passage: Naissance, enfance, culture et religion* (pp. 139-167). Paris : Karthala.

- Hollander, M. H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M. G., de Miranda, E., & Stramrood, C. A. I.** (2017). *Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views*. *Archives of women's mental health*, 20(4), 515–523.  
<https://doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6>
- Houël, A.** (2005). *L'accouchement sous X, une fiction maternelle enchâssée*. La lettre de l'enfance et de l'adolescence, (n.59), Erès, p.67-73.  
<https://doi.org/10.3917/lett.059.0067>
- Hourdin, A.** (2008). *Guide pratique de clinique périnatale*. Les études hospitalières.
- Houzel, D.** (2010), *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, In press.
- Jover, M.** (2000) *Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture du jeune enfant*, Solal.
- Keurentjes, A.** (2003). *Relationship of osteopathic manipulative treatment during labor and delivery on selected maternal morbidity outcomes : a randomized controlled trial*. [Master thesis].
- Lamour M. L., & Lebovici, S. L.** (1988). Les interactions du nourrisson avec ses partenaires : evaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques. *La Psychiatrie de L'enfant*, vol. 34, n° 1.
- Laplanche, J., Pontalis, J., & Lagache, D.** (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*.  
<https://ci.nii.ac.jp/ncid/BA86414248>
- Latournerie, J.** (2022). Psychologue maïeuticienne en maternité : entre rêveries et désillusions. *Spirale*, 101, 50-58. <https://doi.org/10.3917/spi.101.0050>

**Lavelle J. M.** (2012). Osteopathic manipulative treatment in pregnant women. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 112(6), 343–346.

<https://doi.org/10.7556/jaoa.2012.112.6.343>

**Lefèvre, A.** (2011). *100 % Winnicott*. Editions Eyrolles.

**Lehalle, H. & Mellier, D.** (2021). Chapitre 3. Le développement sensori-moteur et cognitif jusqu'à 2 ans. Dans : , H. Lehalle & D. Mellier (Dir), *Psychologie du développement: Enfance et adolescence Cours, exercices et QCM corrigés* (pp. 71-120). Paris: Dunod.

<https://doi.org/10.3917/dunod.lehal.2021.01.0071>

**Lenz, D.** (2003). Osteopathic treatment as a prevention of complications during child birth.

*Osteopathic Research Web*. <https://www.osteopathic-research.org/s/orw/item/2527>

**Le Ray, C. L., & Lelong, N. L.** (2022). *Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements.*

*Situation et évolution depuis 2016*. Dans <https://enp.inserm.fr/>. Consulté le 5 février 2024 sur <https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf>

**Lesage, B.** (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle*. Eres.

**Ly Kane, O.** (2018). *L'allaitement maternel n'est pas que du lait : Sa signification dans le contexte africain sénégalais*. Dans : Rosella Sandri éd., *Le bébé et son berceau culturel : L'observation du bébé selon Esther Bick dans différents contextes culturels* (pp. 45-53). Toulouse: Érès.

**Martin, J. M., & D'Ignazio, A. D.** (2014). *100 idées pour développer la psychomotricité des enfants*. Tom Pousse.

**Mathon-Tourné, L.** (2013). La singularité de la maternité éclairée par des scénarios transgénérationnels. *Psychologie clinique et projective*, 19, 269-287.

<https://doi.org/10.3917/pcp.019.0269>

- Merger, R., & Melchior, J.** (2001). *Précis d'Obstétrique. 6ème édition*. Elsevier Masson.
- Molière, F.** (2012). Anxiété. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition* (pp. 70-72). Toulouse : Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0070>
- Morel, M.** (2018). Naître à la maison d'hier à aujourd'hui. *Travail, genre et sociétés*, 39, 193-199. <https://doi.org/10.3917/tgs.039.0193>
- Moro, M.R.** (2004). *Approche transculturelle de la périnatalité*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.
- Muhlstein J., Martrilleb L., Guillet-Maya F., Routiota T., Coudaneb H., Judlina P.**(2012), La grossesse après viol, *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, vol. 41, Issue 2, 110-115.
- Pham Quang, L.** (2021). Ce que le soin psychomoteur fait à l'identité du psychomotricien : crises et transformations. Dans C. Dutems, & L. Pham Quang (dirs.), *L'esprit du soin psychomoteur : De l'usage de la présence et des identités* (pp. 281-302). L'Harmattan.
- Piquemal, M., & Destelle, N.** (2014, 26 novembre). La bataille de Simone Veil pour le droit à l'avortement. *Libération*. [https://www.liberation.fr/societe/2014/11/26/la-bataille-de-simone-veil-pour-le-droit-a-l-avortement\\_1149560/](https://www.liberation.fr/societe/2014/11/26/la-bataille-de-simone-veil-pour-le-droit-a-l-avortement_1149560/)
- Pireyre, E.** (2011), *Clinique de l'image du corps*, Paris, Dunod, 2015, 2ème édition. <https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2015.01>
- Pireyre, É.** (2021). Le schéma corporel (2) : données actuelles et définition. *Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence*, 69(8), 415-421. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.07.004>
- Potel Baranes, C** (2010), *Être psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir*, érès, Nouvelle édition augmentée (2019) p..417

- Potel Baranes, C.** (2007). Des thérapies à médiation corporelle pour les adolescents. : Un exemple : la relaxation. *Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence*, 55. p.120-126
- Prayez, P., & Savatofski, J.** (1989). *Le Toucher Apprivoisé : Pour Une Approche Différente Du Soigné*. Lamarre.
- Racamier, P.-C.** (1978). "A propos des psychoses de la maternalité", in *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. Paris : ESF.
- Reeves, N., Pelletier, V., Schauder, C., Thériault, J. & Wendland, J.** (2016). Anxiété et mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse ; une étude longitudinale et qualitative. *Devenir, Volume 28*, 43-64.
- Ricoeur, P.** (1949). *Philosophie de la volonté, Le Volontaire et l'Involontaire*. Revue des sciences religieuses, Collection Philosophie de l'Esprit. p. 141
- Romano M, Cacciatore A, Giordano R, La Rosa B,** (2010) Postpartum period: three distinct but continuous phases. *J Prenat Med.*;4(2):22-5.
- Rousseau, P.** (2001). Deuil périnatal : transmission intergénérationnelle. *Études sur la mort*, (n°sup 119), 117-137. <https://doi.org/10.3917/eslm.119.0117>
- Roy, A.** (2023). *Le post-partum dure 3 ans* (Larousse Pratique)
- Sarda, J.** (2002). Le toucher en thérapie psychomotrice. *Enfances & Psy*, 20(4), 86-95.
- Schitter, A. M., Nedeljkovic, M., Baur, H., Fleckenstein, J., & Raio, L.** (2015). *Effects of Passive Hydrotherapy WATSU (WaterShiatsu) in the Third Trimester of Pregnancy: Results of a Controlled Pilot Study*. Evidence-based complementary and alternative medicine : <https://doi.org/10.1155/2015/437650>

**Sejourne, N. S.** (2018, septembre). Étude des relations entre la douleur de l'accouchement et du post-partum, et les symptômes dépressifs et traumatiques. *Science Direct*.

Consulté le 11 avril 2024 sur

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468718918301727>

**Soulé, M.** (1987). L'enfant imaginaire, l'enfant dans la tête. Dans : Geneviève Delaisi de Parseval éd., *Objectif bébé: Une nouvelle science : la bébologie* (pp. 57-72). Paris : Le Seuil. <https://doi.org/10.3917/lrel.delai.1987.01.0055>

**Soussan, P. B., Morel, M., Pernoud, L., Rapoport, D., & Sparrow, J.** (1997). Le bébé d'hier, d'aujourd'hui, de demain et de toujours. Dans *ERES eBooks*.

<https://doi.org/10.3917/eres.spar.1997.01>

**Still, A. T.** (2009). *Ostéopathie: Recherche et pratique*. France: Sully.

**Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E.** (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19, 151-188.

<https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>

**Thiveaud, M. T.** (2001). *La relaxation psychomotrice, entre théorie et clinique* [Pdf].

**Tissot, H., Frascarolo-Moutinot, F., Despland, J. & Favez, N.** (2011). Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *La psychiatrie de l'enfant*, 54, 611-637.

<https://doi.org/10.3917/psye.542.0611>

**Trelaun, M. T.** (2010). *Se préparer en couple à l'accouchement*. SOUFFLE OR.

**Veldman, F.** (2007). *Haptonomie: Science de l'affectivité*. Presses Universitaires de France.

<https://doi.org/10.3917/puf.veldm.2007.01>

**Versaevel, C., Leleu, O., Jeanson, R., Lajugie, C., Bizet, B., Danel, T., Charrel, C. & Duhamel, A.** (2014). La personnalité dépendante : un facteur de risque majeur pour la dépression du post-partum ? *Devenir*, 26, 153-164. <https://doi.org/10.3917/dev.143.0153>

**Vinit, F.** (2007), *Le toucher qui guérit, du soin à la communication*, Paris, Belin.

**Volant, S. V.** (2017). Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. Dans *www.insee.fr* (No 1642). Consulté le 15 mars 2024 sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>

**Winnicott, D. W.** (2006). *La mère suffisamment bonne*.

**World Health Organization : WHO.** (2022b, juin 8). *Troubles mentaux*. Consulté le 15 mars 2024 sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

## MÉMOIRES

**Bouchoucha, L.** (2022). *Vécu des changements corporels du post-partum* [Mémoire du Diplôme d'État de Sage-Femme, Académie de Paris ESF – Sorbonne Université École de Sages-Femmes Saint-Antoine]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03818771/document>

**Bourguiba, L.** (2023). *De l'anté au post-natal, la psychomotricité au service de la co-construction des liens précoces mère-bébé Ingénierie d'une formation continue* [MIP-Master Internacional en Psicomotricidad]. Universidad de Murcia - Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice.

**Caut, I.** (2002), *Du gazon dans la tête, dialogues d'une relaxation psychomotrice*, Mémoire de recherche, SNUP.

**Colasse, S. C.** (2016). *La question de l'accouchement extrahospitalier en France de 1974 à 1994* [Mémoire, Académie de Paris Ecole de sages-femmes Saint-Antoine Université Pierre et Marie Curie]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01394114/document>



- Duval, M. D.** (2020). *Projet de naissance : de l'élaboration au vécu de l'accouchement* [MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME, Université Claude Bernard– Lyon 1 UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux]. [https://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/79dbf470-e822-4a8e-b1e5-065811e23fc4/file:content/Msfb\\_2020LYO1G706.pdf](https://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/79dbf470-e822-4a8e-b1e5-065811e23fc4/file:content/Msfb_2020LYO1G706.pdf)
- Gabriac, J.** (2016). Difficultés autour de la prise en charge des femmes non francophones pendant la grossesse: étude qualitative auprès des professionnels de santé d'une maternité de type III . *Gynécologie et obstétrique.dumas-01566840*,(p.8). <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01566840/document>
- Lozano Piccolo, L.** (2019). *Contention et psychomotricité, intérêt du soin psychomoteur dans une unité de soins intensifs en psychiatrie adulte* [Mémoire de D.E de psychomotricien]. Institut supérieur de rééducation psychomotrice.<https://www.memoireonline.com/01/23/13749/Contention-et-psychomotricite-Intrt-du-soin-psychomoteur-dans-une-unit-de-soins-inte.html>
- Madic, S.** (2016). *Prévalence des douleurs périnéales persistant dans le post-partum à la suite d'un accouchement voie basse* [Mémoire DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME, Université d'Auvergne – Clermont 1] (p.11-15). <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01566875>
- Maridet-Coulon, L.** (2022). *Motion et émotion chez Rudolf Laban* [Mémoire, Université Paris 1 Pantheon Sorbonne]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03888245/document>
- Mazzini, P.** (2019). *État des lieux des pratiques de l'épisiotomie au CHU de Nice : Dans quelles circonstances les sages-femmes réalisent-elles une épisiotomie ?* [Mémoire, Université Nice Sophia-Antipolis Faculté de Nice Ecole de Sages-femmes de Nice – Fondation BELLET]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02271291/document>

**Ottaviani, M. O.** (2011). *Les séances postnatales : un soutien à la parentalité ?* [Mémoire, Université Henri Poincaré Nancy, Ecole de sages-femmes de Metz].

[https://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED\\_MESF\\_2011\\_OTTAVIANI\\_MARINE.pdf](https://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2011_OTTAVIANI_MARINE.pdf)

## COURS

**Caut, I.** (2023-2024) *La relaxation psychomotrice*, 3ème année de préparation au D.E de psychomotricien, Institut de formation en psychomotricité, Sorbonne Université

**Defiolles-Peltier, V.** (2024) *Spécificités de la psychomotricité en psychiatrie adulte*, 3ème année de préparation au D.E de psychomotricien. Institut de formation en psychomotricité, Sorbonne Université

**Garnaud, D. et Passieux, A.** (2024, 25 janvier). *Groupe de travail sur le Psychotraumatisme Obstétrical.*

**Guiose, M.** (2023) *Le toucher thérapeutique*, 3ème année de préparation au D.E de psychomotricien, Institut de formation en psychomotricité, Sorbonne Université

**Lefèvre, C.** (2024) *Le toucher thérapeutique en EHPAD*, 3ème année de préparation au D.E de psychomotricien, Institut de formation en psychomotricité, Sorbonne Université

## SITOGRAPHIE

**1000 Premiers Jours.** (2023, 24 avril). *Le baby blues et la dépression post-partum.* Consulté le 18 mars 2024 sur <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/le-baby-blues-et-la-depression-post-partum>

**1000 Premiers Jours.** (s.d.). *Le lien d'attachement parents-enfant. - Là Où Tout Commence.* Consulté le 18 mars 2024 sur <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/le-lien-dattachement-parents-enfant>

**Académie nationale de médecine** (s.d.). *Ictère physiologique du nouveau-né.* Consulté le 15 mars 2024 sur <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=ict%C3%A8re%20physiologique%20du%20nouveau-n%C3%A9>

- Ameli**, assurance maladie. *Grossesse : programme de suivi et première consultation*. (s.d.). Consulté le 28 janvier 2024 sur <https://www.ameli.fr/seine-saint-denis/assure/sante/themes/grossesse/grossesse-soins-dentaires-dentiste-consultation>
- Artal-Mittelmark, R., & Msd, M**, (2021) *Prise en charge de l'accouchement normal*. Édition Professionnelle du Manuel MSD. Consulté le 21 février 2024 sur [https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/travail-et-accouchement-normaux/prise-en-charge-de-accouchement-normal#v1071656\\_fr](https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/travail-et-accouchement-normaux/prise-en-charge-de-accouchement-normal#v1071656_fr)
- CNGOF**, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *Accouchement normal en présentation du sommet suites de couches normales*. Chapitre 30 Item 30 – UE 2 (s. d.). Consulté le 12 décembre 2023 sur <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/37-ch30-373-402-9782294715518-AN.html>
- France Assos Santé**. (2014, 23 mai). *Accoucher avec ou sans péridurale*. Consulté le 19 mars 2024 sur <https://www.france-assos-sante.org/2014/05/23/accoucher-avec-ou-sans-peridurale/>
- Haute Autorité de Santé** (s.d.). <https://www.has-sante.fr/>
- Haute autorité de santé**, (mai 2016) *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Consulté le 10 janvier 2024 sur [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees](https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees)
- Haute Autorité de Santé**. (2017, décembre). *Synthèse de la recommandation de bonne pratique accouchement normal accompagnement de la physiologie et interventions médicales*. [Communiqué de presse]. Consulté le 22 mars 2024 sur [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/fs\\_accouchement\\_v3.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/fs_accouchement_v3.pdf)
- Ined**. (2022). *Combien d'enfants ont été conçus par FIV depuis le premier « bébé-éprouvette » ?* Consulté le 15 mars sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/faq/combien-denfants-ont-ete-concus-par-fiv-depuis-le-premier-bebe-eprouvette-ne-en-france/>
- Insee**. (2024). *Âge moyen de la mère à l'accouchement : données annuelles de 1994 à 2023*. Consulté le 18 mars 2024 sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004>

**Inserm.** (2021, 28 juin). Douleur : un symptôme fréquent, parfois vécue comme une fatalité. Consulté le 7 avril 2024 sur <https://www.inserm.fr/dossier/douleur/>

**Institut National du Cancer.** (s. d.). Angoisse. Consulté le 18 mars 2024 sur <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/A/angoisse>

**Institut National du Cancer.** (s. d.). Nociceptif. Consulté le 18 mars 2024 sur <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/N/nociceptif>

**Journal officiel de la République française.** (1974, 17 février). [Communiqué de presse]. Consulté le 6 avril 2024 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=K8nvRZSZ0x!ZhTWsET2k&pagePdf=23>

**L'Assurance Maladie.** (2024, 20 mars). *Après l'accouchement : baby blues et dépression du post-partum.* Consulté le 18 avril 2024 sur <https://www.ameli.fr/paris/assure/sante/devenir-parent/accouchement-et-nouveaune/baby-blues-depression-post-partum-grossesse>

**Legifrance,** (2024). *Code de la santé publique.* (Quatrième partie des articles L4001-1 à L4444-3.) Consulté le 28 janvier 2024 sur [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA00006125348/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA00006125348/)

**MSD Manuals.** (s. d.). *MSD Manual Professional Edition.* MSD Manual Professional Edition. <https://www.msmanuals.com/professional>

**Organisation Mondiale de la Santé.** (2017). Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Consulté le 10 mars 2024 sur <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259584/9789242549911-fre.pdf?sequence=1>

**Organisation Mondiale de la Santé.** (2023, 21 février). Stress. Consulté le 18 mars 2024 sur <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/stress>

**Qu'est-ce que la sensorialité ? place dans le développement psychomoteur.** (2021, 11 septembre). *Collectif de Psychomotriciens Libéraux de Gironde.* Consulté le 25 avril 2024, à l'adresse <https://www.psychomotriciens-liberaux-gironde.com/quest-ce-que-la-sensorialite-place-dans-le-developpement-psychomoteur/>

**Santé Sorbonne Université.** (2019) *Psychomotricité*. Consulté le 10 février 2024 sur <https://sante.sorbonne-universite.fr/formations/etudes-paramedicales/psychomotricite>

## DICTIONNAIRES

**Académie de médecine.** (2024). Déchirure périnéale. Consulté le 18 mars 2024 sur <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=d%C3%A9chirure+perineal>

**CIM-11.** (s.d.) Infertilité féminine. Consulté le 11 mars 2024 sur <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http://id.who.int/icd/entity/1237004558>

**Dictionnaire Médical.** (s.d.) Épisiotomie. Consulté le 24 avril 2024 sur <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/867-episiotomie/>

**Enfance jeunesse.** (s.d.) Communication paraverbale. Consulté le 24 avril 2024 sur <https://www.enfancejeunesse.lu/fr/glossaire/communication-paraverbale/>

**Larousse encyclopédie médicale.** (s.d.) Fécondation in vitro. Consulté le 24 avril 2024 sur [https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/f%C3%A9condation\\_in\\_vitro/13079](https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/f%C3%A9condation_in_vitro/13079)

**Larousse encyclopédie médicale.** (s.d.) Grossesse. Consulté le 18 mars 2024 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/grossesse/38395>

**Larousse encyclopédie médicale.** (s.d.) Interaction. Consulté le 18 mars 2024 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interaction/43595>

**Larousse encyclopédie médicale.** (s.d.) Maternité. Consulté le 18 mars 2024 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/maternit%C3%A9/49852>

**Larousse encyclopédie médicale** (s.d.) Post-partum ou Puerpéralité ou Suites de couches. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 11 mars 2024 sur

<https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/post-partum/15476>

**Larousse.** Post-partum. Dans *Dictionnaire de français Larousse [Internet]*. Consulté le 19 décembre 2023 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/post-partum/62940>

**Larousse.** Proprioception. Dans *Dictionnaire de français Larousse [Internet]*. Consulté le 25 avril 2024 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/proprioception/64425>

**Larousse.** Espace. Dans *Dictionnaire de français Larousse [Internet]*. Consulté le 19 avril 2024 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/espace/31013>

**Larousse.** Temps. Dans *Dictionnaire de français Larousse [Internet]*. Consulté le 19 avril 2024 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/temps/77238>

**Larousse encyclopédie médicale** (s. d.). Tranchées utérines. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 19 décembre 2023 sur [https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/tranch%C3%A9e\\_ut%C3%A9rine/16656](https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/tranch%C3%A9e_ut%C3%A9rine/16656)

**Larousse.** Haptonomie. Dans *Dictionnaire de français Larousse [Internet]*. Consulté le 6 janvier 2024 sur <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/haptonomie/13458>

**Larousse.** Soma. Dans *Dictionnaire de français Larousse [Internet]*. Consulté le 6 janvier 2024 sur <https://www.larousse.fr/encyclopedie/rechercher?q=soma>

**Larousse.** Psyché. Dans *Dictionnaire de français Larousse [Internet]*. Consulté le 6 janvier 2024 sur <https://www.larousse.fr/encyclopedie/rechercher/Psych%C3%A9>

**Robert** (s. d.). Toucher. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 12 février 2024 sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/toucher#synonymes>

**Robert** (s. d.). Psychoaffectif. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 12 février 2024 sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/psychoaffectif>

## ANNEXES

---

### Annexe n°1 : La photothérapie

#### **ICTÈRE du nouveau-né de plus de 35 SA : Protocole et Méthode thérapeutique**

Réseau sécurité naissance

**Groupe de travail 2023:** L. BARATON (responsable de la commission des pédiatres), CHU Nantes ; M. LOSFELD, CH Chateaubriant ; C.BOSCHER, CHU Nantes ; Clémence DAIN, CH La Roche-sur-Yon ; Isabelle Bouchereau, CH Château Gontier ; François BUISSON, CH Saumur ; Caroline HOSTEIN, CI Jules Verne ; Catherine Maingueneau, CI Jules Verne ; Camille THEVENIAUT, CHU Nantes ; Emmanuelle RIGAL, Santé Atlantique ; Isabelle GRIMAUD, CH Cholet ; Jacqueline ABOA, Ch Chateaubriant ; Joël Garcia, Reso- pedia ; Rozenn Collin RSN  
[https://www.reseau-naissance.fr/medias/2016/12/RSN\\_PRO\\_005-Ictere-du-nne-de-plus-de-35SA.pdf](https://www.reseau-naissance.fr/medias/2016/12/RSN_PRO_005-Ictere-du-nne-de-plus-de-35SA.pdf)

#### **Principes et bases théoriques**

La photothérapie s'adresse aux ictères à bilirubine libre. Une exposition à des rayons lumineux permet de convertir la bilirubine en produits de dégradation hydrosolubles, permettant une élimination rapide dans les urines.

**La lumière du jour ne permet pas d'atteindre la puissance suffisante pour être efficace.** L'efficacité de la photothérapie dépend d'une part de la longueur d'onde des lampes utilisées (lumière bleue ou blanche : 430-490 nm), de la surface cutanée exposée, de l'éclairement énergétique (l'intensité lumineuse) et de la distance entre l'enfant et la source de lumière.

**Toute maternité doit comporter un appareil de photothérapie.** La distance entre les lampes et le corps de l'enfant doit être minimale (< 50 cm), mais suffisante pour le confort et les soins aux enfants (20 à 30 cm). La surface cutanée exposée doit être maximale en protégeant les yeux et le bassin.

## Méthodes

On distingue trois méthodes de photothérapie :

- **Photothérapie maternisée** : lit dans lequel l'enfant (« face inférieure ») repose à 5-7 centimètres de tubes émettant un éclairage énergétique faible d'environ 2 mW/cm<sup>2</sup>. L'administration est continue, ne nécessite pas de protection oculaire et permet une photothérapie dans la chambre de la mère. A noter un risque de perte de chaleur (couverture ou vêtements sur une « face »). Ce système peut être indiqué en complément d'une autre méthode de photothérapie.
- **Photothérapie conventionnelle** (lampe) : dans un lit ou une couveuse avec un « éclairage énergétique » de 2 à 3 mW/cm<sup>2</sup> ou une « irradiance » de 8-10 μW/cm<sup>2</sup> par nm. Toutes les maternités et services de néonatalogie doivent posséder un tel équipement.
- **Photothérapie intensive** (tunnel) : ensemble de lampes dans la zone bleue du spectre solaire administré sur l'ensemble du corps (360°) « d'éclairage énergétique » > 3 mW/cm<sup>2</sup> ou une « irradiance » > 30 μW/cm<sup>2</sup> par nm. Le tunnel est à 70μW/cm<sup>2</sup> par nm au-dessus et en dessous. Les maternités doivent s'équiper d'un tel dispositif au regard de la fréquence des ictères sévères et de prévention des transferts. Les services de néonatalogie, de soins intensifs et de réanimation néonatale doivent posséder un tel équipement.

## Remarque

Il n'y a pas de toxicité de la lumière pour les mères en chambre mère-enfant ou pour les soignants.

## Complications du traitement par photothérapie

Les complications doivent être prévenues en prenant des précautions :

- Arrêt respiratoire ou cardiaque : le **monitorage de la fréquence cardiaque** est obligatoire.



- Hyperthermie et déshydratation : le risque dépend des appareils, de l'âge gestationnel du nouveau-né et de son alimentation. **La surveillance de la température** est indispensable toutes les heures. Les tétées doivent être fréquentes pour le biberon ou le sein. Il n'y a pas lieu d'arrêter l'allaitement maternel et il faut surveiller l'efficacité des tétées (envisager un complément).
- Conséquences oculaires : une protection oculaire sous forme de lunettes est nécessaire. Il faut veiller à son bon positionnement pour éviter le risque d'obstruction nasale.
- Conséquences gonadiques : une couche est nécessaire en la pliant pour diminuer la surface non exposée.

#### **Autres considérations**

- Une **bonne hydratation** de l'enfant est un facteur d'évolution favorable de l'ictère et un additif important à l'efficacité de la photothérapie.
- **L'utilisation d'une courbe en fonction du temps** peut permettre de visualiser pour chaque enfant l'évolution de l'ictère. Cette fiche peut être jointe dans le carnet de santé pour le suivi de l'enfant après la sortie.
- Une affiche résumant les règles de surveillance est recommandée dans chaque maternité
- Il n'y a pas à ce jour d'indications de médicaments pour faire baisser la bilirubinémie.

#### **Arrêt de la photothérapie**

L'arrêt de la photothérapie est organisé selon chaque centre. L'arrêt est décidé lorsque les dosages de bilirubinémie sont au-dessous des courbes. **Un nouveau dosage est effectué 24 heures après l'arrêt de la photothérapie si l'on veut juger d'un rebond.** Un risque de rebond existe et doit être connu, en particulier, en cas de sortie précoce de la maternité.

## **Annexe n°2 : Programme de préparation à la naissance**

### **Séance N°1 :**

**Comprendre son corps et en prendre soin pendant la grossesse** (positions de confort, petits maux du 3<sup>e</sup> trimestre, développement du fœtus, relaxation)

Prendre soin de son périnée

### **Séance N° 2 :**

**Pré-travail et départ pour la maternité** : Qu'est-ce qu'une contraction ? Comment gérer les contractions de travail à la maison ?

Quand et comment venir à la maternité ?

### **Séance N° 3 :**

**Travail et accouchement physiologiques** : en pratique, comment ça se passe ? quelles positions adopter ?

La poussée et les 2 heures qui suivent la naissance

Préparer son projet de naissance

Présentation du secteur naissance

### **Séance N° 4 :**

**Les aides médicales en salle de naissance** : l'analgésie péridurale, déclenchement, l'utilisation d'ocytocine, quand et pourquoi faire ?

L'assistance instrumentale lors de l'accouchement, la césarienne

### **Séance N° 5 :**

**Le séjour à la maternité** : l'organisation du secteur mère-enfant, durée du séjour, quelles affaires seront nécessaires ?

La vie d'un nouveau-né : besoins, rythme, bain, portage, examen du nouveau-né, comment faire un biberon ?

### **Séance N° 6 :**

**Allaitement au sein** : comment optimiser le démarrage de l'allaitement au sein ?

### **Séance N° 7 :**

**Préparer son post-partum et le retour à la maison** : Que préparer en amont ? Quel suivi pour maman et bébé en rentrant à la maison ?

Quelles complications peuvent survenir ? quelles ressources en ville ? (Rééducation du périnée, contraception et retour de couches)

## Annexe n°3 : Tests de dépistage des nouveau-nés à la naissance

Par **Deborah M. Consolini**, pédiatre au Thomas Jefferson University Hospital - Vérifié/Révisé en septembre 2023 <https://www.msmanuals.com/fr/professional/authors/consolini-deborah>

Un examen clinique complet du nouveau-né doit être effectué dans les 24 heures suivant la naissance. Le fait d'effectuer l'examen en présence des parents leur permet de poser des questions et permet au médecin d'indiquer ses constatations cliniques et de prodiguer des conseils pour l'avenir. Des tests de dépistage de routine pour détecter des problèmes qui ne peuvent pas être diagnostiqués lors de l'examen clinique sont également effectués.

Les mensurations de base comprennent la taille, le poids et le périmètre crânien (voir aussi Paramètres de croissance chez les nouveau-nés). La taille est mesurée de la tête aux talons ; les valeurs normales dépendent de l'âge gestationnel, les données doivent être reportées sur les courbes de croissance standard. Lorsque l'âge gestationnel est incertain ou lorsque le nourrisson semble grand pour son âge gestationnel ou petit pour son âge gestationnel, l'âge gestationnel peut être déterminé avec précision en se basant sur l'examen clinique et neuromusculaire (voir figure Évaluation de l'âge gestationnel, nouveau score de Ballard). Ces méthodes sont généralement précises à  $\pm 2$  semaines ; cependant, chez le nouveau-né malade, ces méthodes sont moins fiables.

### **Systeme neurologique**

L'examen neurologique comprend un bilan du tonus du nouveau-né, du niveau d'éveil, des mouvements et des réflexes. Habituellement, les réflexes néonataux, comprenant le réflexe de Moro, de succion et le réflexe des points cardinaux sont recherchés :

Réflexe de Moro : le réflexe de Moro, réponse du nouveau-né à la mobilisation brusque, est provoqué par une traction sur les bras pour le relever légèrement du lit suivi de leur relâchement brusque. En réponse, le nouveau-né étend les bras avec les doigts en extension, fléchit les cuisses et pleure.

Réflexe des points cardinaux : caresser la joue ou la partie latérale de la lèvre incite le nourrisson à tourner la tête vers le côté touché et à ouvrir la bouche.

Réflexe de succion : un doigt ganté ou une tétine est utilisé pour susciter ce réflexe.

Ces réflexes persistent plusieurs mois après la naissance et témoignent d'un système nerveux périphérique normal.

## Évaluation de l'âge gestationnel, nouveau score de Ballard

Les scores d'aptitude neuromusculaire et physique sont additionnés pour obtenir le score total. Le médecin commence souvent par l'examen du cœur et des poumons suivi d'un examen systématique de la tête aux pieds, notamment à la recherche de signes de traumatisme à la naissance et de malformations congénitales.

### Maturité neuromusculaire

| Score                    | -1   | 0    | 1        | 2        | 3       | 4    | 5    |
|--------------------------|------|------|----------|----------|---------|------|------|
| Posture                  |      |      |          |          |         |      |      |
| Fenêtre carrée (poignet) | >90° | 90°  | 60°      | 45°      | 30°     | 0°   |      |
| Fléxion du bras          |      | 180° | 140-180° | 110-140° | 90-110° | <90° |      |
| Angle poplité            | 180° | 160° | 140°     | 120°     | 100°    | 90°  | <90° |
| Signe du foulard         |      |      |          |          |         |      |      |
| Talon à oreille          |      |      |          |          |         |      |      |

### Maturité physique

| Peau                        | Collante, friable, transparente             | Gélatineuse, rouge, translucide                         | Lisse, rose ; veines visibles                       | Desquamation superficielle et/ou éruption ; qqes veines | Gerçures, zones pâles, veines rares                 | Parcheminement, gerçures profondes, pas de vaisseaux | Aspect de cuir, gercée, ridés            |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|--|--|
| Lanugo                      | Aucun                                       | Epars   | Abondant  | Moins dense   | Zone imberbe  | Presque complètement chauve                          | Grade de maturité                        |
| Surface plantaire           | Talon-orteil 40-50 mm: -1<br>< 40 mm: -2    | > 50 mm, pas de pli                                     | Légères marques rouges                              | Pli antérieur transverse uniquement                     | 2/3 plis antérieurs                                 | Plis sur toute la plante du pied                     | Score Sem.                               |
| Seins                       | Imperceptible                               | A peine perceptible                                     | Aréole plate, pas de bourgeon                       | Aréole en pointillé, bourgeon 1-2 mm                    | Aréole surélevée, bourgeon 3-4 mm                   | Aréole complète, bourgeon 5-10 mm                    | -10 20<br>-5 22<br>0 24<br>5 26<br>10 28 |
| Yeux/oreilles               | Paupières fusionnées lâche : -1 serrée : -2 | Paupières ouvertes, pavillon plat, reste plié           | Pavillon légèrement incurvé, mou, rétraction lente  | Pavillon bien courbé, rétraction rapide                 | Formé et ferme, rétraction immédiate                | Cartilage épais, oreille rigide                      | 15 30<br>20 32<br>25 34                  |
| Organes génitaux (mâle)     | Scrotum plat, lisse                         | Scrotum vide, quelques plis peu visibles                | Testicules dans le canal supérieur, plis rares      | Descente des testicules, quelques plis                  | Testicules descendus, plis nombreux                 | Testicules suspendus, plis nombreux                  | 30 36<br>35 38                           |
| Organes génitaux (féminins) | Clitoris proéminent, grandes lèvres plates  | Clitoris proéminent, petites lèvres de petite dimension | Clitoris proéminent, grossissant les petites lèvres | Grandes et petites lèvres également proéminentes        | Grandes lèvres importantes, petites lèvres réduites | Grandes lèvres couvrent clitoris et petites lèvres   | 40 40<br>45 42<br>50 44                  |

## **Systeme cardiorespiratoire**

Le cœur et les poumons sont examinés quand le nourrisson est calme. Le médecin doit préciser l'endroit où les bruits du cœur sont à leur maximum (afin d'exclure une dextrocardie). La fréquence cardiaque (normale : 100 à 160 battements/minute) et le rythme sont vérifiés. Le rythme doit être régulier, bien qu'un rythme cardiaque irrégulier, dû à des extrasystoles auriculaires et ventriculaires, ne soit pas rare. Un souffle entendu au cours des 24 premières heures est le plus souvent causé par une persistance du canal artériel. Un examen cardiaque quotidien confirmera la disparition de ce souffle, le plus souvent dans les 3 jours.

Les pouls fémoraux sont vérifiés et comparés aux impulsions brachiales.

La respiration est évaluée par la fréquence des mouvements respiratoires sur 1 min, la respiration du nouveau-né étant irrégulière ; la fréquence normale est de 40 à 60/min. La symétrie de la paroi thoracique doit être contrôlée et le murmure vésiculaire doit être bilatéral. Un geignement expiratoire, un battement des ailes du nez et un tirage intercostal sont des signes de détresse respiratoire.

## **Tête et cou**

La taille de la tête et sa forme sont inspectées pour détecter une hydrocéphalie congénitale. De nombreux syndromes génétiques peuvent provoquer des anomalies crânio-faciales. Le visage est inspecté à la recherche d'une asymétrie et d'un développement anormal, en particulier de la mâchoire, du palais, du pavillon de l'oreille et des canaux auditifs externes. Les yeux peuvent être plus faciles à examiner le 2<sup>e</sup> jour, car l'accouchement entraîne une tuméfaction autour des paupières. Les yeux doivent être examinés à la recherche du reflet rouge rétinien normal; son absence peut indiquer un glaucome, une cataracte, ou un rétinoblastome. Les hémorragies sous-conjonctivales sont fréquentes et provoquées par les pressions exercées pendant l'accouchement.

Des oreilles bas implantées peuvent indiquer des anomalies génétiques, dont la trisomie 18 et la trisomie 21 (syndrome de Down). Des oreilles et/ou des conduits auditifs externes malformés peuvent être observés dans de nombreux syndromes génétiques. Le médecin doit chercher des pertuis ou des appendices anormaux au niveau de l'oreille externe, qui peuvent parfois être associés à une surdité et à des anomalies rénales.

Le médecin doit inspecter et palper le palais afin de détecter un défaut de fermeture du palais mou ou dur. Les anomalies orofaciales sont parmi les anomalies congénitales les plus

fréquentes. Certains nouveau-nés naissent avec une épulis (hamartome bénin de la gencive) qui peut être assez grand pour entraîner des difficultés d'alimentation voire obstruer la filière respiratoire.

Pour l'examen du cou, le médecin doit soulever le menton afin de chercher des anomalies telles qu'un hygroma kystique, un goitre et des résidus d'arc branchial. Un torticolis peut être causé par un hématome du sternocléidomastoïdien dû au traumatisme obstétrical.

### **Abdomen et pelvis**

L'abdomen doit être rond et symétrique. Un abdomen scaphoïde peut indiquer une hernie diaphragmatique, à travers laquelle les intestins ont pu migrer dans la cavité thoracique in utero ; entraînant parfois une hypoplasie pulmonaire et une détresse respiratoire post-natale. Un abdomen asymétrique doit évoquer la possibilité d'une masse intra-abdominale. Les reins peuvent être perçus à la palpation profonde ; le gauche est plus facilement palpé que le droit. Des reins volumineux peuvent indiquer une obstruction, une tumeur ou une maladie kystique. Le foie est normalement palpable 1 à 2 cm sous le rebord costal. Une hernie ombilicale, due à une faiblesse de l'anneau musculaire périombilical, est fréquente mais rarement importante. L'anus doit être normalement placé et sa perméabilité doit être confirmée.

Chez les garçons, le pénis doit être examiné à la recherche d'un hypospadias ou d'une épispadias. Chez les garçons à terme, les testicules doivent être dans le scrotum. Chez les filles à terme, les petites lèvres sont proéminentes. Des sécrétions vaginales mucoïdes et sérosanglantes (pseudo-menstruations) sont normales ; elles résultent de l'exposition aux hormones maternelles in utero et au sevrage dû à la naissance. Une petite excroissance de tissu hyménéal, située au niveau de la fourchette postérieure, dont on pense qu'elle est due à la stimulation hormonale d'origine maternelle, est parfois présente mais disparaît en quelques semaines. Des organes génitaux ambigus (intersexualité) peuvent être la conséquence de plusieurs affections rares (p. ex., hyperplasie congénitale des surrénales; syndrome de Klinefelter, syndrome de Turner ou de Sawyer). Le recours à un endocrinologue est indiqué pour le bilan et pour discuter avec la famille des avantages et des risques d'une attribution immédiate ou reportée du sexe officiel (genre).

## **Systeme musculosquelettique**

Les membres sont examinés à la recherche de déformations, d'amputations (membres manquants ou incomplets), de rétractions et d'anomalies du développement. Une paralysie brachiale due à un traumatisme à la naissance peut se manifester ou non par l'absence de mouvement spontané du bras atteint, parfois avec une adduction, rotation interne de l'épaule et pronation de l'avant-bras. La colonne vertébrale est inspectée à la recherche de signes de spina bifida, en particulier d'exposition des méninges et/ou de la moelle épinière (myéloméningocèle). L'examen orthopédique comprend la palpation des os longs à la recherche d'un traumatisme à la naissance (fracture de la clavicule en particulier), mais se concentre sur la détection d'une dysplasie de la hanche. Les facteurs de risque de dysplasie sont le sexe féminin, une présentation par le siège, une grossesse gémellaire et des antécédents familiaux similaires.

Les manœuvres de Barlow et d'Ortolani sont utilisées pour rechercher la luxation. Ces manœuvres doivent être effectuées lorsque le nouveau-né est calme. La position de départ est la même pour les deux manœuvres : le nouveau-né est placé sur le dos les hanches et les genoux fléchis à 90° (les pieds seront hors du lit), les pieds face au médecin, qui place un index sur le grand trochanter et le pouce sur le petit trochanter.

Dans la **manœuvre de Barlow**, le médecin met la hanche en adduction (c'est-à-dire, le genou placé en dedans) tout en poussant la cuisse vers l'arrière. Un ressaut ressenti mais non entendu indique que la tête du fémur s'est déplacée hors de l'acétabulum ; la manœuvre d'Ortolani confirme le diagnostic.

Dans la **manœuvre d'Ortolani**, la hanche est retournée à la position de départ ; puis la hanche testée est mise en abduction (c'est-à-dire, le genou éloigné de la ligne médiane vers la table d'examen en position de jambe de grenouille) et lentement tirée vers l'avant. Un ressaut palpable de la tête fémorale lors de cette abduction traduit la rentrée dans l'acétabulum de la tête fémorale déjà luxée et constitue un test positif de dysplasie de hanche. La manœuvre peut être faussement négative chez le nourrisson de > 3 mois du fait de muscles et de ligaments de la hanche plus rigides. Si l'examen est équivoque ou si le nourrisson est à haut risque (p. ex., fille en présentation du siège), une échographie de hanche doit être pratiquée à l'âge de 4 à 6 semaines ; certains experts recommandent le dépistage échographique à 4 à 6 semaines de tous les nourrissons présentant des facteurs de risque.

## **Annexe n°4 : Accouchement normal**

Recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### **SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE**

# Accouchement normal

Accompagnement de la physiologie et interventions médicales

Décembre 2017

#### **OBJECTIFS**

- Définir pour les femmes à bas risque obstétrical les modalités de prise en charge respectueuses du rythme et du déroulement spontané de la naissance et des préférences des femmes.
- Améliorer et garantir la qualité et la sécurité des soins de la mère et du nouveau-né.

#### **MESSAGES CLÉS**

- ▢ Il est nécessaire d'informer les femmes et les couples afin de les aider à faire des choix éclairés et d'établir une discussion avec l'équipe soignante permettant de prendre en compte au mieux leurs préférences et leurs attentes (exprimées éventuellement dans un projet de naissance, compatible avec la sécurité, l'hygiène ou les protocoles établis), et de rendre ainsi la femme actrice de son accouchement.
- ▢ *Primum non nocere* : ces recommandations visent à abandonner les pratiques systématiques pour ne garder que celles qui sont scientifiquement justifiées.
- ▢ L'accompagnement de la physiologie d'un accouchement normal nécessite une surveillance adaptée.
- ▢ La prise en charge de la douleur par des moyens médicamenteux ou non médicamenteux est indispensable.
- ▢ Paradoxalement, beaucoup de données manquent dans le champ de la physiologie de l'accouchement des femmes à bas risque obstétrical. Des moyens financiers et organisationnels sont à mettre en œuvre afin d'évaluer ces pratiques.

#### **FEMMES CONCERNÉES**

Sont concernées les femmes enceintes en bonne santé présentant un risque obstétrical bas durant le suivi de grossesse et avant l'accouchement sur le lieu de naissance. Les critères d'éligibilité des femmes concernées sont définis dans la recommandation de bonne pratique publiée par la HAS en 2007 sur le suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiés <sup>1</sup>.

Sont exclues notamment les femmes présentant un utérus cicatriciel, une grossesse gémellaire, une suspicion de retard de croissance ou un poids selon l'âge gestationnel, un diabète gestationnel, une présentation céphalique défilée et par le siège ; les accouchements prématurés. Le niveau de risque obstétrical est réévalué avant le début de l'accouchement. Chez une femme enceinte en bonne santé, le déroulement de l'accouchement peut être considéré comme normal aussi longtemps qu'il n'y a pas de complication. Dès qu'une complication survient, il convient d'appliquer les recommandations spécifiques.

1. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiés. Mise à jour mai 2016. La Plaine Saint-Denis: HAS; 2016.



## DÉFINITIONS

Un accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail.

Cette situation (quant aux risques évalués en continu) perdure tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée.

L'accouchement normal est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère.

Il permet la mise en place dans un climat serein d'un certain nombre d'attentions favorisant le bien-être maternel et familial et l'attachement parents/enfant.

Les modalités de prise en charge de l'accouchement normal respectent le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement. L'accouchement normal exclut donc le déclenchement et se caractérise par un déroulement spontané qui peut s'accompagner, selon les préférences des femmes et en fonction de l'évolution de la situation clinique de la mère et de l'enfant, de l'une ou l'autre (voire successivement, par choix ou par nécessité) des modalités suivantes :

- **un accompagnement de la physiologie de l'accouchement**, qui peut cependant inclure des interventions telles que l'amniotomie, l'antibioprophylaxie, l'administration prophylactique d'ocytocine au 3<sup>e</sup> stade du travail ou encore la pose d'une voie veineuse ;
- **des interventions techniques et médicamenteuses minimales** réduites aux données de la science qui, lorsqu'elles sont nécessaires, sont destinées à assurer la sécurité et le confort de la mère et de l'enfant. Elles peuvent comprendre par exemple l'administration d'ocytocine pour accélérer le travail et l'analgésie locorégionale.

## LES DIFFÉRENTS STADES DU TRAVAIL

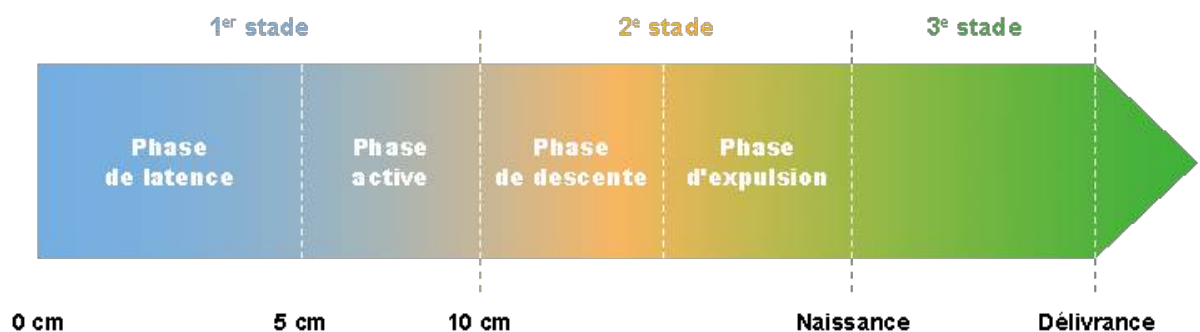


Tableau 1. Accompagnement de la physiologie et interventions médicales possibles à l'admission et au cours du premier stade de l'accouchement normal

|                                 | ADMISSION  | PREMIER STADE DU TRAVAIL  |
|---------------------------------|--|---|
| <b>Définition</b>               |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Début</b> : 1<sup>re</sup> contractions régulières / <b>Fin</b> : dilatation cervicale complète</li> <li>▪ <b>Passage de la phase de latence à la phase active</b> : 5 - 6 cm de dilatation cervicale</li> </ul>  |
| <b>Surveillance de la femme</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Il est recommandé de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• prendre connaissance du dossier de suivi de grossesse et de l'éventuel projet de naissance ; réaliser une anamnèse ;</li> <li>• évaluer la fréquence, l'intensité et la durée des CU ;</li> <li>• enregistrer la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la température et le résultat de la BU ;</li> <li>• demander si la femme a eu un écoulement vaginal ;</li> <li>• mesurer la HU et réaliser une palpation utérine ;</li> <li>• proposer un TV si la femme semble être en travail.</li> </ul> </li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utiliser un partogramme au plus tard au début de la phase active, avec une échelle adaptée à l'histoire naturelle, sans lignes d'alerte/d'action.</li> <li>▪ En l'absence d'événements intercurrents, il est recommandé : <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'évaluer la fréquence des CU toutes les 30 minutes et durant 10 min au cours de la phase active,</li> <li>• d'évaluer la fréquence cardiaque, la tension artérielle et la température toutes les 4h,</li> <li>• de surveiller et noter les mictions spontanées,</li> <li>• de proposer un TV toutes les 2 à 4h, avant si la patiente le demande, ou en cas de signe d'appel</li> </ul> </li> <li>▪ Adapter la surveillance en cas d'ALR ou d'administration d'oxytocine pendant le travail.</li> </ul>   |
| <b>Surveillance du RCF</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S'assurer que la femme a perçu des mouvements fœtaux dans les 24 h avant l'admission (C).</li> <li>▪ Évaluer l'état initial de l'enfant à naître : <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit à l'aide d'une AI durant une contraction et immédiatement après, pendant au moins 1 min (à répéter plusieurs fois de suite si changement), en palpant le pouls maternel (un praticien par femme) ;</li> <li>• soit à l'aide d'un enregistrement continu par CTG pendant 20 min (à interpréter à l'aide d'une classification (cf. FIGO ou CNGOF).</li> </ul> </li> <li>▪ Après avoir préalablement informée la femme des bénéfices / risques de chaque technique, laisser le choix à la femme d'une surveillance continue (par CTG), ou discontinue (par CTG ou AI) si les conditions d'organisation de la maternité et la disponibilité permanente du personnel le permettent (un praticien par parturiente en cas d'AI).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surveillance discontinuée pendant la phase active du 1<sup>er</sup> stade du travail : toutes les 15 min pendant la contraction et immédiatement après durant au moins 1 min (si AI au Doppler) en vérifiant le pouls maternel et lors de la survenue de tout événement (avec un praticien par femme).</li> <li>▪ Surveillance en continue par CTG : interpréter à l'aide d'une classification (cf. FIGO ou CNGOF).</li> <li>▪ Assurer la traçabilité du RCF quel que soit le mode de surveillance.</li> </ul>   |
| <b>Bien-être de la femme</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S'enquérir des souhaits/demandes et besoins physiologiques et émotionnels.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Favoriser les appareils de monitoring permettant une mobilité et le confort des femmes.</li> <li>▪ Autoriser la consommation de liquides clairs (eau, thé sans lait/café noir sucrés ou non, boissons gazeuses ou non, jus de fruit sans pulpe) sans limitation de volume, chez les patientes ayant un faible risque d'anesthésie générale (B).</li> <li>▪ Ne pas autoriser la consommation d'aliments solides durant la phase active.</li> <li>▪ Mettre en œuvre les moyens humains et matériels nécessaires permettant aux femmes de changer régulièrement de position afin d'améliorer leur confort et de prévenir les complications neurologiques posturales.</li> <li>▪ Sous ALR la femme peut se mobiliser ou déambuler sous réserve de l'existence d'un protocole formalisé et spécifique incluant la traçabilité et la durée des postures, la surveillance et la prévention des compressions (C).</li> </ul> |

|   | ADMISSION   | PREMIER STADE DU TRAVAIL   |
|---|---|--|
| <b>Interventions non médicamenteuses</b>            |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Faire bénéficier toutes les femmes d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté à leur demande (B).</li> <li>■ Accompagner les femmes dans leur choix en termes de moyens non médicamenteux souhaités (immersion, relaxation, acupuncture, hypnose ou massages) pour prendre en charge la douleur.</li> </ul>   |
| <b>Interventions médicales possibles</b>            |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ En phase active de travail, proposer une intervention si la vitesse de dilatation est inférieure à 1 cm/4h entre 5 et 7 cm ou inférieure à 1 cm/2h au-delà de 7 cm : <ul style="list-style-type: none"> <li>• en 1<sup>re</sup> intention, une amniotomie si les membranes sont intactes ;</li> <li>• une administration d'ocytocine si les membranes sont déjà rompues et les CU jugées insuffisantes.</li> </ul> </li> <li>■ Antibiotioprophytaxie : <ul style="list-style-type: none"> <li>• en cas de SGB + (B) ;</li> <li>• en cas de rupture des membranes à terme au-delà de 12 h sans mise en travail (A) ; surveillance à adapter et infection à rechercher (au minimum NFS, BU et prélèvement vaginal).</li> </ul> </li> </ul>  |
| <b>Prise en charge médicamenteuse de la douleur</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Evaluer la douleur à l'aide d'une échelle validée (type EVA, ENS) et proposer différents moyens de la soulager.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La demande d'une analgésie est guidée par l'intensité de la douleur ressentie : évaluer la douleur à l'aide d'une échelle validée (type EVA, ENS).</li> <li>■ Offrir aux femmes qui le souhaitent une technique d'ALR (méthode la plus sûre et la plus efficace), sans limite de dilatation cervicale minimale exigée (A). Proposer une analgésie faible dose pour respecter le vécu de l'accouchement en limitant le bloc sensitivomoteur, et favoriser la mobilité (faible concentration d'anesthésique local associé à des morphiniques liposolubles et/ou clonidine) (A). L'ALR faible dose n'induit pas d'excès d'extraction instrumentale, ni de césarienne, ni d'effet secondaire pour le fœtus et le nouveau-né.</li> <li>■ Ne pas administrer systématiquement un remplissage vasculaire (grade B). Entretenir l'ALR préférentiellement au moyen d'une pompe d'auto-administration par la femme (A). Proposer une rachianalgésie faible dose ou une rachianalgésie combinée à une péridurale pour obtenir une analgésie plus rapide sans bloc moteur si la dilatation cervicale est trop avancée (C).</li> <li>■ Alternatives à l'ALR en cas de contre-indication, d'échec ou de refus de celle-ci, d'indisponibilité d'accès ou dans l'attente de celle-ci (phase de latence hyperalgique et si la femme est demandeuse) : MEOPA, opiacés, bloc honteux.</li> </ul> |

AI : auscultation intermittente ; ALR : analgésie locorégionale ; BU : bandelette urinaire ; CNGOF : collège national des gynécologues obstétriciens francophones ; CTG : cardiocardiographie ; CU : contraction utérine ; ENS : échelle numérique simple ; EVA : échelle visuelle analogique ; FIGO : *International Federation of Gynecology and Obstetrics* ; HU : hauteur utérine ; MEOPA : mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote ; NFS : numération formule sanguine ; RCF : rythme cardiaque fœtal ; SGB : streptocoque du groupe B ; TV : toucher vaginal.

Tableau 2. Accompagnement de la physiologie et interventions médicales possibles au cours du deuxième et troisième stade de l'accouchement normal

|   | DEUXIÈME STADE DU TRAVAIL  | TROISIÈME STADE DU TRAVAIL  |
|---|--|---|
| <b>Définition</b>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Début</b> : dilatation cervicale complète /</li> <li>▪ <b>Fin</b> : naissance de l'enfant</li> <li>▪ <b>Phase de descente/phase d'expulsion</b></li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Début</b> : naissance de l'enfant / <b>Fin</b> : délivrance</li> </ul>  |
| <b>Surveillance de la femme</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En l'absence d'événements intercurrents : <ul style="list-style-type: none"> <li>• poursuivre l'utilisation du partogramme ;</li> <li>• évaluer la fréquence cardiaque, la tension artérielle et la température toutes les heures ;</li> <li>• évaluer la fréquence des CU toutes les 30 minutes et durant 10 minutes ;</li> <li>• surveiller et noter les mictions spontanées ;</li> <li>• proposer un TV toutes les heures.</li> </ul> </li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surveillance rapprochée de la mère pendant le 3<sup>e</sup> stade et les deux heures suivant l'accouchement : mesurer à intervalle régulier le pouls, la tension artérielle, les saignements et le globe utérin.</li> <li>▪ Laisser à l'appréciation des équipes en salle de naissance l'utilisation systématique d'un sac de recueil pour la quantification des pertes sanguines.</li> </ul>  |
| <b>Surveillance du RCF/de l'enfant</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laisser le choix aux praticiens et aux femmes entre l'AI toutes les cinq minutes (avec un praticien par femme), et l'enregistrement continu du RCF par CTG (à interpréter à l'aide d'une classification, cf. FIGO ou CNGOF).</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cf. Fiche mémo sur l'accueil du nouveau-né en salle de naissance (2017).</li> </ul>  |
| <b>Bien-être de la femme et de son enfant</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Idem 1<sup>er</sup> stade du travail.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cf. Fiche mémo sur l'accueil du nouveau-né en salle de naissance (2017).</li> </ul>  |
| <b>Interventions non médicamenteuses</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Idem 1<sup>er</sup> stade du travail.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informer les femmes qu'une délivrance, sans recours à l'administration d'agents utéro-toniques, augmente le risque d'HPP &gt; 500 ml et de transfusion maternelle, ainsi que la durée de la délivrance, y compris chez les femmes à bas risque.</li> </ul>   |
| <b>Prise en charge médicamenteuse de la douleur</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Idem 1<sup>er</sup> stade du travail.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En cas de gestes endo-utérins ou périnéaux, proposer une rachianalgésie faible dose ou une rachianalgésie combinée à une péridurale chez les femmes sans analgésie, voire renforcer l'ALR déjà établie si besoin.</li> </ul>   |
| <b>Interventions médicales</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventions médicales possibles mais non systématiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>• aminiotomie (membranes le plus souvent déjà rompues) ;</li> <li>• administration d'oxytocine (au bout de deux heures à dilatation complète si la patiente ne ressent pas d'envie de pousser et que la présentation n'a pas atteint le détroit moyen, en cas de dynamique utérine jugée insuffisante) ;</li> <li>• rotation manuelle de la tête fœtale des variétés postérieures et transverses (en cas de prolongation du 2<sup>e</sup> stade) ;</li> <li>• incitation ou direction des efforts expulsifs ;</li> <li>• extraction instrumentale ;</li> <li>• épisiotomie ;</li> <li>• césarienne.a</li> </ul> </li> <li>▪ Ne pas débiter les efforts expulsifs dès l'identification d'une dilatation complète mais laisser descendre la présentation du fœtus (A).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour tous les accouchements par voie basse, administrer de l'oxytocine afin de diminuer l'incidence des HPP (A), au moment du dégagement des épaules ou dans les minutes qui suivent la naissance, sinon après la délivrance (B). Pas de traitement d'entretien systématique par oxytocine recommandé après un accouchement par voie basse.</li> <li>▪ Pour prévenir le risque d'HPP après un accouchement par voie basse, pas d'efficacité démontrée pour aucun des gestes suivants : vidange systématique de la vessie, moment particulier de clampage du cordon (B), drainage systématique du cordon, traction contrôlée du cordon (grade A), mise au sein précoce (C), massage utérin systématique (A).</li> <li>▪ Pas de position particulière pendant le travail ou la délivrance à recommander pour prévenir l'HPP.</li> <li>▪ En cas de rétention placentaire, l'administration d'oxytocine par voie intra-funiculaire ou par voie IV ou IM n'est pas efficace. Pratiquer alors une délivrance artificielle (A).</li> <li>▪ En l'absence de saignements, réaliser la délivrance artificielle à partir de 30 minutes suivant la naissance, sans dépasser 60 minutes.</li> </ul> |

|  | DEUXIÈME STADE DU TRAVAIL  | TROISIÈME STADE DU TRAVAIL |
|--|--|----------------------------|
| <b>Interventions médicales (suite)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Afin de diminuer la durée des efforts expulsifs et le taux de naissance opératoire (césarienne ou extraction instrumentale), et si les états maternel et fœtal le permettent, débiter les efforts expulsifs en cas d'envie impérieuse maternelle de pousser ou lorsque la présentation a atteint au moins le détroit moyen.</li> <li>▪ Laisser pousser la femme de la manière qui lui semble la plus efficace.</li> <li>▪ Ne pas recourir à l'expression abdominale (B).</li> <li>▪ Pas de données suffisantes pour recommander : ni la technique de dégagement de la tête fœtale, ni l'accompagnement du mouvement de rotation de restitution de la tête fœtale, ni l'application de compresses chaudes. La manœuvre de Ritgen (B) et la pratique de massage périnéal (C) ne sont pas recommandées.</li> <li>▪ Ne pas utiliser en systématique un échographe en salle de naissance pour déterminer l'orientation de la présentation (B).</li> <li>▪ Informer le gynécologue-obstétricien en cas de non progression du fœtus après deux heures de dilatation complète avec une dynamique utérine suffisante.</li> </ul> |                            |

AI : auscultation intermittente ; ALR : analgésie locorégionale ; CU : contraction utérine ; HU : hauteur utérine ; BU : bandelette urinaire ; CNGOF : collège national des gynécologues obstétriciens francophones ; CTG : cardiotoégraphie ; FIGO : *International Federation of Gynecology and Obstetrics* ; HPP : hémorragie du post-partum ; M : intra-musculaire ; IV : intra-veineuse ; RCF : rythme cardiaque fœtal ; TV : toucher vaginal.

#### Grade des recommandations

| A                           | B                        | C                       | AE               |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------|
| Preuve scientifique établie | Présomption scientifique | Faible niveau de preuve | Accord d'experts |

© Haute Autorité de Santé - Décembre 2017

# HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique  
« Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales » –  
Méthode Recommandations pour la pratique clinique – Septembre 2017.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Décembre 2017

## Annexe n°5 : Décret de compétences du psychomotricien

### 1. Le décret de compétence du psychomotricien :

JOURNAL OFFICIEL DU 6 JUILLET 1990  
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

#### DÉCRET

#### relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice

LE PREMIER MINISTRE,  
SUR le rapport du ministre des affaires sociales et de l'emploi,  
— VU le Code de la Santé Publique, notamment l'article L. 372,  
— VU le décret n° 74-112 du 15 février 1974, modifié notamment par le décret n° 85-188 du 7 février 1985 portant création du diplôme d'État de psychomotricien,  
— VU l'avis de l'Académie nationale de médecine,  
Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

#### DÉCRÈTE :

#### ARTICLE 1<sup>er</sup> :

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient

- 1) Bilan psychomoteur
- 2) Éducation précoce et stimulation psychomotrice
- 3) Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants, au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :
  - retards du développement psychomoteur,
  - troubles de la maturation et de la régulation tonique,
  - troubles du schéma corporel,
  - troubles de la latéralité,
  - troubles de l'organisation spatio-temporelle,
  - dysharmonies psychomotrices,
  - troubles tonico-émotionnels,
  - maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies,
  - débilité motrice,
  - inhibition psychomotrice,
  - instabilité psychomotrice,
  - troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.
- 4) Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

**ARTICLE 2 :**

Peuvent accomplir les actes professionnels énumérés à l'article 1<sup>er</sup> les personnes titulaires du diplôme d'État de psychomotricien.

**ARTICLE 3 :**

Peuvent également accomplir les actes professionnels énumérés à l'article 1<sup>er</sup> les salariés ayant exercé, à titre principal et dans les conditions fixées à l'article 1<sup>er</sup>, l'activité de psychomotricien pendant au moins trois ans au cours des dix années précédant la date de publication du présent décret et qui auront satisfait dans les trois ans suivant cette date à des épreuves de vérification des connaissances. Les modalités d'organisation, la nature du contenu de ces épreuves ainsi que la composition du jury sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du conseil supérieur des professions paramédicales.

**ARTICLE 4 :**

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi et le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal Officiel de la République française.

Fait à Paris, le 28 avril 1988

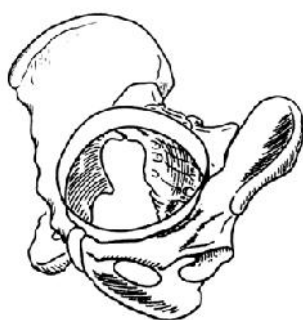
PAR LE PREMIER MINISTRE,  
LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI  
LE MINISTRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE  
L'EMPLOI CHARGÉ DE LA SANTÉ.

## Annexe n° 6 : Anatomie du bassin

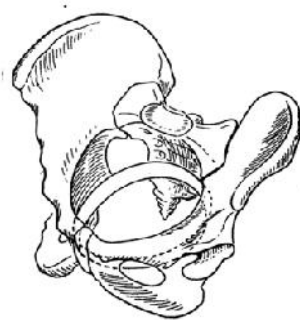
### Les détroits du bassin

À l'intérieur du bassin nous pouvons identifier trois zones, aussi appelées détroits : supérieur, moyen et inférieur. Pour chaque femme, ils existent des variations de taille, de forme et de proportions.

Leurs dimensions et orientations sont tenus en compte pour le bon déroulement de l'accouchement.



Détroit supérieur



Détroit moyen

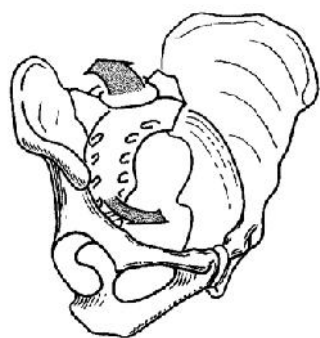


Détroit inférieur

Le détroit supérieur est délimité par la ligne innommée de chaque os iliaque, le promontoire du sacrum et les ailerons sacrés. Il sera le premier passage osseux du bébé dans bassin lors de l'accouchement. Une plus grande envergure du détroit supérieur peut faciliter l'engagement du bébé dans celui-ci, mais ces dimensions ne sont pas en relation avec la taille globale observable du bassin.

Le détroit inférieur est délimité par le bord inférieur de la symphyse pubienne en avant, par les bords inférieurs des ischions et des branches ischio-pubiennes sur les côtés. Ce détroit est le dernier passage osseux pour le bébé pendant l'accouchement.

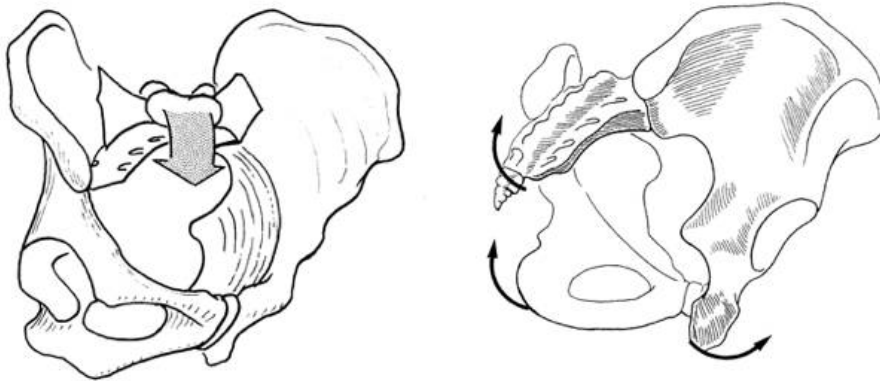
### Mouvements de nutation et contre-nutation du bassin :



Contre-nutation du bassin



Dans les premiers moments de l'engagement du bébé dans le bassin, il est nécessaire d'agrandir le diamètre du détroit supérieur. Ce mouvement est appelé **contre-nutation**. Ainsi, le plateau du sacrum recule, le coccyx avance, les ailes iliaques s'écartent et les ischions se rapprochent.



Nutation du bassin

Lors de la phase d'expulsion de l'accouchement, après que la tête du bébé ait atteint le détroit moyen, le diamètre du détroit inférieur devra augmenter. Ce mouvement s'appelle la nutation du bassin. Dans ce sens, le coccyx recule, le plateau du sacrum avance, les ischions s'écartent et les ailes iliaques se rapprochent.

(Calais-Germain, 1996, pp.17-29)

## **Annexe n° 7 : Troubles psychiques périnataux**

Recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES**

### **NOTE DE CADRAGE**

# Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux

Version validée du 25 novembre 2020

**Date de la saisine :**

**Demandeur :** Autosaisine de la HAS

**Service(s) :** SBPP/SA3P/DAQSS

**Personne(s) chargée(s) du projet :** Joëlle Favre-Bonté - Pierre Gabach

## **1. Présentation et périmètre**

### **1.1. Demande**

Ce thème est une auto-saisine de la HAS. Il fait partie des travaux réalisés dans le cadre du programme pluriannuel « Psychiatrie et santé mentale » 2018-2023 de la HAS<sup>1</sup>.

D'autres recommandations de la HAS en ligne ou à venir sont en lien avec ce thème, par exemple :

- Troubles du neurodéveloppement : Repérage et orientation des enfants à risque (février 2020).
- Évaluation et prise en charge du psychotraumatisme enfants et adultes.
- Coordination entre les services de protection de l'enfance et les services de pédopsychiatrie.

### **1.2. Contexte**

#### **Données épidémiologiques**

La période périnatale, couvrant la période péri-conceptionnelle, la grossesse et l'année suivant la naissance, est identifiée comme à risque de développer des troubles psychiques pour les mères, qu'il s'agisse d'une décompensation d'une pathologie antérieure ou de la survenue d'une pathologie en lien avec la puerpéralité. Une étude réalisée au Royaume-Uni a estimé qu'environ 20 % des femmes développaient des troubles psychiques au cours de la période périnatale<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Haute Autorité de Santé. Psychiatrie et santé mentale 2018-2023. Programme pluriannuel. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme\\_pluriannuel\\_psy\\_sante\\_mentale\\_2018\\_2023.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme_pluriannuel_psy_sante_mentale_2018_2023.pdf)

<sup>2</sup> Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Lemmi V, Adelaja B. The costs of perinatal mental health problems. London: Centre for Mental Health; 2014

En France, environ 12,5 % des femmes enceintes ont déclaré une détresse psychologique anténatale dans le cadre de l'étude Elfe<sup>3</sup>. Ces troubles psychiques périnataux incluent notamment les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les troubles psychiques sévères (bipolarité, schizophrénie, troubles graves de la personnalité, etc.), les addictions et mésusages de l'alcool et des autres substances psychoactives), et les troubles de la relation précoce (parents-bébé). Il convient également de prendre en compte un risque accru de survenue et de rechute dans le cas de troubles bipolaires.<sup>4</sup>

Une part importante de ces troubles est cependant non diagnostiquée et non prise en charge, Une étude française ayant montré que seules 25 % des femmes rapportant une détresse psychologique déclaraient avoir bénéficié d'une consultation avec un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale et 11 % prendre un traitement psychotrope<sup>5</sup>. Les conséquences d'une absence de prise en charge ou d'une prise en charge non optimale peuvent être importantes pour les mères d'une part (persistance des symptômes sur le long terme), et être, d'autre part, à l'origine d'une perte de chance pour leur enfant sa vie durant, et d'un risque psychosocial pour leur entourage.

Les suicides ont représenté 20 % des morts maternelles sur la période 2007-2009 [en considérant les morts maternelles directes (durant la grossesse et au cours des 42 jours du *post partum*) et les morts maternelles tardives (entre 42 et 365 jours du *post partum*)], et se plaçaient ainsi en tête des causes de mortalité maternelles<sup>2, 3</sup>. Des difficultés potentielles dans l'instauration de la relation précoce entre la mère et l'enfant sont également susceptibles de retentir sur le développement de l'enfant en l'exposant à un surrisque d'être victime de carences, de négligences et de maltraitance<sup>4</sup>.

### **États des lieux des pratiques et de l'organisation de la prise en charge ou de l'accompagnement**

Des modalités de prise en charge et d'accompagnement, spécifiques à la période périnatale se sont développées, en particulier les soins psychiques conjoints (parents-bébé) en France, et impliquent différents acteurs des secteurs sanitaires, mais aussi social et médico-social, dans le cadre d'une action coordonnée<sup>5</sup>. Les pratiques ont toutefois été décrites comme hétérogènes, des disparités régionales étant observées, et l'offre sanitaire et sociale était considérée comme ne permettant pas de répondre à l'ensemble des besoins<sup>6</sup>.

Un dépistage des troubles psychiques en période périnatale ainsi qu'un accompagnement et une prise en charge des mères et des enfants concernés, incluant un accompagnement au rôle parental, et ce quel que soit le niveau de sévérité des troubles, apparaissent essentiels afin d'infléchir les conséquences à court, moyen et long terme pour les mères et leurs enfants.

---

Bales M, Pambrun E, Melchior M, Glangeaud-Freudenthal NM, Charles MA, Verdoux H, et al. Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort. *Eur Psychiatry* 2015;30(2):322-8.

National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline. London: NICE; 2019. Programme pluriannuel et Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 <sup>5</sup> Bales M, Pambrun E, Melchior M, Glangeaud-Freudenthal NM, Charles MA, Verdoux H, et al. Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort. *Eur Psychiatry* 2015;30(2):322-8.. *Eur Psychiatry* 2015;30(2):322-8.

---

<sup>2</sup> Comité national d'experts sur la mortalité maternelle. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. Rapport du CNEMM sur la mortalité maternelle 2007-2009. Inserm; 2013.

<sup>3</sup> The WHO application of ICD-10 codes to deaths during pregnancy, childbirth and the postpartum period. 2012

<sup>4</sup> Rousseau D, Riquin E, Rozé M, Duverger P, Saulnier P. Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance *Revue Française des Affaires Sociales* 2016;1:343-74.

<sup>5</sup> Wendland J. Impact des troubles maternels borderline et psychotiques sur les relations mère-enfant : une revue de la littérature. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles* 2017; 1(6);5-27.

<sup>6</sup> Brockington I, Butterworth R, Glangeaud-Freudenthal N. An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Arch Womens Ment Health* 2017;20(1):113-20.

## Données disponibles (états des lieux documentaire)

| Données disponibles  | Recherche préliminaire  |
|--|---|
| Législation  | Article 434-3 du code pénal : Le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.   |
| Travaux HAS  | <p>RBP : Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. HAS ; 2005</p> <p>RBP : Haute Autorité de Santé. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. HAS ; 2009</p> <p>RBP : Haute Autorité de Santé. Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé. HAS ; 2012</p> <p>RBP : Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. HAS ; 2004</p> <p>RBP : Haute Autorité de Santé. Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum. HAS ; 2011</p> <p>RBP Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveaunés. HAS ; 2014</p> <p>RBP : Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. HAS ; 2017</p> <p>Fiche mémo. Haute Autorité de Santé. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. HAS ; 2015</p> |
| Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) | <p>Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Renforcement des conditions de prescription et de délivrance des spécialités à base de valproate et dérivés du fait des risques liés à leur utilisation pendant la grossesse. ANSM ; 2018</p> <p>Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Traitements de substitution nicotinique. Traitement de la dépression. Dans : Médicaments et grossesse. ANSM ; 2018</p> <p>Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Livret médicaments et grossesse. Psychiatrie. ANSM ; 2017</p>  |
| Ministère de la santé  | Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité. Paris : Ministère de la santé ; 2014   |

|   |  |
|---|--|
| Recommandations existantes                                  | <p>National Institute for Health and Clinical Excellence : NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. London ; 2018</p> <p>US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al Interventions to Prevent Perinatal Depression : 2019 ;321(6):580-7</p> <p>Thibaut F, Chagraoui A, Buckley L, Gressier F, Labad J, Lamy S, et al. Guidelines for the treatment of alcohol use disorders in pregnant women. World J Biol Psychiatry 2019;20(1):17-50</p>  |
|   | <p>National Institute for Health and Clinical Excellence NICE. Postnatal care up to 8 weeks after birth ; 2015</p> <p>Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Post-partum (texte court). Paris: CNGOF; 2015</p> <p>Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of perinatal mood disorders [En ligne]. Edinburgh: SIGN; 2012</p> <p>Agence santé publique Canada. La dépression pendant la grossesse [En ligne]. Ottawa: ASPC; 2016</p>   |
| Publications  | <p>Screening for depression in women during pregnancy or the first year postpartum and in the general adult population: a protocol for two systematic reviews to update a guideline of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Hamel C, Lang E, Morissette K, Beck A, Stevens A, Skidmore B, et al.. Systematic reviews 2019;8(1):27</p> <p>Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. The Cochrane database of systematic reviews 2013;Issue 2:CD001134</p> <p>Dennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. The Cochrane database of systematic reviews 2007;Issue 4:CD006116</p> |
| Analyse quantitative et qualitative des données disponibles | <p>Une recherche préliminaire dans la base Medline sur la période entre 2009 et 2020 ciblée sur les publications de recommandations, revues systématiques et méta-analyses, donne les résultats quantitatifs suivants :</p> <p>Recommandations : 256</p> <p>Revue systématiques et méta-analyses : 1162</p>  |

### **1.3. Enjeux**

#### **Enjeux pour les patients**

- Améliorer le repérage, l'évaluation et la prise en charge des troubles psychiques des femmes et de leurs enfants :  
durant la grossesse ;  
en période post-natale (1 an après la naissance).

#### **Enjeux de santé publique :**

La prévalence des troubles psychiques chez les femmes enceintes et en post-partum, la fréquence de leur aggravation ainsi que leur retentissement sur le développement global de l'enfant, font du repérage et de la prise en charge des troubles psychiques périnataux un enjeu majeur de santé publique.

#### **1.4. Cibles**

- Professionnels de santé concernés par le thème et en fonction des besoins identifiés : gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, médecins-généralistes, psychiatres, pédopsychiatres, pédiatres, médecins de PMI, psychologues cliniciens, sages-femmes, infirmiers, puéricultrices, et tous les professionnels de santé et du travail social intervenant dans le champ de la périnatalité.
- Femmes qui planifient une grossesse, enceintes, femmes en période post-natale, pères et futurs pères et leur enfant (jusqu'à l'âge de 1 an).
- Femmes avec un trouble psychique qui planifient une grossesse.

#### **1.5. Objectifs**

L'objectif des recommandations est de favoriser :

- le repérage ;
- le diagnostic ;
- la prise en charge des troubles psychiques durant la grossesse et dans la période postnatale.

Ces recommandations concerneront l'ensemble des femmes en âge de procréer dont les femmes présentant un trouble psychique, et leurs conjoints.

#### **1.6. Délimitation du thème / questions à traiter**

##### **Les pathologies concernées :**

Troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles psychiques sévères, addictions et mésusages de l'alcool et des autres substances psychoactives, troubles de la relation précoce (parents-bébé).

##### **Les thérapeutiques concernées :**

- Psychothérapies
- Traitements médicamenteux

Antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, inhibiteurs de recapture de la noradrénaline

Benzodiazépines

Antipsychotiques

Lithium

Antiépileptiques (valproate, carbamazépine, lamotrigine) – Prise en charge conjointe parents-enfant.

##### **Questions à traiter**

- 1. Améliorer la prise en charge en pré, per et post partum des personnes présentant un trouble psychique ou des antécédents de ce trouble.
- 2. Repérer les troubles psychiques préexistants ou apparaissant de novo durant la grossesse et en période postnatal.
- 3. Diagnostiquer et évaluer un trouble psychique, durant la grossesse et en période postnatale
- 4. Quelle prise en charge thérapeutique des femmes présentant un trouble psychique durant la grossesse, en période pré, per et post-natale ?
  - 4.1 Traitements médicamenteux
  - 4.2 Traitements psychothérapeutiques
  - 4.3 Suivi de la femme enceinte (entretien prénatal précoce, préparation à la naissance et à la parentalité...)

– 5. Quelle prise en charge des femmes, de leurs bébés et de la relation parents-enfant, de la naissance au 1 an de l'enfant ?

– 5.1 En postnatal immédiat

Évaluation et prise en charge de la mère

Examen du nourrisson et suivi des effets des psychotropes et des substances psychoactives prises par la mère

Évaluer le comportement du nourrisson

Évaluer et mettre en place de la relation parents-enfant

Préparer le retour à domicile

– 5.2 Jusqu'au un an de l'enfant

Suivi de la mère

Suivi du développement de l'enfant

Suivi de la parentalité

## **2. Modalités de réalisation**

- HAS
- Label
- Partenariat

### **1.7. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet**

La méthode proposée est la méthode de Recommandations pour la pratique clinique. Ce travail comprendra 4 réunions du groupe de travail (GT) pour produire la première version des recommandations, une relecture externe par le groupe de lecture (GL), et 1 réunion du GT pour la finalisation des documents en tenant compte des commentaires issus du GL.

### **1.8. Composition qualitative des groupes**

#### **Groupe de travail :**

1 président du groupe de travail : (pédo)psychiatre

3 chargés de projet : 1 psychiatre, 1 psychologue, 1 gynécologue-obstétricien

– Gynécologues-obstétriciens : 2

– Gynécologue médical : 1

– Psychiatres : 2

– Médecins-généralistes : 2

– Pédopsychiatres : 2

– Pédiatres : 2

– Médecin de PMI : 1

– Psychologues cliniciens : 2

– Sages-femmes : 2

– Infirmière : 1

– Puéricultrice : 1

– Travailleur social : 1

– Expert du Centre de Référence sur les Agents Tératogènes : 1

– Représentant d'usagers, d'associations de patients :

### **Groupe de lecture :**

La relecture externe par des professionnels de terrain (groupe de lecture) est proposée dans le cadre de ce travail car il existe une disparité des pratiques nécessitant de recueillir leur avis sur les recommandations proposées par le groupe de travail.

Ce groupe de lecture multidisciplinaire comprendra entre 30 et 50 personnes concernées par la thématique et intégrera des représentants des spécialités médicales, des professions de santé, des représentants des secteurs médico-social et social, ou de la société civile non présents dans le groupe de travail en respectant une représentation de l'ensemble du territoire national.

### **1.9. Productions prévues**

- Argumentaire scientifique
- Recommandations
- Fiche outils destinés aux professionnels de santé
- Documents adaptés pour les patientes et les futurs parents
- Indicateurs de suivi de la mise en œuvre de ces recommandations

### **2. Calendrier prévisionnel des productions**

- Avis de la Commission Recommandation, pertinence, parcours et indicateurs de la HAS : septembre 2020
- Validation par le Collège de la HAS : novembre 2020
- Revue de la littérature : décembre 2020 - juin 2021
- Réunions du groupe de travail : juin 2021- septembre 2021
- Phase de lecture : octobre 2021
- Rédaction finale des recommandations : novembre 2021 – Validation par les instances de la HAS : décembre 2021
- Publication : janvier 2022.



## **Annexe n° 8 : Support et outils d'observations psychomotrices**

(Entretien, grille d'observation, verbalisation)

### **ENTRETIEN PREALABLE A UNE SÉANCE DE RELAXATION PSYCHOMOTRICE**

#### **Stage expérimental en service mère-enfant**

**Prénom :**

**date :**

Age :      Part :      Geste :      Date d'accouchement :

#### **Relaxation**

Avez-vous déjà pratiqué la relaxation ?

Vécu et représentations de la relaxation ?

Pratiquez-vous d'autres activités psychocorporelles ?

Avez-vous des attentes particulières quant à cette séance à venir ?

#### **Somatique**

Comment se sont passés votre grossesse, votre accouchement ?

Douleurs ? Limites corporelles ? État de la péridurale ?

Consentement au toucher ?

Parties du corps à privilégier ou éviter ?

Arrivez-vous à vous reposer un peu à l'hôpital ?

#### **Commentaires :**

## Grille d'observation psychomotrice

Séance de relaxation psychomotrice en chambre  
Stage expérimental en service de maternité

Type d'accouchement :

Éléments particuliers :

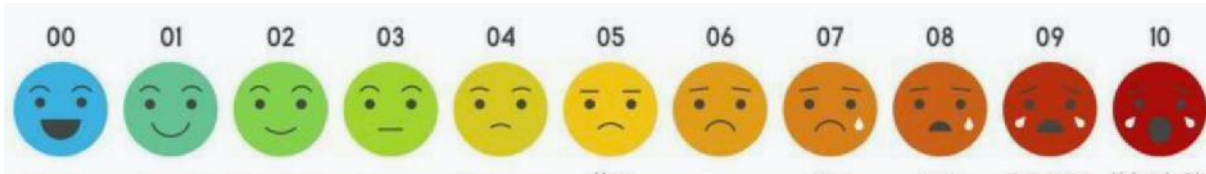
Objectif(s) thérapeutique(s) de la séance :

Matériel utilisé :

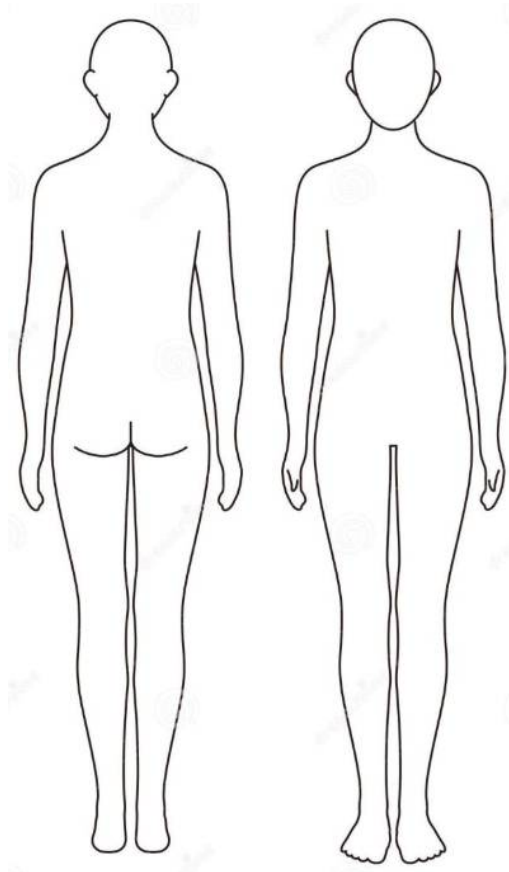
|                          | <b>Posture</b>   | <b>Tonus</b>   | <b>Respiration</b>   | <b>Sensoriel</b>   |
|--------------------------|--|--|--|--|
| <b>Installation</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos</li> <li>• Ventre</li> <li>• Côté</li> <li>-Bras :</li> <li>-Jambes :</li> <li>-Tête :</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps d'installation :</li> <li>• Réajustements :</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Essoufflement</li> <li>• Calme</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coussin tête/nuque</li> <li>• Coussin genoux</li> <li>• Couverture (où ?)</li> <li>• Lumière :</li> </ul> |
| <b>Mobilisations</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réajustements :</li> <li>• MVTS divers</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mimiques</li> <li>• MVTS oculaires</li> <li>• Réactions toniques</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lente</li> <li>• Neutre</li> <li>• Rapide</li> <li>• Ventrale</li> <li>• Thoracique</li> <li>• Ample</li> <li>• Saccadée</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yeux ouverts</li> <li>• Yeux fermés</li> </ul> <p>Réactions aux flux sensoriels (lumière, sons...) :</p>  |
| <b>Approfondissement</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réajustements :</li> <li>• MVTS divers</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mimiques</li> <li>• MVTS oculaires</li> <li>• Réactions toniques</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lente</li> <li>• Neutre</li> <li>• Rapide</li> <li>• Ventrale</li> <li>• Thoracique</li> <li>• Ample</li> <li>• Saccadée</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yeux ouverts</li> <li>• Yeux fermés</li> </ul> <p>Réactions aux flux sensoriels (lumière, sons...) :</p>  |
| <b>Reprise</b>           | Parties du corps remobilisées (chronologie)  | Durée de reprise   |  |  |

## Verbalisations de la patiente

Curseur échelle de détente : Début de séance : /10      Fin de séance : /10



**Silhouette** : Parties du corps ressenties, sensations agréables-désagréables, comparaison D/G



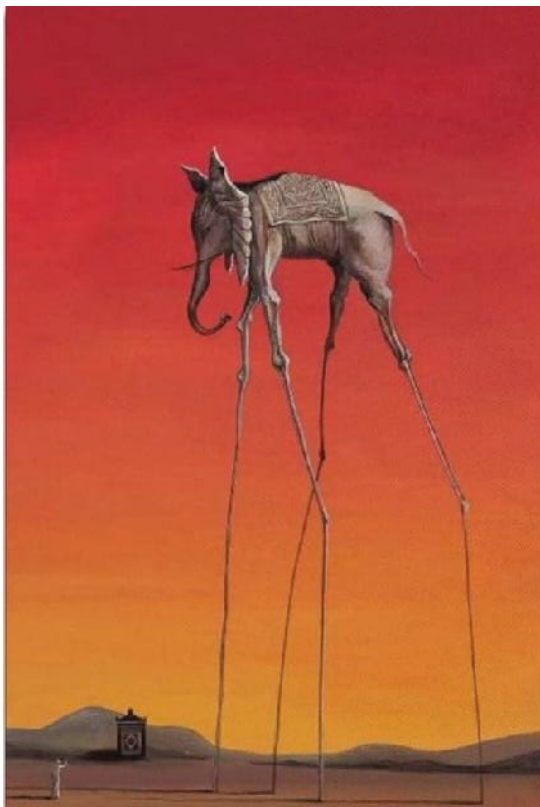
**AUTRE :**

- Début de séance
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Fin de séance

### **Annexe n° 9 : Images d'étayage pour la verbalisation**

Durant les séances individuelles et groupales de psychomotricité  
au sein d'un service mère-enfant en maternité













## Annexe n° 10 : Projet de stage expérimental

Dossier de candidature adressé aux cadres de santé de la maternité



# Stage expérimental PSYCHOMOTRICITÉ en Maternité

Ruth Gomez & Anouk Haladjian

Institut de formation en Psychomotricité - Sorbonne Université -  
Année 2023/2024



## Introduction

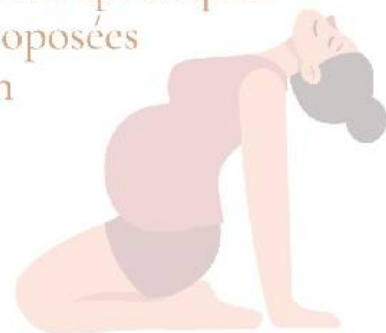
Nous nous sommes rencontrées sur les bancs de l'IFP de la Pitié Salpêtrière , et le fait d'être mamans en reconversion toutes les deux nous a rapprochées tant sur un plan personnel que professionnel.

Nos recherches se sont très vite dirigées vers le domaine de la périnatalité, et dans ce cadre nous avons eu la chance de rencontrer Stéphanie L. et Manon L. avec lesquelles nous avons pu longuement échanger sur ce beau projet de stage expérimental.

Aujourd'hui nous espérons de tout coeur pouvoir continuer dans la lignée de leur actions. Voici notre proposition de projet dont nous vous souhaitons bonne lecture.

## Sommaire

- Qui sommes nous?
- Projet commun
- Objectifs Thérapeutiques
- Actions proposées
- Conclusion
- Contact



## ANOUK HALADJIAN

À 39 ans, j'entame ma dernière année d'études en psychomotricité dans le cadre d'une reconversion professionnelle. Riche d'un parcours pluridisciplinaire bâti sur ma sensibilité artistique et mon appétence pour les sciences humaines, j'aspire depuis toujours à participer au bien-être des personnes. Ainsi, le bodypainting et le maquillage artistique m'ont sensibilisée à l'approche bienveillante du corps d'autrui, et mes expériences de formatrice ont enrichi ma démarche pédagogique. Il y a quelques années j'ai pu gérer mon entreprise de pâtisserie événementielle, ce qui a aiguisé mon sens relationnel et forgé mon esprit d'équipe.

Dans mon parcours de vie, j'ai toujours cheminé avec le CORPS comme fil conducteur : ce qu'il traduit de nous, ce qu'il nourrit sur le plan de l'affectivité et de l'expressivité humaine. Aujourd'hui, gardant à l'esprit ce fil rouge d'une approche multidimensionnelle du corps, je mesure ce qu'il permet en tant que médiateur du soin psychomoteur et c'est avec conviction que j'investis mon rôle de psychomotricienne en devenir.

L'accompagnement périnatal et son approche psychocorporelle me passionnent, me questionnent... et je m'inscris aujourd'hui dans une démarche de recherche expérimentale, tant clinique que théorique. Je me nourris également de mes expériences sur le plan personnel, ayant pratiqué la relaxation prénatale en milieu aquatique, ainsi que l'haptonomie pour mon plus jeune fils auprès du Dr Catherine Dolto.

Membre de l'association « Mon BB Porté », je suis également sensibilisée au portage physiologique, servant la qualité des interactions précoces et étroitement corrélé au développement psychomoteur de l'enfant.

J'ai eu la chance de mettre au monde deux fils. Lors de mes allaitements maternels, j'ai pu me faire aider par une sage-femme dans votre établissement ainsi que Claude Didier-Janjouveau de la Leche League. Je mesure ainsi pleinement l'importance d'un accompagnement pluridisciplinaire adapté aux prémices de la nouvelle vie d'une mère, et son indéniable utilité quant à la prévention de la dépression post-partum.

Seize ans plus tard, en tant que future psychomotricienne je touche enfin du doigt la possibilité de réaliser le souhait que j'avais fait à l'époque et qui ne m'a jamais quittée: revenir en maternité mais en tant que soignante. J'ai donc l'intention de m'investir pleinement dans ce beau projet, et vous assure de la motivation sans faille qui anime ma démarche.



## RUTH GOMEZ

Je suis née au Pays Basque espagnol il y a 39 ans. Après des études des Beaux-Arts j'ai travaillé pendant 13 ans à Paris dans la communication digitale. Ce métier passionnant et exigeant m'a appris la rigueur, l'autonomie autant que le travail en équipe, l'entre-aide et la dynamique de groupe. Pendant ces années, j'ai toujours entretenu un jardin privé semé de pratiques corporelles notamment le yoga: prendre le temps de faire le point avec mon corps et mon esprit était une évidence.

Pendant mes grossesses et après la naissance de mes enfants, les pratiques corporelles ont pris une autre dimension. Je n'étais plus une yogi contorsionniste à mes heures perdues mais une future maman qui apprend à respirer, découvre les mots « plancher pelvien » et même les différents muscles abdominaux. Après une pratique de yoga prénatal, est arrivé le yoga postnatal, où je me rendais, accompagnée d'un petit bébé pour profiter de ces moments de conscience corporelle, rencontrer d'autres mamans et peut être aussi fuir la solitude de ces premières semaines de nouvelle maternité.

Ces moments précieux ont changé ma vision de la pratique du yoga et développé mon intérêt pour l'accompagnement périnatal pluridisciplinaire. Décidée à approfondir mes connaissances sur le sujet, je me suis formée au yoga Vinyasa et au yoga périnatal De Gasquet. J'ai travaillé avec une double casquette pendant 2 ans (chargée de contenu digital et prof de yoga senior et périnatal) avant de quitter définitivement le confort du CDI pour les cotisations Urssaf puis les bancs de la Sorbonne.

Le yoga pré et postnatal sont deux disciplines complémentaires avec des approches corporelles et psychiques complètement différentes. Leur point commun qui m'a toujours animée, est l'accompagnement de la femme qui devient femme-mère. Ce passage si précieux, vécu différemment par chacune, mêle passé, présent et futur, et ainsi corps et psyché.

En ce qui concerne le yoga senior, j'ai travaillé durant 4 ans en accueil de jour avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Au travers de mes cours nous travaillions la mobilité des membres inférieurs et supérieurs, les coordinations, les capacités visuo-spatiales, les praxies, la motricité fine distale, les praxies bucco faciales, la respiration, la relaxation...

Ce stage en maternité serait pour moi la suite rêvée de mon parcours. Cette année en stage en centre de PMI, j'ai eu la chance d'accueillir des jeunes mamans sorties de l'hôpital et d'accompagner leurs bébés. Pour ce stage expérimental, c'est le regard psychomoteur sur le vécu corporel et émotionnel de la mère en devenir que je souhaiterais développer. Proposer cet accompagnement expérimental prend tout son sens et est au cœur de cette reconversion que j'ai entamée avec passion et dévouement.





## Notre projet commun:

*“Expérimenter et mesurer la place de la psychomotricité en périnatalité”*

Persuadées que les psychomotriciens ont un rôle à jouer dans l’accompagnement des futurs et jeunes parents et notamment dans la prévention de la dépression post-partum, nous considérons ce stage comme une véritable opportunité de faire le lien entre la théorie acquise durant nos études et notre projet commun d’accompagnement en périnatalité. Dans ces moments de transition et de changements psycho-corporels intenses que sont la grossesse et la naissance d’un enfant, il nous paraît essentiel d’accompagner les parents sur le plan global par le biais de la psychomotricité. Toutefois nous constatons que les psychomotriciens sont encore rares, voire inexistants sur le terrain des maternités et maisons de naissance. En ayant accès à cette clinique de terrain, nous pourrions mener des actions expérimentales de prévention, d’information et de médiation, afin d’étudier les besoins et mesurer la place que pourrait occuper notre profession en périnatalité.



## Nos objectifs



Notre projet est de proposer aux parents et notamment aux mères, des clés pour vivre sereinement ces moments autour de la rencontre avec leur enfant mais aussi avec ce nouveau "Moi" psychocorporel.

Nous souhaitons orienter nos axes de recherche vers un accompagnement en deux temps : d'abord en période prénatale, incluant autant que possible le conjoint, puis en post-natal, par un travail plus centré sur la mère.

### NOS OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES SONT LES SUIVANTS:

- Permettre aux parents d'accéder à une certaine **conscience corporelle**, (réactualisation du schéma corporel et image du corps, souvent mis à l'épreuve lors de l'arrivée d'un enfant)
- Apporter un étayage des **interactions précoces** parents/bébé, en informant les parents sur les compétences du nouveau-né, les notions de Holding et de fonction contenante.
- Soutenir la **régulation tonico-émotionnelle** et guider les mères vers un état de **mieux-être** (atténuation des douleurs, de l'anxiété...)



# Nos propositions d'actions: Cadre et mise en place

Fréquence: 1 journée par semaine

## MATIN



### Groupe prénatal

- Sur rdv, séance ouverte aux futures mères et conjoints
- Relaxation, mobilité douce
- Temps de parole
- Durée: 1h

### Transmissions

- Échange avec les équipes
- Recueil des éventuels besoins de patients

### Passage en chambre

- Présentation de nos actions auprès des mères
- Prise de rdv individuels
- Invitation au groupe de l'après-midi

## APRÈS MIDI



### Groupe postnatal

- Conscience corporelle
- Mobilité douce et adaptée
- Temps de parole
- Durée: 1h

### Accompagnement individuel / psychocorporel

- Relaxation, toucher thérapeutique
- En chambre
- Sur rdv pris le matin
- Durée: 30 - 45 minutes

### Accompagnement individuel/ information

- Etayage des interactions précoces
- Compétences psychomotrices du bébé
- Information ressources
- Durée: adaptable selon besoins





## CONCLUSION

Dans la mesure où ce stage est expérimental, nous comptons bien entendu nous nourrir des échanges avec l'équipe et les patients, afin d'ajuster nos objectifs et nos actions au fil de l'année en fonction des retours et des besoins .

Dans la continuité des actions menées dans votre établissement cette année par Manon et Stéphanie, nous espérons que notre projet, avec ses nouveaux objectifs, retiendra votre attention.

Afin d'échanger sur la mise en place de ce stage, nous serions heureuses de vous rencontrer.

Merci pour votre attention,

*Ruth et Anouk*



## Annexe n° 11 : Information sur notre groupe post-partum

Affichage en service mère-enfant, salles d'attente des consultations obstétricales et psychologiques, au poste de soin et à la pouponnière.



# Jeudi 16h30 au PATIO

sans inscription, prévoyez un coussin pour vous assoir  
vos bébés sont évidemment les bienvenus

## Séance de Psychomotricité en groupe

Conscience corporelle - Mobilité douce - Relaxation



Le psychomotricien est un professionnel paramédical. Il considère le patient dans sa globalité, prenant en compte ses dimensions corporelles, psychiques et affectives. Il est aussi le spécialiste du développement psychomoteur de l'enfant.



En maternité, nous proposons aux mères un accompagnement spécifique en période post-partum.



Ruth & Anouk  
Stagiaires psychomotriciennes



## GLOSSAIRE

---

### **Axe corporel :**

L'axe corporel est comme une tige centrale constituée de 3 grands blocs : la tête, la ceinture scapulaire et pelvienne

### **Cénesthésie :**

“Sensibilité organique, émanant de l'ensemble des sensations internes, qui suscite chez l'être humain le sentiment général de son existence, indépendamment du rôle spécifique des sens”. (Ricoeur, 1949, p.141)

### **Communication paraverbale :**

Le paraverbal est une composante de la communication non verbale qui permet d'envisager ce qui est relatif à la voix, tout en excluant une analyse sémantique. Les études traitant de la communication paraverbale s'intéressent au ton, à l'intonation, au rythme d'un énoncé. Mais aussi aux pauses, c'est-à-dire aux périodes de latences entre les mots. (Enfance et Jeunesse, s.d.)

### **Communication infra verbale :**

Tout ce qui permet aux êtres humains de communiquer entre eux à l'exclusion de la parole.

### **Déchirure périnéale :**

“Lésion traumatique du périnée pouvant survenir au cours de l'accouchement, intéressant le vagin, les muscles superficiels du périnée et le périnée, le sphincter anal et la muqueuse digestive étant respectés”. (Académie de médecine, 2024)

### **Développement sensori-moteur :**

“Le terme « sensori-moteur » a été employé par Piaget pour décrire la période de développement entre la naissance et 24 mois. Cette période se caractérise par les traitements des signaux sensoriels et moteurs, qui sont d'abord des objets de connaissance pour le bébé puis deviennent des moyens d'action. Le développement sensori-moteur rend compte des

étapes de la formation de ces connaissances et de ces actions.” ( Lehalle et Mellier, 2021, pp. 71 à 120)

**Dialogue tonico-émotionnel :**

Concept développé par Ajuriaguerra, le dialogue tonico-émotionnel est un moyen de communication infra verbale qui véhicule des émotions par le tonus mais aussi par le moyen des postures, des mimiques et des mouvements entre deux personnes.

**Dysgueusie :**

La dysgueusie se définit comme une altération du goût, qui peut être temporaire ou définitive. Le sens gustatif n’est pas toujours diminué, mais les goûts ressentis sont modifiés et souvent désagréables (Santé sur le net, s.d.)

**Épisiotomie :** c’est une incision chirurgicale du périnée faite au moment de l’expulsion pour faciliter le passage du nouveau-né. L’épisiotomie est un geste prophylactique fréquent (8% en moyenne en France) initialement destiné à éviter les déchirures périnéales, mais dont l’utilité est contestée. (Dictionnaire médicale en ligne, s.d.)

**Espace :**

Portion de l’étendue occupée par quelque chose ou distance entre deux choses, deux points. (Larousse en ligne, s.d.)

**Fécondation In Vitro (FIV) :**

Méthode de procréation médicalement assistée consistant à prélever chez une femme un ovule, à le féconder artificiellement en laboratoire puis à le replacer dans la cavité utérine. (Larousse en ligne, s.d.)

**Image du corps :**

L’image du corps est l’idée, en perpétuel remaniement, que chacun se fait de son corps ; elle traduit ce que nous percevons à chaque moment et dans la relation aux autres, des qualités de notre corps (Dolto, 1984)

**Kinesphère :**

“Sphère autour du corps dont la périphérie peut être atteinte par les membres aisément allongés sans que le corps sur un seul pied ne se déplace du point de support ». (de Laban cité par Maridet-Coulon, 2022, p.18).

**Mamanais :**

Le mamanais et la langue sont deux « langues » parlées avec les bébés dans un grand plaisir réciproque, portées par la voix surtout, mais aussi le regard, le toucher, la gestuelle de la mère – du père, de l’entourage – dans des sollicitations, des jeux, des rythmes posturaux langagiers, où les vocalisations du bébé anticipent, répondent, provoquent les interventions de la mère et de l’entourage : échanges précocissimes de langage, de posturo-motricité mère-enfant, qui se relancent, se répondent, soutenus par un désir réciproque de se voir, s’entendre, se rencontrer dans une jouissance palpable pour le « public » présent. (Bergès-Bouines, 2022)

**Médiation :**

Dans la thérapie psychomotrice, la médiation est un intermédiaire qui va coder la relation. Empruntées à différents champs d'expression, elles sont nombreuses et organisent les interventions de manière très claire. (Potel, 2015, pp.317-318)

**Motricité globale :**

Comprend les coordinations, les dissociations entre le haut et le bas du corps ainsi qu’entre les quatre membres et les équilibres. Elle régule la posture et la maîtrise du corps propre dans l’espace.

**Nociception :**

Se dit d’une douleur déclenchée par une agression de l’organisme (traumatisme, infection, inflammation, maladie...). Les récepteurs sensibles à la douleur présents dans tout l’organisme, les nocicepteurs, donnent l’alerte et provoquent un message douloureux lorsqu’ils repèrent une situation nocive pour l’organisme.

**Posture :**

Selon Jacques Corraze, la posture désigne « la position du corps, ou de ses parties, par rapport à un système de repères déterminés. Il s'agit donc de l'orientation des éléments corporels. » (Corraze, 2014, p.143).

**Proprioception :**

Perception qu'a le cerveau de la position des différentes parties du corps dans l'espace et les unes par rapport aux autres, permettant le contrôle de la posture et la coordination des mouvements. (Elle est notamment assurée par des récepteurs sensoriels, les propriocepteurs, situés sur les os, les muscles, les tendons, etc.) (Larousse en ligne, s.d.)

**Proxémie :**

“La proxémie est l'analyse de la distance physique entre des acteurs et de la façon d'occuper l'espace en présence de l'autre : distance matérielle lors des échanges, interdiction ou non du toucher, importance sociale des contacts fréquents, etc. Tout membre d'un groupe social maintient une « distance subjective » avec son entourage qui lui permet de conserver son intimité et donc sa capacité de réflexivité. En conséquence, il entre en relation avec les autres en se tenant à une certaine distance, à la fois subjectivement nécessaire et socialement informative car elle constitue un élément de son discours, une caractéristique de sa culture ou de son rang social.” (Gomez et al., 2011, pp.13 à 23)

**Psychoaffectif :**

Se dit de tout processus mental faisant intervenir l'affectivité. (Le Robert en Ligne, s.d.)

**Schéma corporel :**

Le schéma corporel relève d'un fonctionnement physiologique non subjectif. C'est une représentation sensori-motrice, tridimensionnelle, non consciente, automatique et sans cesse réajustée de la position globale et/ou segmentaire du corps et de ses mouvements. Cette représentation implique différents systèmes sensoriels, leurs coordinations et leur intégration (proprioception, vision, équilibration). (Pireyre, 2021)

**Sensorialité :**

Le terme sensorialité se réfère au système sensoriel. Ce dernier est composé de l'ensemble des organes des sens, de l'ensemble des structures nerveuses qu'ils mettent en jeu et des messages qu'ils véhiculent.

**Temps :**

Notion fondamentale conçue comme un milieu infini dans lequel se succèdent les événements

**Tonus :**

Le tonus est défini par la psychomotricienne Marianne Jover (2000) comme : "un état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales » (p.1-2)

**Tonus pneumatique :**

Selon André Bullinger, le tonus pneumatique "s'installe au détriment de l'équilibre entre musculature de flexion et d'extension, entraîne des complications orthopédiques, limite les interactions avec autrui à la durée de l'apnée et ne permettra pas des coordinations entre les espaces gauche et droit du corps." (Bullinger, 2006, pp. 125 à 139)

## RÉSUMÉ

---

Si les services de maternité sont le berceau des premiers liens entre les mères et leurs nouveau-nés, la période du post-partum subaigu est aussi source de nombreux bouleversements psychocorporels pour les femmes, qui sont à risque de développer des troubles psychiques graves. De ce fait, la prévention, le dépistage et la prise en charge de ces troubles représentent un véritable enjeu de santé publique. Dans le cadre d'un stage expérimental en service mère-enfant, nous avons observé chez les patientes une pluralité de vécus, pourtant souvent associés à une sémiologie psychomotrice convergente. En binôme, nous avons pensé et construit un projet de soin psychomoteur pour accompagner les femmes dans cette période de vulnérabilité avec pour objectif de nous inscrire dans une réelle complémentarité aux soins déjà existants en milieu hospitalier. Dans ce contexte, la relaxation psychomotrice, associée au toucher thérapeutique, s'est avérée être une médiation très adaptée à la prise en soin de cette population, reliant les dimensions psychiques, physiques et affectives. Enfin, nous pensons que prendre en soin les mères favoriserait également la mise en place des premiers liens d'attachement, comme un étayage au processus de maternalité.

**Mots clés :** Psychomotricité - Maternité - Post-partum - Prévention - Relaxation psychomotrice - Toucher thérapeutique

## SUMMARY

---

If maternity wards are the cradle of the first bonds between mothers and their newborns, the subacute postpartum period is also a source of numerous psychophysical upheavals for women, who are at risk of developing serious mental health disorders. Therefore, the prevention, screening, and management of these disorders represent a real public health challenge. Within the framework of an experimental internship in mother-child services, we observed a plurality of experiences among patients, often associated with a convergent psychomotor symptomatology. Within our two-person team, we conceived and developed a psychomotor care project to accompany women during this vulnerable period, aiming to complement the existing care in the hospital setting. In this context, psychomotor relaxation, combined with therapeutic touch, has proven to be a highly suitable mediation for caring for this population, bridging psychological, physical, and affective dimensions. Finally, we believe that caring for mothers would also promote the establishment of early attachment bonds, providing support to the process of motherhood.

**Key words:** Psychomotricity - Motherhood - Postpartum - Prevention - Psychomotor relaxation - Therapeutic touch