

Sommaire

Remerciements	IV
Introduction	5
I- L'attachement	7
1) Découvertes éthologiques.....	7
2) Situation d'étrangeté.....	10
3) Définition	11
4) Buts.....	12
5) Figures d'attachement.....	16
6) Sécurité de base.....	16
7) Comportements d'attachement	18
8) Genèse et développement.....	19
9) <i>Patterns</i> d'attachement	22
10) Modèles internes opérants	25
11) Caregiving	26
12) Professionnels de santé.....	29
13) Identité maternelle	30
14) Attachement maternel.....	32
15) Transgénérationnalité	33
II- Le dialogue tonico-émotionnel	36
1) Le tonus	36
2) Les émotions.....	39
3) Le dialogue tonico-émotionnel	41
4) Les interactions précoces.....	45
I- L'Unité d'Hospitalisation Mère-Bébé.....	47
II- La psychomotricité à l'Unité d'Hospitalisation Mère-Bébé	50
1) Pour les mamans.....	50
2) Pour les bébés	52
III- Le cas clinique de Madame C et sa fille Alice	53
1) Anamnèse	53
2) Grossesse, accouchement et premières interactions.....	55
3) Pré-admission	56
4) Admission	57

5) Hospitalisation.....	57
6) Observations psychomotrices	60
Madame C	60
Alice.....	65
7) Perspectives.....	68
IV- Le cas clinique de Madame D et sa fille Lisa	68
1) Anamnèse	68
2) Grossesse, accouchement et premières interactions.....	69
3) Pré-admission	70
4) Admission	71
5) Hospitalisation.....	71
6) Observations psychomotrices	72
Madame D.....	72
Lisa	73
7) Sortie.....	74
8) Perspectives.....	74
I- Lecture psychomotrice de la dyade de Madame C et Alice	76
1) L'attachement.....	76
2) Le dialogue tonique	78
3) L'impact sur l'équipe	80
II- Lecture psychomotrice de la dyade de Madame D et Lisa.....	82
1) L'attachement.....	82
2) Le dialogue tonique	84
3) L'impact sur l'équipe.....	86
III- Un attachement thérapeutique ?.....	88
1) Chez les référentes infirmières.....	88
2) La spécificité de la psychomotricité.....	90
3) Dans une perspective éthnopsychiatrique.....	92
Conclusion	94
Bibliographie	XCVI
Annexes.....	C
Résumé.....	CVI

Remerciements

Je tiens à remercier Louison, ma figure principale d'attachement depuis quatre ans maintenant, qui m'a soutenue dans tous mes projets et grâce à qui je suis devenue la femme que je suis aujourd'hui. Notre quête de Vérité sur l'Homme a nourri ma pensée.

Je remercie en particulier ma famille, ma figure d'attachement primaire, ma base de sécurité angevine, qui m'a permis d'explorer la vie et de revenir me ressourcer.

Je voudrais remercier toutes mes maîtres de stages : Bénédicte, Noëlla, Hélène, Virginie, Camille, Christine et, en cette année décisive, Laurence. Merci d'avoir eu la patience de répondre à mes nombreuses interrogations et de m'avoir accompagnée durant mes premiers pas cliniques, sûrement vacillants. Je me suis nourrie de chacun de nos échanges cliniques et théoriques. Elles ont confirmé mon choix de profession.

Je souhaiterais remercier Madame Thomas pour son étayage tout au long de la conception de ce mémoire. Merci pour sa réassurance durant mes périodes de doute. Elle m'a apporté le recul et l'expérience clinique que je n'ai pas encore dans ma pratique.

Je remercie l'IFP et l'ensemble du corps professoral de nous permettre de vivre des études humaines qui nous poussent à repenser notre identité psychocorporelle. Chaque intervenant avait à cœur de nous transmettre sa passion de notre métier.

J'adresse mes remerciements au groupe 3 pour sa contenance au cours des travaux pratiques psychocorporels que nous avons vécus ensemble. Ils furent parfois un peu fous, parfois un peu éprouvants mais toujours enrichissants. J'ai beaucoup grandi auprès de chacun d'entre eux. Notre dynamisme et nos partages me manqueront.

Je remercie chaleureusement chaque patient que j'ai pu côtoyer dès mon premier stage en troisième. Ils m'ont appris que l'Autre, par sa singularité, est d'une richesse inestimable. Merci d'avoir gardé le sourire devant mes maladresses préprofessionnelles.

Je remercie mes relecteurs. Louise pour son analyse minutieuse et constructive. Guillaume pour son amitié précieuse, sa maîtrise de l'anglais, ses questionnements et toutes les réflexions insoupçonnées autour de l'attachement que nous avons eues.

Enfin un immense merci à chaque rencontre avec laquelle j'ai tissé des liens. Proche ou lointaine, furtive ou pérenne, la relation humaine que nous avons vécue, que nous vivons ou que nous vivrons sera pour moi une source d'enrichissement immense.

Introduction

« On n'a d'attachement à la vie d'autrui qu'en proportion de l'attachement qu'on a à la sienne. »

Fernando Galiani dans Lettre à Louise d'Epinay, le 5 septembre 1772 ¹

Trois découvertes majeures de ma première année de psychomotricité furent la théorie de l'attachement, le concept de dialogue tonico-émotionnel et la théorie de l'étayage psychomoteur. La première inscrit l'Homme dans la lignée évolutive du Vivant et mettait selon moi en parallèle ses origines archaïques avec les comportements sociaux évolués chez l'Animal. La seconde était totalement insoupçonnée pour moi qui considérais à l'époque mon corps comme une machine que ma tête menait. Ces études m'ont réconciliée avec lui et donc avec moi-même. La troisième résumait mon futur métier de manière limpide.

Durant mon premier semestre de stage de troisième année, je me suis laissée porter par mes observations psychomotrices les plus athéoriques possibles. La question centrale qui me taraudait est celle que j'étudierai dans ce mémoire : Quel est l'apport de la psychomotricité au sein d'une Unité d'Hospitalisation Mère Bébé dans les interactions précoces ? En cherchant dans mes lectures des axes théoriques de réponse, je me suis rendue compte que les découvertes des prémices de ma formation prenaient corps dans ma clinique. Je souhaite mettre en lumière toute la part psychomotrice d'une théorie qui fut d'abord éthologique puis psychologique. Plusieurs problématiques m'ont questionnée : Y-a-t-il des liens d'attachement qui se tissent entre les mères et leur bébé dans l'unité ? En quoi le dialogue tonico-émotionnel participerait au phénomène de l'attachement ? Peut-on parler de liens d'attachement thérapeutiques ?

Dans un premier temps, je décrirai de manière non-exhaustive la théorie de l'attachement et le concept de dialogue tonico-émotionnel. Ensuite, j'expliquerai le fonctionnement de l'unité, la place de la psychomotricité et je présenterai deux dyades très différentes mais très attachantes. Enfin, j'analyserai les liens théorico-cliniques chez chaque dyade avant de présenter mes réflexions sur l'attachement thérapeutique, la posture spécifique du psychomotricien et l'impact du suivi ethnopsychologique.

¹ (Galiani, 1881)

Théorie

« Le respect, l'estime, l'attachement s'acquièrent et ne se commandent pas. »

Pierre-Claude-Victor Boiste dans Le dictionnaire universel en 1843 ²

² (Boiste, 1843)

I- L'attachement

1) Découvertes éthologiques

En 1971, René Zazzo (1910-1995), psychologue français, écrit : « on croyait jusqu'alors que l'attachement était le résultat d'un apprentissage, on croit pouvoir affirmer aujourd'hui qu'il est l'effet d'un besoin primaire et que, pour se réaliser, il dispose probablement de mécanismes innés. » ³

En 1958, deux articles révolutionnent la psychologie génétique : le premier⁴ d'Harry Frederick Harlow (1905-1981) et le second⁵ de John Bowlby (1907-1990). H. F. Harlow, un éthologiste américain, affirme que l'affectivité entre la mère et son enfant n'est pas due primordialement à la nourriture contrairement à ce qui peut être pensé. Par la répétition de ses expériences, avec des substituts maternels (de la fourrure, de la chaleur), il a noté l'élan vital d'amour du petit singe vers le contact maternel plutôt que vers le lait et le sein. Le bébé a besoin de contact avec sa mère plus encore que d'être nourri. Il a mis en exergue les conséquences de la séparation du petit et de sa mère et leur élan d'amour réciproque. Ce renforcement est un mouvement qui va dans les deux sens : plus le petit est porté par sa mère, mieux il se sent. Et plus elle le porte, mieux elle s'accorde à lui. Ce système primaire de comportement est régulé par la physiologie et par les interactions sociales : il est symbolique chez le petit humain mais reste infra-symbolique chez son jeune cousin primate. J. Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais, quant à lui, reprend et critique la littérature psychanalytique traitant des difficultés de lien entre la mère et son enfant. Un an plus tard il adopte le terme *attachement* plutôt que l'expression *dépendance émotionnelle*.⁶ Cette dernière sous-entend une immaturité qui s'atténue comme décrit dans les théories du « *learning social* » où l'affectivité s'apprendrait. Il n'est plus question d'une relation objectale avec une personne non-déterminée, la libido n'est pas le moteur de l'attachement. R. Zazzo précise que « l'attachement désigne un lien d'affection spécifique d'un individu avec un autre. » ⁷ La plupart du temps cet individu est la mère mais ce peut être une autre figure de l'entourage, l'attachement peut être multiple. Il est fait pour durer et contrairement à

³ (Anzieu, Bowlby, Chauvin, & Zazzo, 1979) Page 9

⁴ (Harlow, 1958)

⁵ (Bowlby, 1958)

⁶ (Anzieu et al., 1979) Page 26

⁷ (Anzieu et al., 1979) Page 27

la dépendance, il n'exige ni les conditions d'une situation ni une immaturité. L'origine éthologique de l'attachement nous rappelle la nécessité « d'une structure neuro-physiologique, la tendance originelle et permanente à rechercher la relation à autrui. »⁸

Les psychanalystes se sont penchés sur le berceau de la petite enfance pour étudier les troubles des nourrissons séparés de la mère : d'abord les conséquences de cette rupture de lien puis l'essence même de ce lien. Un grand nom de ce mouvement est celui de René Spitz (1887-1974), un psychiatre et psychanalyste américain d'origine hongroise, notamment connu pour ces travaux sur la dépression anaclitique et l'hospitalisme du nourrisson. J. Bowlby faisait également partie de ce courant avant de prendre le virage de l'attachement.

Puis des inter-échanges apparaissent. Des éthologues comme H. F. Harlow créent des situations de perte de lien maternel en séparant des petits de leur mère et remarquent des troubles majeurs et irréversibles chez l'animal, étonnamment similaires à ceux décrits par R. Spitz chez le petit d'Homme. Une poignée de psychologues et psychanalystes envisagent l'existence de systèmes autonomes et primaires de création de lien entre la mère et son petit comme il est remarqué chez les oiseaux grâce aux phénomènes d'empreinte. Ils font l'hypothèse que pour le bébé humain, chez qui l'immaturité motrice domine, le seul équivalent moteur d'attachement, au singe qui agrippe sa mère et au poussin qui suit la sienne, est le sourire. Les sourires significatifs apparaissent bien plus tôt que ne le pensaient les scientifiques et permettent de mieux saisir comme le psychique s'étaye sur le physiologique. Cette découverte met aussi en exergue l'établissement de liens et de communications avant la construction de tout « objet » permanent et électif. Le sourire est un comportement primaire à la fois physiologique et social, émotionnel et appris, qui nous rappelle qu'il crée des relations selon l'environnement, tout en autonomisant l'individu qui le maîtrise progressivement. Ainsi, les mécanismes d'attachement sont similaires chez le jeune humain et chez le jeune animal tout comme la séparation maternelle induit des troubles semblables.

Il convient de ne pas faire l'amalgame de l'Homme et l'animal mais juste de remarquer qu'ils ont des comportements équivalents. Le langage marque une jonction inévitable entre ces deux cousins. Les conditions de développement et de croissance que ce soit concernant la morphologie, la motricité, la vitesse et le milieu ne permettent pas non plus de confondre les primates avec les humains.

⁸ (Anzieu et al., 1979) Page 27

H. F. Harlow, grâce aux libertés qu'offrent les conditions expérimentales, a « créé » des mères orphelines : en isolement total, n'ayant connu ni de liens maternels, ni d'affection. Ces femelles sont indifférentes aux mâles et deviennent mères par procréation artificielle. Mais ici point d'attachement : elles ignorent leur enfant, le brutalisent voire le tuent. « À sa grande surprise, Harlow constate que le petit singe ne se laisse pas rebuter, ni décourager par les coups : il s'accroche au dos de sa mère, il tente d'établir le contact avec son ventre, avec sa poitrine : il lutte jour après jour, semaine après semaine, mois après mois. »⁹ Et au quatrième mois la violence de la mère diminue pour laisser place à un contact pérenne, « et la mère, en quelque sorte séduite par son enfant est guérie de sa « psychose ». »¹⁰ Il précise que ces femelles ont eu d'autres petits avec lesquels le contact était bon dès la naissance ou après un petit temps d'adaptation, grâce aux efforts du premier. R. Zazzo met en exergue que ces expériences soulignent pour l'enfant la primauté de l'amour et le besoin irrépressible d'attachement. Quant à la mère orpheline, son parcours nous montre que l'attachement contribue à l'équilibre dans les relations sexuelles et sociales : « enfin la psychothérapie involontaire exercée par l'enfant sur sa mère-orpheline illustre, une fois de plus, le rôle fondamental du contact corporel, du lien charnel à autrui. »¹¹ Cette phrase soulève deux idées primordiales : l'importance de l'accompagnement thérapeutique et celle du dialogue tonique, donc de la psychomotricité. Le clivage avec la psychanalyse est radical puisque Sigmund Freud (1856-1939), neurologue autrichien à l'origine de cette théorie, considère que la pulsion sexuelle mène à l'amour qui n'est qu'un moyen d'atteindre le plaisir. La théorie de l'attachement, pour les animaux supérieurs comme pour les Hommes, base l'amour dans les fondements de l'existence. Si cette base originelle est bien établie alors le sentiment de sécurité et de confiance qu'il diffuse permettra l'épanouissement de la sexualité et d'autres formes d'amour.

Ainsi donc l'amour n'est plus la conséquence d'un besoin sexuel mais un besoin inscrit dans la nature animale car le social fait partie du biologique. Mais de cette démonstration R. Zazzo soulève plusieurs points à approfondir. Il faut déterminer l'origine de ce besoin d'autrui : soit négative par l'infirmité du nouveau-né soit positive par des systèmes de réponses innées. Que considère-t-on comme appartenant à l'inné et appartenant à l'acquis ? Le mot social est polysémantique et peut tout aussi bien désigner les relations interindividuelles que le phénomène de groupe. De même, les mots *socius* et société par leur proximité étymologique semblent insinuer que le premier

⁹ (Anzieu et al., 1979) Page 40

¹⁰ (Anzieu et al., 1979) Page 40

¹¹ (Anzieu et al., 1979) Page 41

est la genèse du deuxième. Or *socius* signifie « lié ». L'attachement que peut éprouver le petit envers sa mère n'est pas la première de ses relations sociales. L'attachement ne participe pas au bien fondé de la société, elle n'est pas biologique, contrairement aux liens (*socius*). « On ne peut résumer le tout à la somme de ses parties » se plairait à dire les psychologues du courant de la Gestalt. C'est particulièrement vrai ici : la société ne se résume pas à l'ensemble des individus qui la constituent ni à la totalité des liens qu'ils ont pu créer entre eux. La socialisation n'est pas l'attachement et l'intégration sociale n'est pas non plus l'intégration affective. Il faut découvrir malgré tout comment l'attachement prépare aux liens sexuels et sociaux avec les pairs. Aux origines des relations aux autres résident l'affectivité et les émotions qu'il semble difficile de rendre scientifiques par la subjectivité qu'elles supposent et qui sont pourtant parties inhérentes de l'Homme. Mais alors où est la frontière exacte avec l'animal ? La découverte de la théorie de l'attachement fut peut-être révolutionnaire pour cela, car au-delà d'être une découverte psychologique elle remet en questions la nature même de l'Homme : son ontogénèse, sa phylogénèse et sa singularité. Elle implique de ne pas réduire les comportements humains à des modèles animaux et *vice-versa*. La ressemblance des mécanismes n'implique pas qu'ils soient les mêmes ou qu'ils aient nécessairement un lien phylogénétique. Un comportement inné chez une espèce peut être appris chez une autre, mais leur perdurance prouve qu'ils ont été sélectionnés pour leur survie au cours de l'évolution. Les différences doivent être autant étudiées que les similitudes de comportements. Peut être même plus ces dernières, afin de découvrir les causes les plus exactes des mécanismes d'attachement dans l'histoire du Vivant.

2) Situation d'étrangeté

La psychologue du développement américaine Mary Ainsworth (1913-1999) a observé le comportement d'attachement d'enfants en Ouganda dans les années 60. Ses observations sont issues de milieux naturels puis elle a recréé en laboratoire la « situation étrange » (*stranger situation*, à entendre comme situation non familière), rythmée de temps de séparation et de retrouvailles avec la figure d'attachement et l'intervention d'une personne inconnue pour l'enfant. C'est la qualité des retrouvailles et non les manifestations à la séparation qui indique la nature de l'attachement.

Une étude similaire à celle de M. Ainsworth fut menée en Ecosse. Elle est moins précise car les chercheurs Rudolph Schaffer et Peggy Emerson n'observaient pas mais

relevaient des questionnaires remplis par les parents. Ces deux études ont des résultats concordants et décrivent un âge de manifestation du comportement d'attachement entre quatre et douze mois. De même, les deux études s'accordent pour dire qu'à un an et demi l'enfant s'attache avec une voire plusieurs autres figures d'attachement. En premier lieu celle du père et des aînés, qui n'amoindrit pas celui à la mère mais qui au contraire le renforce proportionnellement au nombre de figures d'attachement de l'enfant. Les deux études relèvent toutes deux que la constance et l'intensité de l'attachement varient selon les modifications organiques et environnementales. M. Ainsworth remarque que les pleurs et la poursuite sont majorés si l'enfant a faim, est fatigué, est malade ou a du chagrin. R. Schaffer et P. Emerson citent la fatigue, la maladie et la douleur. Les trois chercheurs se rejoignent pour dire que l'enfant a des conduites d'attachement lorsqu'il est alarmé, notamment par la présence d'un étranger, surtout après neuf mois. Quand la mère s'absente trop longtemps, l'attachement semble plus fort. Ces variables influentes à court terme sont les mêmes que celles chez les singes. La qualité des soins de la mère impactent l'attachement de l'enfant. Cependant, il est acteur et initiateur de l'interaction : en cherchant son interlocuteur il crée un lien et modèle sa réponse.

3) Définition

L'attachement est un mot employé pour la première fois en 1231, qui signifie « engagement, sentiment qui lie, unit fortement à quelqu'un. »¹² Le Larousse le définit de la sorte « sentiment d'affection, de sympathie ou vif intérêt qui lie fortement à quelqu'un, à un animal, à quelque chose ». ¹³ Attacher vient de l'ancien français *estachier* signifiant « ficher » et du francique *stakka* qui signifie « pieu » : traduisons donc « attacher un pieu ». Le Larousse lui attribue plusieurs définitions : « fixer quelqu'un, quelque chose, un animal à quelque chose, les maintenir, les immobiliser ou limiter leur liberté de mouvement au moyen d'un lien, en parlant du lien, les maintenir dans cet état », « réunir, entourer par un lien en ensemble de choses, un paquet », « nouer, réunir les deux bouts d'un lien », « établir un lien d'amitié, de sympathie, d'habitude, une relation durable entre quelqu'un et quelque chose ou quelqu'un d'autre », « lier quelqu'un par un engagement, un contrat », « donner, attribuer (dans des expressions) ».¹⁴ Par sa polysémie, ce mot est communément usité. Dans le dictionnaire

¹² (Möhren, 2016)

¹³ (Larousse, 2018)

¹⁴ (« Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales », s. d.)

de psychologie, on peut lire la définition suivante : « ensemble des liens qui se sont établis entre un bébé et sa mère à partir des sensations et des perceptions du nourrisson vis-à-vis de cette dernière, et réciproquement, de la mère à l'égard de son enfant. » ¹⁵

La définition originelle de l'attachement est de J. Bowlby, il énonce pour la première fois dans sa publication de 1958¹⁶. Elle est le fruit de ses recherches demandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur les conséquences de la perte parentale pour l'enfant pendant la guerre. L'enfant a besoin de se lier à un *caregiver* (ceux qui prennent soin de lui sans être forcément ses parents biologiques), au-delà des aspects hygiénique et nourricier de sa fonction. L'attachement répond à un besoin biologique primaire fondamental autant que se nourrir, qui n'est plus le seul besoin originaire dont la satisfaction crée un lien libidinal. Ce lien arrive dans un deuxième temps, la pulsion sexuelle s'étaye sur la pulsion de consommation de nourrissage. La pulsion d'attachement remplace l'objet libidinal de S. Freud, qui n'est plus nécessairement la mère mais le *caregiver*. Pour lui le nourrisson expérimente de façon active une relation chaleureuse, intime, continue avec la mère où chacun trouve satisfaction. Il est nécessaire au bon développement et à l'établissement des relations sociales. Il décrit sa théorie dans trois volumes publiés entre 1969 et 1980¹⁷. J. Bowlby définit l'attachement comme l'ensemble des comportements par lesquels une personne obtient ou conserve une proximité à un individu pour lequel il existe une préférence. C'est un comportement auto adaptatif régulé au moyen d'autocontrôle. La menace de perte ou d'absence temporaire de cet individu engage l'angoisse (une peur sans objet) alors que la perte effective ou l'absence permanente entraîne le chagrin et le deuil. Ces deux situations induisent de la colère.

L'attachement a quatre grandes particularités. Il est universel, tous les enfants peuvent s'attacher à leur *caregiver*. La normativité de l'attachement est celui de type sécure qui est le plus valorisé et le plus représenté quelle que soit la culture d'étude. C'est la qualité de la sensibilité maternelle qui favorise l'établissement d'un attachement sécure. La sécurité de l'attachement favorise le développement des compétences de gestion des émotions négatives, cognitives et de relations adaptées avec ses pairs.

4) Buts

¹⁵ (Sillamy, 2010)

¹⁶ (Bowlby, 1958)

¹⁷ (Bowlby & Kalmanovitch, 2002) / (Bowlby & Panafieu, 2007) / (Bowlby & Weil, 2002)

Nicole Guédeney est une pédopsychiatre contemporaine qui a beaucoup écrit sur la théorie de l'attachement d'après son expérience clinique.¹⁸ Elle décrit les principaux facteurs favorisant ou entravant l'attachement. Tout au long de notre vie nous nous attachons à des personnes vers qui nous nous tournons physiquement ou psychiquement en cas de besoin. L'attachement entre la mère et son enfant est une particularité de ces liens affectifs et durables. N. Guédeney précise que la théorie de l'attachement « se focalise essentiellement sur le fonctionnement interpersonnel humain dans tout contexte qui éveille les émotions de peur, de chagrin ou de colère – et de toutes les émotions qui en dérivent – et dans toute situation de menace ou de danger. »

¹⁹ Pour sa survie, l'enfant a besoin d'être entouré pour rétablir son homéostasie (surtout son stress). Les petits d'Homme, s'ils sont ordinaires, viennent au monde avec des systèmes préétablis en eux : des répertoires programmés qui assurent leur survie. Ils dictent leurs comportements et sont communs à tout nouveau-né de l'espèce. Le système donne une motivation à l'individu : dans le cas de l'attachement c'est le besoin de proximité avec l'adulte. Rares sont les enfants qui ne s'attachent pas, quelles que soient les réponses de leur *caregiver* (sauf cas d'extrêmes négligence ou rupture). Un système est motivationnel ou comportemental et comprend des objectifs avec des moyens pour les atteindre, représentés par des comportements. Ces derniers sont de plus en plus élaborés et mentalisés au cours du développement, leur fonction de mieux en mieux représentée. Un système est activé ou désactivé par des signaux donnés. L'adulte est un moyen pour l'enfant de mûrir sereinement en développant son autonomie. Dès la naissance le bébé dispose de comportements aversifs comme pleurer ou crier qui lui permettent de rapprocher près de lui l'adulte pour les faire cesser. Il exprime son malaise, son inconfort et sa détresse, il ne joue pas la comédie comme on l'entend encore dire. Ce sont les seuls signaux dont il dispose pour mobiliser ceux qui s'occupent de lui. Vers un an, il aura acquis des comportements actifs : c'est lui qui pourra suivre, grâce à ses progrès moteurs, sa figure d'attachement. Il peut à sa guise se maintenir proche de la personne qui le protège et le rassure.

Un des objectifs du système d'attachement étant la proximité, il suffit qu'elle se réalise pour désenclencher le système. Le parent offre à ce moment un apaisement et une protection à l'enfant qui va y associer son état de calme et sérénité. L'objectif externe du système d'attachement demeurera la proximité avec le *caregiver* alors que l'objectif interne deviendra l'état d'apaisement que ressent l'enfant consécutivement au désenclenchement du système. Le besoin d'attachement varie en fonction de l'âge, du

¹⁸ (Guédeney, 2010)

¹⁹ (Guédeney, 2010) Page 73

développement des capacités cognitives de l'enfant et des réponses de réconfort de son entourage. Vers deux ans, l'enfant s'assurera de la disponibilité de sa figure d'attachement sans nécessairement en être proche et vers trois ans il vérifiera son accessibilité. L'état de l'enfant impacte énormément son besoin de proximité avec son parent : il est majoré s'il est malade, fatigué, dans un environnement inconnu. « Tout éloignement ou inaccessibilité de la figure d'attachement au deçà de ce que l'enfant, à ce moment-là, peut supporter, déclenche automatiquement - c'est-à-dire sans que l'enfant le fasse consciemment – les comportements de recherche de proximité auprès de la figure d'attachement. » ²⁰ L'attachement fonctionne en tout ou rien : soit l'enfant est attaché à un adulte soit il ne l'est pas. La force de déclenchement de son système est plus variable selon son besoin plus ou moins urgent de proximité.

Un autre but de l'attachement est le détachement qui signe la qualité de son établissement comme le souligne Thomas Berry Brazelton (1918-2018), un pédiatre américain. Il est le créateur de l'échelle d'évaluation du comportement néonatal ²¹ afin d'observer des trente-sept semaines les comportements d'auto-apaisement du nouveau-né et ses capacités sensorielles, motrices, interactionnelles... Les souligner aux parents favorise l'attachement : le nouveau-né est une personne sociale, influencée par son environnement et l'influençant. À certains stades, il faudra que l'enfant explore de façon autonome et indépendante afin de gagner confiance en lui et en son parent qui lui permettra de découvrir en toute liberté son environnement. Pour ce fait il faut que l'enfant se sente suffisamment attaché pour s'éloigner en confiance et suffisamment libéré de la pression parentale pour pouvoir s'ouvrir. S'il manque d'autonomie l'enfant s'enfermera dans des échecs et des répétitions afin que ses parents fassent à sa place, ce qui renforce ses incapacités. Les parents se confortent dans ce rôle protecteur et suppléant car il maintient l'enfant dans une posture immature et fragile. Or les échecs et les répétitions sont constitutifs des capacités de l'enfant, les parents devraient l'aider à les surmonter pour lui donner l'envie d'avancer. T. Brazelton écrit « qu'un attachement vraiment réciproque laisse la place à des périodes de rupture et de détachement. » ²² Les anciens *patterns* d'interactions ne satisfont plus l'enfant qui par ses réactions amène ses parents à se réorganiser pour franchir cette étape. En étant plus attentifs à leur enfant et à ce qu'il veut leur montrer, les parents accomplissent pleinement leur rôle d'accompagnateur. L'acquisition d'une nouvelle phase de développement est un double exploit pour l'enfant qui a pu explorer seul et avoir un écho chez ses parents. L'enfant

²⁰ (Guédeney, 2010) Page 79

²¹ (Brazelton & Nugent, 2001)

²² (Brazelton & Ajuriaguerra, 2009) Page 282

apprend de façon plus gratifiante de lui-même et dès quatre ou cinq mois il entraînera sa mère dans ses découvertes. La réussite sera un plaisir partagé pour les deux protagonistes. Une fois l'apprentissage (comportemental, de manipulation, de jeu) réalisé avec la mère, elle doit le confier à son enfant : c'est cela le détachement. C'est donc un phénomène à part entière du maternage pour que l'enfant acquière son indépendance. Une nouvelle étape dans la relation parents-enfant doit être franchie et la désorganisation de l'enfant est souvent interprétée son rejet. T. Brazelton démontre le contraire durant une observation que j'ai choisi de citer pour sa finesse de description :

« La mère se place en face du bébé et reste de glace pendant trois minutes. Déconcerté, celui-ci se met à pleurer pour la forme, puis il commence à regarder ailleurs. A peine une vingtaine de secondes plus tard, il réalise que sa mère ne se comporte pas comme d'habitude, qu'elle déçoit ses attentes. Il ouvre grand les yeux, son visage se fige, et il fait tout ce qu'il peut pour provoquer les réponses qu'il attend d'elle. Il s'anime, sourit et vocalise en commençant par un gazouillis pour finir en pleurnichant. Il feint un grand sourire, immédiatement suivi de bruyants pleurnichements de protestation. Il tousse, éternue, et nous avons même vu des bébés qui allaient jusqu'à se faire vomir. Un enfant ne peut pas croire que sa mère ne lui réponde pas ; il répétera une deuxième, puis une troisième fois tout son répertoire pour chercher à entraîner sa mère. Mais si elle ne réagit toujours pas, il finit par renoncer et se roule en boule dans une position défensive, ou se cambre en arrière en fermant les yeux, comme s'il voulait oublier sa mère en dormant : il a suffi d'un changement du comportement maternel pendant trois minutes pour provoquer chez l'enfant toutes ces réactions. Et quand, enfin, la mère commence à répondre à son enfant et à jouer avec lui comme d'habitude, il redouble d'entrain dans ses réponses, avec une joie non dissimulée. »²³

Le malaise de l'enfant peut s'expliquer car il utilise sa mère comme sécurité de base. Or si celle-ci n'est pas disponible, se comporte de façon inhabituelle ou inattendue, elle n'est plus un appui fiable pour que l'enfant explore. Cette période doit donc être la plus immuable possible pour rassurer l'enfant. Il acquerra rapidement de nouvelles capacités et passera un nouveau stade avant une nouvelle période en plateau où il assimilera des capacités, passera un stade, puis un plateau... Le parent doit voir son enfant comme une personne à part entière et non plus comme un prolongement de lui-même. Cette prise de distance sera bénéfique pour le parent comme son enfant car en passant une étape ils gagnent en liberté et échanges. Les changements de la relation initiale sont d'abord appréhendés par les parents puis ils encouragent l'enfant à gagner en autonomie (lors des repas vers huit mois, de la période du non vers deux ans). T. Brazelton a beaucoup observé les relations synchrones ou asynchrones qui se tissent chez les dyades. Ses expériences sont semblables à celles du *still face*.²⁴

²³ (Brazelton & Ajuriaguerra, 2009) Page 300

²⁴ (Als et Tronick, 1962)

Le détachement est plus compliqué pour un parent célibataire car il n'y a pas de tiers pour mettre de l'altérité à la dyade, tel que R. Spitz nomme le couple mère-bébé. Un autre adulte n'est pas là pour encourager l'enfant à devenir indépendant ou pour compenser le manque du parent. « Dans les limites d'un attachement à la fois solide et souple, l'enfant peut se tester lui-même, découvrir ses capacités et ses limites »²⁵, rappelle T. Brazelton. Avec cette base de sécurité parentale immuable, l'enfant prend confiance en lui et se sent porté psychiquement dans ses progrès. Les parents en observant à chaque étape leur enfant sont à son écoute et lui accordent l'autonomie nécessaire à son indépendance tout au long de sa vie. Se détacher d'un attachement sain affirme à l'enfant son individualité. Mais pour se détacher il faut avoir été bien attaché.

5) Figures d'attachement

Le système d'attachement est orienté vers des personnes vivantes de son entourage. Le plus souvent le parent ou un adulte qui prodigue les soins. Dans des situations plus hostiles ce peut être un aîné, voire un animal, mais jamais un objet inerte. Les *caregiver* mobilisés dès la naissance deviennent des figures d'attachements primaires de l'enfant en neuf mois environ : « une fois constituée, chacune devient spécifique, irremplaçable et donc non-interchangeable »²⁶. Ceci met en exergue le primat de l'interaction sur celui du lien génétique avec l'enfant. Progressivement le bébé va classer ses figures d'attachement primaires en figure d'attachement principale et en figures d'attachement subsidiaires. En aucun cas une différence affective n'est à opposer entre les deux formes. La figure d'attachement primaire est la personne qui s'est la plus occupée du bébé les premiers mois de sa vie, qui lui a répondu le plus fréquemment, le plus rapidement et le plus justement, par des interactions animées et chaleureuses. Dans nos sociétés, c'est la mère qui devient la base de sécurité principale et préférentielle.

6) Sécurité de base

L'attachement est principalement représenté par le besoin de proximité et la sécurité de base, cette dernière est au croisement de l'attachement et de l'exploration.

²⁵ (Brazelton & Ajuriaguerra, 2009) Page 303

²⁶ (Guédeney, 2010) Page 81

Le système d'exploration permet à l'enfant de découvrir son environnement et par ce biais ses propres capacités, pour assurer sa survie. L'enfant est naturellement attiré par la nouveauté et les progrès de son développement psychomoteur, notamment locomoteur, le poussent à la découverte, vers six mois. Le bébé peut choisir de se rapprocher de sa figure d'attachement, prend conscience de ses capacités et gagne confiance en lui. Ses compétences cognitives éclosent : la permanence de l'objet, la compréhension de la cause à effet, l'imitation, le langage... L'exploration favorise la survie de l'enfant : par sa curiosité il apprend et comprend son environnement. Il a plus de probabilité d'être en échec et en difficulté, ce qui lui donnera la dynamique oscillatoire de l'apprentissage. Les systèmes d'attachement et d'exploration sont couplés de façon à ce que l'un soit désactivé lorsque l'autre est actif. Un enfant qui s'éloigne pour explorer le monde active son système d'exploration qui s'éteindra pour laisser place à celui de l'attachement s'il est en danger, assurant sa sécurité et sa proximité avec son parent qui peut aussi se manifester.

Le sentiment de sécurité est l'équilibre des systèmes d'attachement et d'exploration : l'enfant utilise sa figure d'attachement comme une base de sécurité afin d'explorer et comme un havre de sécurité pour se sentir protégé en cas de besoin. La sécurité de l'attachement se traduit par les capacités de l'enfant à exprimer ses émotions négatives, à chercher sa figure d'attachement et à se consoler auprès d'elle. La sécurité de l'exploration s'observe par la curiosité, la prudence de l'enfant à explorer et la qualité de son mode exploratoire. L'enfant qui se sent en sécurité a une anticipation positive de son environnement, lui permettant d'être enthousiaste et curieux dans des situations nouvelles de jeux. La concentration durant l'exploration semble reposer sur la capacité d'organiser ses émotions et ses comportements face à un événement mais également au fait de savoir que sa figure d'attachement est disponible et accessible. La sécurité lors de l'exploration est permise et favorisée par la conviction de l'aide apportée par la figure d'attachement si besoin. La sécurité de l'attachement se renforce en un cercle vertueux.

L'utilisation de la sécurité de base est un signe de l'attachement, qui contrairement à ce qui peut être cru favorise l'exploration tout en la protégeant. La confiance en la figure d'attachement permet à l'enfant de l'utiliser comme un tremplin vers son indépendance et son autonomie. Lorsqu'un enfant pleure il faut donc le prendre dans ses bras, ceci ne crée pas de « mauvaises habitudes » mais lui redonne confiance ! Répondre aux signaux de détresse le plus vite apprend à l'enfant à réguler rapidement son homéostasie puisqu'il ne peut pas le faire tout seul. Trop d'idées circulent encore autour de l'intentionnalité voire la manipulation des pleurs du bébé, qui ne peut faire autrement

pour exprimer son mal être. Les bébés à qui on a répondu petits sont plus autonomes et plus sereins à un an, ils demandent de l'aide en cas de besoin. La base de sécurité instaure une distance optimale propre à chaque dyade. L'enfant peut explorer dos tourné à sa figure d'attachement s'il se sent assez proche et simplement vérifier du regard sa présence s'il s'éloigne. Ces deux processus d'attachement et d'exploration sont contextuels et évoluent dans le temps. Le premier prime sur tous les autres besoins développementaux de la naissance à trois ans. Le second est prédominant après trois ans mais peut être suppléé par le besoin d'attachement en cas de danger.

7) Comportements d'attachement

Certains comportements médiatisent l'attachement comme pleurer, sourire, s'agripper, suivre, appeler et la succion. Une différence majeure avec les primates infra-humains et les Hommes est que ces premiers ont dès la naissance une capacité d'agrippement alors que le bébé humain distingue sa mère des autres personnes avant de pouvoir s'agripper ou se déplacer vers elle. Dans nos sociétés occidentales, l'enfant est peu en contact physique avec sa mère. Avec ses propres ressources il évite la difficile séparation avec sa figure d'attachement. Les comportements de signal, les sourires et les vocalises, apparaissent peu de temps après la naissance et alertent le *caregiver* que le bébé est intéressé par leur interaction. Ces comportements sont dits « d'attachement » lorsqu'ils servent à maintenir la proximité avec la figure d'attachement lorsque l'enfant est alarmé. Cette source d'alarme peut être externe à l'enfant (bruits, environnement ou personne étrangers) ou interne (maladie, fatigue, émotions « négatives » : tristesse, colère, peur...). Ces situations mettent l'enfant dans un état d'alerte pour son intégrité psychophysiologique et activent son système d'attachement. Il ne peut réguler seul ce débordement émotionnel et nécessite l'intervention extérieure de sa figure d'attachement. A partir de neuf mois, d'autres signaux activent chez l'enfant son système d'attachement : l'éloignement de sa figure d'attachement (qu'il subit), l'inconnu, une personne non familière (l'angoisse dite de l'étranger), les stimuli effrayants (selon la culture)... Dans ces situations l'enfant qui en a maintenant les capacités, se rapproche de sa figure d'attachement. La séparation enclenche des comportements comme l'agrippement, les pleurs ou les protestations qui visent à rapprocher la figure d'attachement et à abaisser son niveau de stress chez l'enfant.

8) Genèse et développement

Geneviève Bruwier est psychologue clinicienne contemporaine dans une unité parents-bébé. Elle relève les éléments qui participent à l'attachement durant la période utérine²⁷. Par sa sensorialité et non son intellect, le fœtus découvre son futur environnement, notamment par son ouïe et son audition qui lui fournissent des repères continus entre sa vie amniotique puis aérienne. L'olfaction a une valeur contenante et est intimement liée aux aires cérébrales de la mémoire et de l'émotion : les traces mnésiques de l'odorat seraient donc plus pérennes. Le fœtus discrimine également la langue maternelle, la voix de son père et celle de sa mère. Le premier cri poussé à la naissance diffère selon les phonèmes entendus durant la grossesse. Ces éléments favorisent l'attachement parents-enfant après la naissance.

T. Brazelton situe l'attachement comme pré-natal, ce que n'avait pas évoqué J. Bowlby. Comme lui il met en exergue des périodes sensibles au développement de l'attachement mais il ajoute des phases de détachement qui sont moteurs et signes de l'attachement. Julian de Ajuriaguerra (1911-1993), neuropsychiatre et psychanalyste français d'origine espagnole, est considéré comme le père de la psychomotricité. Il écrit dans sa préface « on voit ainsi la richesse des variables qui se chevauchent dans ces spirales d'interaction sans qu'on puisse toujours distinguer celles qui seront déterminantes. » ²⁸ Il rappelle la complexité du phénomène d'attachement par son intrication dans les échanges humains. De ce fait, l'origine d'un trouble relationnel est difficilement isolable puisqu'il dépend de l'activité d'un protagoniste et de la réponse de celui d'en face. Ceci rejoint la théorie de la psychosomatique relationnelle de Mahmoud Sami-Ali (1925-), thérapeute et professeur de psychologie français, qui définit la pathologie comme appartenant à la psyché, au soma et à l'être en relation. J. De Ajuriaguerra ajoute pour conclure sa préface que « ce qui importe est de savoir à quoi ce fait répond, dans un contexte donné, et à quoi il s'ouvre, et comment il s'organise. »

N. Guédeney explique que la première phase d'établissement de l'attachement se déroule de la naissance à trois mois. L'enfant est trop immature d'un point de vue moteur et cognitif pour exprimer ce qu'il ressent autrement que par des décharges tonico-émotionnelles. Il cherche le contact avec son milieu humain dont il dépend pour sa survie. Il se dirige spontanément vers les êtres humains qui l'entourent et de façon légèrement préférentielle vers sa mère chez qui il reconnaît des sensations de sa vie

²⁷ (Bruwier, 2012)

²⁸ (Brazelton & Ajuriaguerra, 2009) Page 12

utérine (voix et odeur). Les échanges vocaux entre la mère et son enfant sont primordiaux dans l'établissement d'un lien d'attachement : ils jouent le rôle de « cordon ombilical acoustique. »²⁹ Il s'oriente vers elle sans réelle discrimination avec les autres adultes. T. Brazelton pense l'allaitement comme fondateur dans l'établissement des liens d'attachement, plus par le contexte contenant global que par le moyen choisi.

La deuxième phase de trois à six mois est caractérisée par la maîtrise plus accrue de ses comportements par l'enfant. Il cherche activement la proximité surtout avec sa figure d'attachement qu'il commence à distinguer en tendant les bras et en s'agrippant. Il commence à différencier les gens de son entourage des inconnus. Il exprime son mal-être à la séparation par des cris et des pleurs et des sourires, des vocalisations, une orientation visuo-motrice et des réponses de contentement lorsqu'elle réapparaît. Vers trois ou quatre mois, le bébé maîtrise le sourire social sélectif qu'il adresse plus facilement à des personnes familières qu'étrangères. L'intensité de son regard et de son sourire est particulièrement forte lors des interactions avec sa mère. C'est elle qui apaise le mieux l'enfant après ses signaux de détresse. La poursuite du regard de l'enfant pour sa mère est plus longue que pour un autre adulte, en particulier lorsqu'elle quitte une pièce. Le bébé oriente ses signaux vers plusieurs figures individualisées parmi lesquelles sa figure principale d'attachement commence à se dessiner. L'enfant prend peu à peu conscience des réactions de son entourage et de l'impact qu'il a sur elles. Il peut de plus en plus maintenir son attention et adapter ses manifestations selon ce qu'il souhaite et observe de son interlocuteur. Il se sent de plus en plus acteur de ses relations. Vers quatre ou cinq mois il s'intéresse à son environnement et attend ses manifestations, ce qui le détourne de situations qui le mobilisaient totalement auparavant comme un jeu ou l'allaitement. A cet âge l'enfant est en capacité de prendre à une main un objet qu'il aura préalablement localisé : il réalise qu'il a une influence sur son environnement. Il commence à maîtriser l'espace prémisses de la permanence de l'objet décrite par Jean Piaget (1896-1980), psychologue et épistémologue suisse. Il peut remettre à l'endroit un objet présenté inhabituellement et donc se détacher de son objet sûr : sa mère. L'enfant commence à reconnaître les personnes de son entourage. À trois mois, en situation de jeu en face à face, l'enfant se laisse porter par son parent. Mais à cinq mois il peut se laisser distraire par son environnement ou mener lui-même l'interaction. Il peut au départ accrocher un peu au contact mais sera très vite attiré par ce qui l'entoure. Et il ignorera moins son père que sa mère s'ils le sollicitent à nouveau.

²⁹ (Bowlby & Kalmanovitch, 2002) Julia et Sander 66

La troisième phase est plus étendue de six mois à trente-six mois, durant laquelle la base de sécurité se met en place. Les progrès moteurs, cognitifs et relationnels majeurs de l'enfant lui permettent d'être de plus en plus acteur de la proximité de sa figure d'attachement. L'enfant différencie ses figures d'attachement et leur envoie des signaux spécifiques : pleurer quand elles partent et jubiler à leur retour. L'attachement est criant vers neuf mois surtout en présence d'étranger et s'ouvre à d'autres figures, notamment le père, que l'enfant suit surtout si l'adulte se déplace ou que l'enfant se sent en danger. L'enfant est avide d'exploration et assuré si la mère est présente alors qu'il peut être timide et en grand désarroi si elle part. Entre six et neuf mois, la vision du père provoque chez l'enfant une jubilation. Ces manifestations de l'enfant persistent donc la moitié de la première année et la seconde année. Le processus d'attachement se poursuit la deuxième et troisième année de vie de l'enfant en s'amenuisant. L'enfant comprend de plus en plus les événements qui l'entourent et les appréhendent plus sereinement, il ressent probablement moins le besoin de se réassurer. Il a plus conscience du départ imminent de sa mère. Alors qu'il constatait petit son absence une fois son départ acté, à un an, il peut protester en remarquant ses préparatifs. À trois ans, de façon assez soudaine, la séparation avec la mère est mieux supportée. Ceci est particulièrement visible dans les crèches où l'enfant peut jouer tranquillement avec ses pairs. L'enfant peut accepter l'absence temporaire de la figure d'attachement s'il se sent sûr car il reste avec une personne connue (qu'il a appris à connaître avec sa mère), s'il est en bonne santé, non alarmé et s'il sait où elle va, qu'elle va revenir.

La quatrième phase chevauche la première et inclut le partenariat émergent (après deux ans) et le partenariat corrigé quant au but (après quatre ans). Le premier définit la capacité de l'enfant, grâce à son développement cognitif, à inhiber ses comportements d'attachement pour intégrer les objectifs de l'adulte. Il adapte le plan partagé à ses besoins et aux buts de l'adulte dans des allers-retours entre son individualité et l'altérité. Le second consiste à un ajustement à l'autre protagoniste du plan par la prise en compte de sa volonté et des interactions passées offrant la gratitude d'une coopération commune. Cette identification et cette différenciation demandent des concessions mais la compréhension mutuelle des besoins de l'autre renforce le phénomène d'attachement qui les lie. L'essor des possibilités cognitives permettent à l'enfant d'organiser des séquences comportementales plus longues et complexes. Le langage lui offre des possibilités de communication plus élaborées avec son entourage et intérieurement d'apaiser ses états d'âme qu'il discrimine. Il acquiert des notions spatio-temporelles et symboliques lui permettant d'envisager mentalement un événement ou une personne.

À l'âge scolaire, l'enfant gagne en assurance et en anticipation pour appréhender sereinement des personnes et des environnements étrangers. Pourtant il peut lui arriver encore quelque fois de retourner vers la figure d'attachement s'il a peur voire même de chercher un contact physique avec elle s'il se sent en danger. Il faut noter que c'est un comportement qui dure toute la vie et qui est plus ou moins prégnant selon les périodes.

L'attachement à l'adolescence diminue pour les parents et peut se majorer pour d'autres adultes ou pour des pairs, influencé par l'attirance sexuelle. La variation individuelle est alors décuplée : certains se coupent de leurs parents alors que d'autres se fusionnent. Sans être dans ces deux extrêmes le lien aux parents reste important notamment celui de la fille à la mère. Et l'attachement s'exprime également pour des personnes et des institutions hors de la sphère familiale : établissement scolaire, équipe de travail, communauté religieuse, parti politique... Cette figure d'attachement peut être subordonnée ou principale, mais souvent médiatisée par l'attachement à une personne ayant une place importante dans le groupe. Le comportement d'attachement chez l'adulte s'instaure plus facilement, surtout lorsqu'il se trouve en difficulté : maladie, malheur, danger, désastre... Alors l'adulte recherche la proximité, le contact avec une personne connue et de confiance. Avec l'âge, s'attacher à des personnes plus âgées ou de la même génération devient impossible : les comportements d'attachement se tournent alors vers de plus jeunes. J. Bowlby précise que « marquer de l'étiquette de régressif le comportement d'attachement dans la vie adulte est en fait ne pas tenir compte du rôle vital que ce comportement joue dans la vie de l'Homme du berceau à la tombe. »³⁰

9) *Patterns d'attachement*

Alors que M. Ainsworth théorise l'existence de schèmes d'attachement (sécurisé, anxieux, évitant, désorganisé), J. Bowlby a une approche moins rigide. Il évoque plutôt une période sensible durant laquelle il est désirable qu'un attachement sélectif se développe. Mais ceci perdure toute la vie de façon moins tangible et moins irréversible que dans la période de petite enfance et de proximité maternelle. Il n'aborde donc pas de limite d'âge mais la prédominance relationnelle au *caregiver*. Cette relation dépend des effets réciproques du *caregiver* sur l'enfant et *vice versa*. La nature de ce lien dépend de la culture et du maillage transgénérationnel, des différentes pratiques de maternage. M. Ainsworth a mis en lumière trois *patterns* d'attachement remarquables dès douze mois.

³⁰ (Bowlby & Kalmanovitch, 2002) Page 284

- Le *pattern* d'attachement **sécure** est le plus représenté dans la population générale (60%) : les besoins d'attachement sont exprimés librement et adéquatement. La sécurité de base est active : ces enfants protestent à la séparation, ont des retrouvailles chaleureuses avec leur figure d'attachement mais qui peuvent retourner jouer après avoir été rassurés cette proximité. Les indicateurs biologiques de stress restent bas. N. Guédeney écrit que « l'attachement sécure à douze mois est prédictif d'un développement émotionnel, cognitif et social de meilleur qualité : confiance en soi, sentiment de compétence personnelle, empathie et compétences sociales. C'est un facteur de protection contre le développement d'une psychopathologie ultérieure. L'enfant qui a pu développer des relations d'attachement sécure avec les principales personnes qui l'élèvent, se révèle plus autonome et plus apte à développer des relations sociales satisfaisantes. » ³¹
- Les attachements **inséculres** sont de deux types et représentent 30% de la population générale. L'environnement est protecteur mais ne répond pas de manière adéquate aux besoins de l'enfant qui les adaptent par anticipation.
- Le premier, l'attachement **insécure évitant** est présent chez 20% de la population générale : « c'est un ensemble de stratégies attentionnelles, comportementales et émotionnelles de minimisation des besoins d'attachement et de diversion de l'attention. » ³² L'enfant semble être indifférent à la séparation et aux retrouvailles : il manifeste peu son affection et son comportement de base de sécurité. Mais au-delà de cette façade autonome, ses indicateurs biologiques de stress sont au plus haut. Il met donc des stratégies compensatrices en place : se faire consoler par une étrangère à la séparation et focaliser son attention sur un jouet aux retrouvailles. Il évite les échanges physiques et psychiques avec sa mère dont il sait qu'elle ne pourra les consoler en cas de détresse voire l'affecter. Daniel Stern (1934-2012), psychanalyste et pédopsychiatre américain, indique qu'au moment des retrouvailles, aucun protagoniste n'exprime une joie ou un intérêt particulier à revoir l'autre. L'enfant sait au fond de lui que s'il s'exprimait, sa mère n'aurait aucune réaction voire un mouvement de rejet à son égard. L'enfant s'adapte pour garder sa mère au plus près de lui. Sous ses airs indifférents il est tout à fait conscient de son retour,

³¹ (Guédeney, 2010) Page 92

³² (Guédeney, 2010) Page 93

ressent le besoin de manifestations d'attachement mais garde cela pour lui, ce qui élève ses manifestations internes d'anxiété.

- Le deuxième type d'attachement **insécuré** est appelé **ambivalent ou résistant** et touche 10% de la population générale. « C'est un ensemble de stratégies comportementales, cognitives et attentionnelles qui contribuent à une maximisation des besoins d'attachement, au détriment des capacités d'exploration. » ³³ La séparation est paradoxale : l'enfant montre détresse, besoin de contact, rejet coléreux de la mère et difficulté à être réconforté. Les indicateurs biologiques de stress sont élevés que la figure d'attachement soit présente ou non : ils signent leur besoin d'attachement mêlés à ceux de souffrance psychologique. Ces types d'attachement ne sont ni pathologiques, ni des troubles, mais la meilleure adaptation de l'enfant compte tenu des réponses inadaptées de son entourage à ses besoins. « L'insécurité de l'attachement n'est pas un facteur de risque en soi mais elle limite les potentialités de développement optimal, en particulier la négociation des conflits, le confort émotionnel, la liberté cognitive et la qualité des relations sociales proches. Ils définissent la façon dont l'enfant s'attachera avec les autres futures figures de son quotidien (ses pairs, ses instituteurs...). En présence d'autres facteurs de risque, elle potentialise les risques de dysfonctionnement de l'enfant (estime de soi, cognition, santé mentale, santé physique, relations sociales) »³⁴, précise N. Guédeney.
- Enfin, l'attachement **désorganisé** concerne 10% de la population générale. L'enfant est soumis d'après M. Ainsworth à une situation de « peur sans solution » : sa figure d'attachement est source de sécurité et d'alarme. Quand il la retrouve il se comporte de manière contradictoire (résistance et évitement), désorganisée (figement, stéréotypies) ou apeurée (ne regarde pas le visage de sa figure d'attachement). L'enfant subit un conflit motivationnel paradoxal car sa figure d'attachement ne représente plus la protection mais la peur. Il est traversé par deux mouvements contradictoires : fuir et se rapprocher tout à la fois. Ce dilemme provoque un traumatisme relationnel précoce chez l'enfant qui ne parvient plus à se positionner face à sa figure d'attachement. L'enfant semble avoir besoin de s'attacher énormément à l'autre mais refuse que sa mère l'approche. Il paraît avoir besoin de preuves de l'attachement maternel. Ceci oblige cette dernière à être démonstrative et excessive dans ses réactions : les

³³ (Guédeney, 2010) Page 94

³⁴ (Guédeney, 2010) Page 94

retrouvailles sont longues et intenses. Les stratégies attentionnelles et comportementales habituelles de l'enfant (évitement, désactivation, maximisation, attention exclusive) sont abandonnées et pourront à l'avenir donner des troubles cognitifs, émotionnels et comportementaux. Ses indices biologiques de stress sont au maximum et un sentiment de vulnérabilité interne en découle chez l'enfant.

Dans cette perspective, T. Brazelton ajoute que le petit d'Homme est le mammifère qui connaît la plus longue période de dépendance durant laquelle ses apprentissages doivent être favorisés pour survivre et évoluer dans un environnement qui est le sien (famille, société, culture). Le maternage en plus d'apporter de la nourriture et du confort à l'enfant devra développer ses capacités d'apprentissage. Des études dans les orphelinats ont montré que des enfants bien nourris et dont on prenait soin étaient bien portant mais que leur développement stagnait. Ils présentaient une pauvreté motrice et préféraient rester dans leur lit à regarder un mobile ou leurs mains. L'aide de l'adulte ne les stimulait pas à découvrir des nouveautés. Ils étaient fermés à la relation et n'avaient aucune réaction aux propositions de portage ou de jeu, voire les rejetaient. Un développement psychomoteur pauvre et uniforme s'établissait jusqu'à quatre ou cinq mois, puis il stagnait complètement et régressait. Ils étaient comme imperméables à l'énergie extérieure les sollicitant et à l'énergie intérieure sensée les mobiliser. Les enfants se repliaient dans le cercle vicieux de leur retard psychomoteur. La dynamique interne de l'enfant l'anime au début de sa vie mais s'épuise après quelques mois en l'absence de stimulations externes. « Les troubles réactionnels de l'attachement sont de deux types : un type inhibé avec incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales, ou à y répondre d'une manière appropriée au stade du développement ; un type désinhibé se manifestant par une sociabilité indifférenciée ou un manque de sélectivité dans le choix des figures d'attachement. »³⁵

10) Modèles internes opérants

Les *patterns* d'attachement dépendent des capacités de représentation de l'enfant lui permettent d'anticiper les interactions avec sa figure d'attachement et d'adapter son comportement pour se protéger au mieux. Mary Main (1943-), psychologue américaine, a nommé ces représentations de l'attachement des patrons : « un guide à propos de la

³⁵ (Scialom, Canchy-Giromini, & Albaret, 2015, p. 2) Page 11

façon de se comporter, de ce qui doit être attendu ou anticipé et de la bonne manière d'interpréter les événements interpersonnels ambigus ou complexes. » ³⁶ Ils orientent le comportement, la cognition, les affects, l'attention et la mémoire concernant les relations d'attachement. Ils régulent les émotions « négatives » quand le sujet ressent un stress pouvant activer l'attachement. Ces modèles internes opérants « traduisent la confiance dans les autres comme capables de répondre de manière adéquate, soutenante et proche en cas de difficulté, et donc la confiance en soi comme personne digne d'être aimée et soutenue par les autres. Ils comportent aussi le sens de l'impact sur l'autre en cas de détresse ou d'alarme. » ³⁷ Ces automatismes inconscients sont stables au cours du développement et filtrent les perceptions pour ne retenir que celles attendues. L'enfant s'organise pour que les nouveautés qu'il découvre, humaines ou matérielles, soient cohérentes avec ce qu'il a déjà vécu et ses attentes. Les modèles de relation sont mentalement opérants autour des trois ans de l'enfant : chaque figure d'attachement en a un. Vers six ans, de nouveaux modèles s'ajouteraient aux modèles anciens au gré des expériences relationnelles et des capacités cognitives du sujet. Cette réorganisation plus complexe serait effective durant toute l'existence du sujet. Les modèles internes opérants sont plus modelables par l'environnement dans l'enfance. En grandissant, des changements environnementaux plus profonds et durables seront nécessaires à l'ajout de nouveaux modèles. L'adolescent a les capacités d'analyser ses propres modèles du monde et de soi pour rencontrer d'autres modèles relationnels. Nos schémas fondateurs sont indélébiles, les nouveaux s'échafaudent sur les originels. Plus nous sommes confrontés à des situations inconnues et/ou stressantes, provoquant chez nous alarme, détresse et danger, plus des modèles anciens d'attachement sont activés.

11) Caregiving

Une des fonctions parentales consiste à répondre aux besoins d'attachement de l'enfant. Ceci se distingue de l'amour qui lui est porté : un parent peut aimer sincèrement son enfant tout en ignorant comment répondre à ses besoins d'attachement. Lorsqu'un être vivant exprime une vulnérabilité, il active chez son entourage le système du *caregiving* : une alerte aux besoins de l'autre, souvent mobilisé pour le personnel soignant. L'objectif majeur du *caregiving* pour le parent est de se rapprocher de son enfant pour le protéger : une fois seulement la distance plus supportable ou l'assurance

³⁶ (Guédeney, 2010) Page 97

³⁷ (Guédeney, 2010) Page 97

du bien-être de l'enfant, son système se désactive. Un autre but du *caregiving* est d'encourager l'exploration autonome de l'enfant. En effet, si l'enfant ne demande pas son parent il ne doit pas intervenir au risque d'être envahissant, de palier ses propres besoins et non ceux de son enfant. Le système du *caregiving* est similaire à celui de la sécurité de base: être présent en cas de besoin de réassurance pour l'enfant mais dans les autres cas permettre son envol. Durant la première année de sa vie, le bébé a besoin de certaines attitudes et comportements parentaux pour développer un attachement sécure. Le parent, au-delà de sa présence physique, doit être psychologiquement proche de son enfant et donc disponible émotionnellement. M. Ainsworth définit par le terme « *responsiveness* » la sensibilité aux besoins d'attachement. N. Guedeley le traduit par « la capacité du parent à percevoir et à interpréter les expressions verbales et non verbales de l'enfant de manière correcte et d'y répondre rapidement et adéquatement, et ceci de manière prévisible et cohérente. » ³⁸ Ceci s'observe concrètement par la disponibilité émotionnelle, la consolation, le réconfort et l'apaisement du parent pour son bébé. Il se rapproche physiquement et psychiquement de son bébé pour créer une situation de partage émotionnel appelée *mirroring* par J. Gergely. Le parent répond en miroir à son enfant en utilisant un dialogue émotionnel infra-verbal : il reprend ses mimiques et sa prosodie de façon plus lente et accentuée. L'enfant se sent approuvé et rejoint dans l'expression de son émotion « négative » sans être submergé par celle du parent. C'est une facette du dialogue tonico-émotionnel. Elle mobilise une capacité parentale réflexive qui permet de penser le vécu de l'enfant, son expérience de parent et de faire des liens entre les comportements observés et des états internes supposés. Le parent agira selon l'interprétation et la signification qu'il donnera aux manifestations du bébé. Il doit être attentif à son enfant et ajuster ses réponses selon son apaisement ou sa détresse.

Durant le premier trimestre, le parent soutient et incite l'exploration de l'enfant en respectant son rythme et ses initiatives. La dimension d'étayage à l'exploration du *caregiving* semble plus concerner la figure paternelle, tout comme la régulation des émotions de frustration ou d'échec liées à l'exploration, des interactions et des comportements sociaux. La part de contribution à l'attachement du *caregiving* serait plus assurée par la figure maternelle qui régule les émotions qui y sont liées par la continuité et la dimension physique de ses soins. Elle contribuerait aussi à la compréhension et à l'expression des émotions positives comme négatives. Ces tendances parentales ne sont bien sûr pas figées et varient avec les nouveaux schémas familiaux et les nouvelles formes de parentalités.

³⁸ (Guédeney, 2010) Page 103

Entre dix-huit mois et quatre ans l'enfant a besoin de se sentir en sécurité alors qu'il perçoit de plus en plus qu'il a des désirs différents de ses parents. Au gré de ses expériences, l'enfant découvrira la frustration, l'impuissance et la colère mais sera accompagné, grâce à son système d'attachement, du *caregiving* parental. Ainsi, s'il est sensible, le parent fera en sorte de négocier dans un partenariat corrigé, en s'appuyant sur le développement du langage, ce que souhaite son enfant en fonction du but qu'il a et de ses compétences, sans trop d'autorité. « Les parents qui peuvent avoir une communication ouverte, c'est-à-dire flexible, libre et sans débordements émotionnels, vont aider l'enfant à trouver une solution. » ³⁹ Les parents rétablissent l'équilibre émotionnel interne de l'enfant en lui signifiant qu'ils le comprennent et qu'il ressent quelque chose de normal. Ils font à l'enfant des propositions pour qu'il trouve quelle solution le désorganise moins. Les parents présentent un partenariat à l'enfant dans sa structure globale et ce qui peut être organisé de manière conjointe. Ils parlent au nom de chacun de leurs états mentaux, de leurs possibilités et de leurs contraintes. Grâce à cette structure parentale stable, l'enfant est rassuré et peut faire un choix : il devient progressivement acteur de la relation. Au fil du temps, la capacité de négociation des conflits et le partenariat corrigé quant au but sont des signes d'un attachement sécurisé. Le *caregiving* lui aussi se développerait durant la grossesse, période durant laquelle la future mère se représente la façon dont elle répondra à son enfant.

Le principal moteur du *caregiving* est biologique, plus précisément hormonal. La mentalité de la mère est bouleversée par les hormones de la grossesse, de l'accouchement, de la lactation pour mener à l'état presque pathologique mais transitoire que Donald Winnicott (1896-1971), pédopsychiatre et psychanalyste anglais, a nommé préoccupation maternelle primaire. Ces libérations hormonales sont importantes mais pas déterminantes, des facteurs psychologiques guident énormément les comportements de *caregiving* : des pères et des professionnels de la petite enfance s'occupent très bien de nourrisson ! Cette dimension psychologique permet aussi de s'occuper d'un enfant au-delà de la période de sevrage. Elle incite donc le groupe humain autour du bébé à s'occuper de lui. Ceci a l'avantage de le protéger mais a aussi l'inconvénient de le fragiliser si son environnement est défaillant. Comme nous l'avons vu précédemment, le visage du bébé et son immaturité déclenchent la protection et son apaisement alimente le système de récompense-plaisir ce qui renforce le *caregiving*. Il dépend grandement du contexte : une mise à mal de l'état psychologique par une pathologie (dépression postnatale, anxiété postnatale, stress postnatal, psychose du *post-partum*) altère son expression. La mère peut aussi subir un contexte

³⁹ (Guédeney, 2010) Page 105

environnemental stressant, des événements de vie négatifs la déstabilisant : chômage, maladie, précarité, conflits conjugaux ou familiaux, non alliance avec le père, autre personne à charge. Attachement et *caregiving* fonctionnent de manière complémentaire pour devenir le système de régulation interpersonnelle le plus efficace face au stress : ils lui substituent le sentiment de sécurité.

12) Professionnels de santé

Pour les professionnels de la petite enfance, il est important de répondre aux besoins d'attachement de l'enfant, qui vit la séparation avec sa figure d'attachement, sans culpabiliser. Nous ne la remplacerons pas puisque le lien d'attachement parents-enfants est unique et plutôt une composante de leur relation qu'un résumé. Pour autant, l'enfant doit sentir que son besoin de proximité va être compensé avec quelqu'un d'autre : il peut avoir plusieurs figures, qui sont uniques. Pour cela un nombre limité de personnes doivent s'occuper de lui : d'où l'importance de la référence. Le comportement d'attachement est souvent activé et fort durant les cinq premières années de vie de l'enfant surtout entre dix-huit mois et trois ans lorsqu'il vit un dilemme interne entre envie d'explorer et d'être protégé. La bataille émotionnelle qui se déroule en lui s'exprime souvent par d'impressionnantes colères. Pour abaisser l'activation du système d'attachement il ne faut pas répondre en miroir mais verbaliser les ressentis de l'enfant, le réconforter et le rassurer.

Dans les situations de placement et/ou d'adoption la rupture de liens d'attachement (après un an) peut être une véritable souffrance et créer un sentiment de méfiance vis-à-vis de l'autre pour l'enfant s'il n'est pas accompagné. Accompagner des parents consiste donc à les pousser à exprimer leur *caregiving* et à repérer les besoins d'attachement de leur enfant. Si le parent perçoit son rôle auprès de son bébé, il faut neuf mois pour que des liens d'attachement se tissent, les premières semaines sont primordiales. Intervenir sur les facteurs soutenant ou fragilisant de l'environnement du parent, sur son histoire transgénérationnelle peut contribuer au développement d'une compétence parentale. N. Guédeney précise ainsi que « la théorie de l'attachement informe de manière différentes les prises en charges habituelles car elle met la peur au cœur et à l'origine des difficultés psychologiques de l'être humain, et ce dès le début de son développement. » ⁴⁰

⁴⁰ (Guédeney, 2010) Page 120

La confrontation entre systèmes d'attachement et de *caregiving* induit chez les parents des sentiments contradictoires. Lors d'une demande d'aide par exemple, ils oscillent entre vulnérabilité de se dévoiler et culpabilité de ne pas pouvoir répondre aux besoins leur enfant. Pour J. Bowlby, la demande d'aide, de soin est une dimension même de la théorie de l'attachement.⁴¹ La dynamique d'attachement du parent se rejoue, notamment lors de la première rencontre avec le soignant où il s'assure que sa peur pourra être régulée. La représentation de la demande d'aide pour la famille, de la première à la dernière consultation, orientera donc la pratique. Le cadre de soin peut alors être envisagé comme une sécurité de base pour la dyade : un lieu où elle peut revenir en cas de besoin et d'où elle peut partir sereinement par sa présence en arrière fond. Le soignant peut faire office de figure d'attachement pour le parent insécure qui doit prendre soin de lui avant de prendre soin de son enfant. Par sa clinique, N. Guédeney affirme que « l'attachement sécure qui se développe envers le professionnel facilite l'exploration des difficultés, l'acceptation de nouvelles solutions et l'autonomie ultérieure par rapport au processus thérapeutique. »⁴² L'étayage émotionnel rassurant et soutenant offert par la relation de soin permet parfois au parent de vivre des contacts humains qu'il n'a jamais connus auparavant et de pouvoir penser ses interactions passées. Les conséquences bénéfiques de cette expérience s'enchaînent souvent : le parent se sentant en sécurité distingue et répond mieux aux besoins d'attachement de son bébé qui s'apaise et le revalorise... Ainsi, une relation soignant-soigné chaleureuse, soutenante, continue et valorisant les aspects positifs des interactions est à adopter.

13) Identité maternelle

D. Stern a synthétisé avec sa femme pédiatre et pédopsychiatre leurs observations sur l'émergence de la maternité. Leur ouvrage met en exergue trois grandes phases de la genèse de l'identité maternelle.⁴³ Le sens commun a tendance à croire qu'elle apparaît au moment de l'accouchement alors que bien souvent elle apparaît quelques mois avant et après la naissance.

La première phase est celle des neuf mois de grossesse durant lesquels la croissance physique du fœtus est concomitante avec la croissance psychologique de l'identité maternelle. Le corps à corps avec le fœtus le rend présent à chaque instant. Les

⁴¹ (Mugnier, 2011)

⁴² (Guédeney, 2010) Page 122

⁴³ (Stern & Bruschweiler-Stern, 2009)

changements corporels et ceux de l'image du corps participent à l'émergence psychique de la maternité. « L'identité est profondément liée à l'expérience et à l'image que nous avons de notre corps »⁴⁴, relève justement D. Stern. Cette métamorphose rapide du corps de la femme lui permet de réorganiser son soi et d'imaginer son enfant. Ce travail psychique est à son apogée à l'approche du terme ; d'où la difficulté des mères accouchant prématurément de se considérer comme telles. Même si les changements physiques participent grandement à la construction de l'identité maternelle puisqu'ils font émerger la fantasmatique maternelle, elle peut apparaître sans eux. Les mères adoptives en sont l'exemple ; bien que leur identité ne se construise que psychiquement elle demande du temps, ce qui est favorisé par les démarches longues de l'adoption. La femme imagine son futur enfant et oscille entre espoirs et peurs concernant cet inconnu qui grandit en elle. Elle fantasme aussi son rôle, celui du père et les remaniements causés par la venue d'un nouveau membre dans la famille. Elle est amenée à replonger dans sa propre enfance, à analyser les liens qu'elle avait et qu'elle a avec ses parents, en particulier sa propre mère. La grossesse est pour cela régulièrement source de conflits familiaux et d'angoisses. Ces longs mois donnent libre cours aux fantasmes maternels pour écrire tout un avenir à plusieurs personnages sur une page blanche. La manière dont elle perçoit son attachement passé et son attachement présent influencera l'attachement qu'elle souhaite procurer à son enfant. Quant à l'accouchement, il donne naissance à une mère physique, mais elle n'aura pas nécessairement investi psychiquement son nouveau-né. Une part importante de l'attachement est tissée lorsque le nouveau-né pousse son premier cri, qu'il est posé sur sa mère et qu'ils échangent leur premier regard. Par ces premiers contacts et le peau à peau la mère prend conscience du passage de l'intérieur d'elle à l'extérieur de son bébé et donc de son individualité. La rencontre avec l'enfant réel va remanier, positivement ou non, les fantasmes parentaux. Par son individualité l'enfant conduira ses parents à le rencontrer dans son authenticité et son fonctionnement. L'identité parentale est permise par le croisement entre le symbolisme et la réalité attribués à l'enfant.

La deuxième phase d'émergence de l'identité maternelle est prédominante après le retour à la maison avec le bébé lorsque la mère elle-même s'occupe de lui. Elle se sentira pleinement mère lorsqu'elle saisira l'ampleur de son rôle qui consiste d'abord à assurer la survie de son enfant. Cette fonction vitale soulève de nombreuses craintes. Au-delà du rôle nourricier maternel, la mère prendra conscience qu'elle doit créer un lien intime avec son enfant : un accordage affectif. ⁴⁵ Des questionnements sur sa capacité à aimer et

⁴⁴ (Stern & Bruschweiler-Stern, 2009) Page 60

⁴⁵ (Stern, 2003)

à être aimée apparaîtront légitimement. Une autre facette de la construction de l'identité maternelle est le besoin d'être reconnue et encouragée par l'entourage, notamment d'autres mères. La nécessité d'identification et de différenciation à d'autres figures maternelles, en particulier sa propre mère, induit un positionnement de la nouvelle mère pour se créer une identité propre.

La troisième étape de la mise en place de l'identité maternelle implique à la dyade de s'ouvrir à nouveau sur le monde extérieur à son cocon. Intégrer sa nouvelle identité au « reste de sa vie antérieure » sera la dernière épreuve à passer pour la mère. La mère devra s'adapter à sa vie sociale, professionnelle et même conjugale en intégrant le père à cette relation fusionnelle avec son enfant.

14) **Attachement maternel**

Concernant l'attachement mère-enfant D. Stern écrit « la manière dont vous allez vous créer des liens avec votre enfant est une question vitale et dépend en grande partie de votre histoire et de votre expérience. »⁴⁶ Tout comme l'émergence de l'identité maternelle, c'est un processus inconscient et propre à chacun. Il émerge durant la grossesse grâce aux rêves et aux fantasmes attribués à l'enfant à venir. Il existe trois schémas pour concevoir son enfant, impactant toutes les dimensions de la vie.

- Une première manière de s'attacher consiste à mettre de la distance par rapport à la maternité vécue. La femme ne paraît pas si impliquée dans sa grossesse, alors que ce peut être le cas intérieurement. Elle a les mêmes réflexes quand elle pense à ses origines, sa famille, son enfance, sa relation avec sa mère : elle paraît insensible. Elle n'aborde pas ces éléments de son anamnèse et ne semble pas les mettre en lien avec ce qu'elle vit. Cet attachement est **disqualifiant** : la femme regarde à distance ses interactions familiales et sa grossesse.
- Il est à l'inverse de l'attachement **emmêlé**, où la femme n'a aucun recul avec sa famille ni avec sa grossesse. Elle est fusionnelle avec sa mère et le sera probablement avec l'enfant à venir. Elle s'implique instinctivement et pleinement dans ses relations primaires, elle ne se conçoit pas sans eux.

⁴⁶ (Stern & Bruschweiler-Stern, 2009) Page 49

- Enfin, l'attachement **autonome** pose un entre-deux. La femme est prête à s'investir totalement dans son futur rôle de mère. Elle est en contact avec sa propre mère mais de manière ajustée : ni trop près, ni trop loin. Elle prend en compte ses relations avec sa mère durant son enfance mais sans les rejeter ni les accoler, ce qui lui permet d'y réfléchir de manière plus objective. Ces trois modèles sont « normaux » et visent à appréhender cette identité nouvelle.

Après cet attachement psychique durant la grossesse, vient l'attachement « factuel » aux alentours de la première année de l'enfant. D. Stern précise que « le type d'attachement fait référence à la manière dont une mère et son bébé réagissent à la séparation et aux retrouvailles. »⁴⁷ Il est grandement impacté par l'attachement que la nouvelle mère aura eu avec sa propre mère. Il se met en place dès les premiers instants de la vie mais est surtout observable lorsque l'enfant a des capacités locomotrices et que lui comme sa mère peuvent choisir de partir ou de revenir vers l'autre. La séparation est un évènement traumatisant de la vie du petit d'Homme et pourtant si fréquent. Le jeune enfant le vivra d'autant plus mal s'il est fatigué ou malade. Les comportements de retrouvailles après une séparation indiquent la nature de l'attachement mais varient d'une culture à l'autre. En Occident, nous avons coutume de courir bras tendus et ouverts vers la personne attendue et de l'enlacer (le même schéma se réalise à 1 ou à 21 ans). L'étreinte participe grandement à l'attachement et comporte une dimension symbolique forte. La mère et l'enfant s'étreignent poitrine contre poitrine, cœur contre cœur, en s'abandonnant l'un à l'autre. Ceci est particulièrement visible lorsque l'enfant lâche sa tête dans le creux du cou de sa mère. Entourer le corps de l'autre pour l'apaiser est un geste de réassurance vital chez les humains et les grands singes. Le dialogue tonique est alors fortement mis en jeu : chacun se transmet son soulagement. Après cet instant de réconfort, l'enfant est à nouveau rattaché psychologiquement à sa mère par ce biais physique et peut à nouveau s'éloigner. La séparation est compensée par cette accolade et traduit un attachement sûr.

15) Transgénérationnalité

L'attachement fait partie de la transmission transgénérationnelle, majoritairement inconsciente. Nous reproduisons sans s'en rendre totalement compte les schémas de fonctionnement de nos parents. Parmi ces comportements transmis D.

⁴⁷ (Stern & Bruschweiler-Stern, 2009) Page 141

Stern évoque également « montrer son amour, ne pas être d'accord, se disputer, être en colère, appréhender la différence, tolérer divers comportements, partager ou non ses émotions, être curieux et chercher à reconnaître le monde, réagir aux changements, aux informations ou aux idées nouvelles, être honnête ou loyal... »⁴⁸ Ces fonctionnements peuvent tout aussi bien être reproduits par l'enfant devenu l'adulte ou au contraire être rejetés : ils sautent alors une génération. La transmission est également genrée : les filles sont élevées comme leur mère et les fils comme leur père. Elle comporte des dimensions traditionnelles et affectives qui influencent beaucoup les relations mère-enfant. La façon dont nous fûmes maternés n'est pas déterminante à la manière dont nous materons, à condition d'avoir pris suffisamment de recul pour analyser les liens avec notre mère. L'attachement à notre mère perdure après l'enfance comme nous l'avons décrit plus haut (attachements autonome, emmêlé et disqualifiant). Il influence le lien avec le bébé mais aussi la manière dont on imagine notre mère grand-mère pour l'enfant. L'attachement disqualifiant correspondrait à l'attachement évitant, il prend tellement de recul avec l'enfance passée qu'un travail d'analyse est impossible : le maternage est reproduit. Tout comme pour l'attachement emmêlé qui est comparable à l'attachement anxieux : une prise de distance avec le passé est inconcevable et le maternage souvent répliqué. Notre enfance, aussi positive ou négative soit-elle n'influence pas directement notre avenir de parent, à condition d'avoir les capacités et l'envie de la comprendre. Au-delà du nouveau triangle mère/père/bébé qui demande des efforts d'adaptation et d'attention, le triangle mère/bébé/grand-mère, souvent insoupçonné par les mères, influencera beaucoup leur maternage. La relation avec sa propre mère devra être repensée pour être source d'énergie psychique.

L'attachement au père est aussi à réfléchir, via les prismes traditionnels et égalitaires, récemment apparus avec les mouvances sociétales occidentales. L'attachement père-enfant serait similaire entre ces deux identités paternelles : la façon de jouer est la même, seul le temps passé avec l'enfant est plus long pour le fonctionnement égalitaire. Les parents semblent plus satisfaits par cette répartition : l'homme se sent accompli dans son rôle de père, la femme se sent épanouie dans sa vie socioprofessionnelle. L'enjeu pour le père est de construire sa psyché paternelle alors même qu'il n'aura pas porté et senti l'enfant durant neuf mois (d'où l'impact du dialogue tonique *in utero*). Même après la naissance, il ne peut allaiter l'enfant et dans le cas où il donne le biberon, il sent bien que contrairement à sa femme, il a toute une communication pré-verbale à mettre en place avec cet « inconnu ». La mise en place de liens d'attachement prendra plus de temps.

⁴⁸ (Stern & Bruschweiler-Stern, 2009) Page 143

T. Brazelton a observé tout au long de sa longue carrière les interactions précoces parents-enfant ainsi que les compétences du nouveau-né. Il fut donc amené à se questionner autour de l'attachement.⁴⁹ Il est l'un des premiers à mettre en lumière le rôle actif du bébé dans ses interactions. Il reprend l'idée de D. Winnicott : un bébé seul ça n'existe pas ⁵⁰ (c'est-à-dire sans son environnement, notamment humain).

Les découvertes du XXème siècle ont infirmé l'hypothèse selon laquelle le bébé est neurologiquement vierge et donc façonné par son environnement. Dès les premières minutes de son existence, les comportements orientés du nouveau-né nous font dire qu'il les a appréhendés *in utero*, période où son cerveau se développait déjà. Il est attentif à l'interaction et aux réponses de son entourage après ses manifestations. Le développement du nouveau-né est alimenté par deux sources d'énergie. La première, interne, consiste en des boucles de rétroaction engendrées par l'accomplissement d'un but et un sentiment de compétence. T. Brazelton écrit que « les nouveau-nés semblent s'exercer à des comportements comme s'ils cherchaient à les maîtriser et comme s'ils puisaient dans chaque acte accompli de l'énergie. » ⁵¹ La deuxième, externe, est l'énergie reçue par les stimulations extérieures à l'enfant. Ce comportement face aux stimuli s'organise en un cycle de réception, mémorisation, perturbation par un signal et création d'un nouvel équilibre. L'enfant est programmé depuis sa conception pour rétablir son homéostasie. Il prendra peu à peu conscience de ses capacités d'adaptation qu'il utilisera de manière spontanée et autonome. Tout comme il existe ces deux programmes de gestion des énergies, un programme d'attachement existe.

G. Bruwier rappelle que devenir parent induit une double filiation : l'adulte qui était fille ou fils de devient mère ou père de. Il devient le maillon d'une chaîne passée et future. Cette structure psychique a un rôle d'organisateur mental qui est mis à mal dans la psychose. La filiation est biologique : l'enfant est issu du corps du parent. Elle est aussi culturelle puisqu'elle est reconnue symboliquement par une institution et la Loi. Enfin, la filiation est narcissique : l'enfant serait une version réduite mais à l'identique du parent. Cette dernière dépend de l'imaginaire et de l'affectif passés, du roman familial. Or, la prise de conscience de cette filiation peut faire émerger un passé trop dur ou refoulé. La grossesse détruit les mécanismes de défense et laisse place à la folie. L'identification et les repères sont balayés et l'entrée dans la psychose a lieu. L'échec de la symbolisation laisse place au délire : la réalité devient menaçante et ne fait plus sens pour le sujet.

⁴⁹ (Brazelton & Ajuriaguerra, 2009)

⁵⁰ (Winnicott, Kalmanovitch, & Sauguet, 2018)

⁵¹ (Brazelton & Ajuriaguerra, 2009) Page 174

II- Le dialogue tonico-émotionnel

1) Le tonus

Il est décrit dès 1865 comme un « état de légère tension des muscles au repos » et vient du latin *tonus* signifiant « tension d'une corde » ou du grec *tonos* qui signifie « action de tendre, tension. »⁵² Le Larousse lui donne deux définitions « état de tension permanente dans lequel se trouvent normalement les muscles du squelette » et « dynamisme, vigueur, énergie, ressort. »⁵³ Dans le dictionnaire de psychologie on peut lire que « le tonus est l'état de légère contraction dans lequel se trouvent les muscles, particulièrement les muscles striés. »⁵⁴

Le tonus contribue à la sensation interne de corps propre, à la perception et à la conscience de soi, par ses trois composantes qui s'étayent les unes sur les autres.⁵⁵

- Le **tonus de base** assure la fonction de contenance et « d'enveloppe tonique. » Il permet de se sentir unifié, contenu dans son corps et individualisé tout à la fois. Il influe sur la qualité de présence.
- Le **tonus postural** inscrit l'individu dans un cadre spatio-temporel. Cette activité tonique minimale permet le maintien de postures et de l'équilibre en lien avec la vigilance et l'éveil. Il participe à une tenue aussi bien physique que psychique, elle-même modifiée par des composantes toniques et émotionnelles indissociables.
- Le **tonus d'action** permet le mouvement, la communication infra-verbale et le langage en appui sur le tonus postural. La contraction musculaire est ici phasique pour réaliser une action dans un espace donné.

Enfin le dialogue tonique rend conscient de la relation à l'autre. Par ses variations vibratoires et musculaires, le tonus offre au corps un éventail de modalités expressives et communicationnelles. Ce sont les seules capacités d'expression du nouveau-né. Au gré des rencontres réelles ou imaginaires que l'individu fait, ses modulations toniques s'enrichissent d'affects et de représentations. Henry Wallon (1879-1962), psychologue

⁵² (Möhren, 2016)

⁵³ (Larousse, 2018)

⁵⁴ (Sillamy, 2010) Page 282

⁵⁵ (Scialom et al., 2015, p. 1) Page 173

et médecin français, a souligné que « les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire. »⁵⁶

Suzanne Robert-Ouvray, psychomotricienne et psychologue clinicienne, a élaboré la théorie de l'étayage psychomoteur.⁵⁷ Elle décrit quatre niveaux d'organisation chez l'être humain, qui peuvent aussi être abordés comme les quatre niveaux d'intervention du psychomotricien avec le patient.

- Le premier est le niveau **tonique** au sein duquel le bébé oscille entre une hypertonie de besoins et d'inconfort et une hypotonie d'apaisement et sérénité grâce à l'intervention de ses parents. Le premier couple de l'intégration psychomotrice chez l'Homme est donc celui de l'hypertonie-tension et une hypotonie-détente.
- Le second niveau d'organisation, étayé sur le premier, est celui de la **sensorialité**. En cas d'hypotonie les sensations associées seront le mou, le blanc, le lumineux, le chaud et le doux. Si l'enfant est hypertonique alors il éprouvera les sensations du dur, du noir, du sombre, du froid et du piquant.
- Etayé sur ces deux niveaux, le troisième niveau, l'**affectif**, est renforcé par la langue maternelle. Les parents en nommant ce que ressent l'enfant, se décentralisent de leurs ressentis et l'aide à mettre des mots sur ses variations toniques. L'hypotonie convoquera des affects de plaisir, de satisfaction et de présence parentale, alors que l'hypertonie mobilisera le déplaisir, l'insatisfaction et l'absence.
- Le dernier niveau, celui de la **représentation**, permet à l'enfant une construction progressive de son psychisme pour qu'il conçoive ce qui lui arrive. C'est grâce aux interactions et à la maturation du système nerveux central que le psychisme du bébé peut se mettre en place, indissociablement de son corps d'où émergent tous ses vécus. Lorsqu'il est détendu, le bébé se représente sa mère comme bonne, le bon objet. A l'inverse, s'il est tendu, c'est parce que sa mauvaise mère, le mauvais objet, intervient.

Ces quatre niveaux sont indissociables lors des premières expériences du bébé, tous s'influencent. L'expérience de vécus strictement opposés permettra à l'enfant d'acquérir peu à peu une ambivalence pour chaque niveau. Vers six mois, le bébé commencera à pouvoir moduler les actions de ses muscles agonistes et antagonistes pour trouver un équilibre tonique. Au niveau sensoriel, il synthétisera le tendre et le tiède. Affectivement,

⁵⁶ (Wallon, 1942)

⁵⁷ (Robert-Ouvray, 2015)

il domptera ses frustrations et ses désirs dans un environnement qui répond à ses besoins primaires où il se sent sécure. Il se représentera que la bonne-mère et la mauvaise-mère ne sont en fait qu'une seule et même personne. Penser l'autre entier l'amènera à se représenter lui-même comme un Moi unifié, une unité psychosomatique.

La tonicité corporelle permet de se jauger soi-même. L'hypertonie est souvent désagréable car associée à de la colère ou de la peur. Mais elle peut aussi être un signal de joie et de plaisir. L'hypotonie communément attribuée à la détente et à la tendresse est plus mal vécue quand elle intervient dans la tristesse et la fatigue.

Le tonus de l'autre nous parvient également par deux canaux sensoriels. La vision associe dès le premier regard une sensation, un affect et une représentation à l'attitude de quelqu'un. De même quand nous serrons la main d'un inconnu, sa fermeté ou sa mollesse changeront notre expressivité psychocorporelle. Nous ne le connaissons pas grâce à ces premiers contacts mais nous adapterons nos réponses aux impressions qu'il nous aura laissées.

Cette communication infra-verbale se traduit dans les postures, les mouvements et les vibrations corporelles selon les variations toniques. Le bébé par sa tonicité donne des informations à l'adulte qui le porte. Il peut être tendu, raide, résistant, se repousser en arrière, régurgiter, pleurer sans parvenir à se calmer malgré les interventions de l'adulte. Celui-ci ressent alors de l'incompréhension, de l'impuissance, de l'anxiété voire du rejet face à son échec d'apaiser ce bébé qu'il mettra seul à distance pensant qu'il se calmera mieux ainsi. Des sentiments de culpabilité équivalents peuvent apparaître lorsque l'enfant coule dans les bras. Il est hypotonique, ne cherchant ni le regard ni la relation, ce qui angoisse et décourage le parent. Les extrêmes toniques instaurent chez l'interlocuteur un malaise. Un accordage n'est pas possible avec cet enfant qui sans régulation tonique ne peut accéder à un équilibre sensoriel, affectif puis représentationnel. Un bébé avide, captant le regard, attiré par son entourage, qui est modelé par le portage de l'adulte qui lui-même s'adapte au bébé devient acteur d'un dialogue tonique où le parent se trouve confiant dans ses capacités à s'occuper de son enfant : à lui donner, à recevoir et à échanger en toute empathie et en toute confiance. Un bébé en éveil calme, sécure physiquement et psychiquement, disponible pour l'interaction, est légèrement tonique et a des mouvements pour favoriser la relation. Un trouble hypo ou hyper tonique peut traduire des difficultés relationnelles dans la dyade. S. Robert-Ouvray réaffirme que « la tonicité se sent, se ressent, se transmet. »⁵⁸

⁵⁸ (Scialom et al., 2015) Page 177

2) Les émotions

L'émotion désigne un trouble moral en 1475 et vient du latin *motio* signifiant « mouvement, trouble, frisson (de fièvre) »⁵⁹. Le Larousse la définit comme « un trouble subit, agitation passagère causés par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie... » ou bien « une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement »⁶⁰. Le dictionnaire de psychologie indique que « l'émotion est une réaction globale, intense et brève, de l'organisme à une situation inattendue, accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable. La peur, la colère, la tristesse, la joie, la répulsion, la stupéfaction sont des émotions dites "universelles" ou "primaires" ; la jalousie, la culpabilité, l'embarras sont des émotions dites "sociales" ou "secondaires" ». Le neurobiologiste Antonio Damasio (1999) distingue en outre des émotions « "d'arrière-plan", comme le bien-être, le malaise, le calme, la tension. »⁶¹

Elle est à distinguer de l'affect qui est « un aspect inanalysable et élémentaire de l'affectivité, différent de l'émotion qui en est la traduction neurovégétative et des sentiments plus élaborés »⁶². Mais également du sentiment qui est lui défini comme « un état affectif complexe, combinaison d'éléments émotifs et imaginatifs, plus ou moins clair, stable, qui persiste en l'absence de tout stimulus »⁶³.

D. Winnicott a décrit deux interactions particulièrement présentes dans les premiers liens mère-bébé⁶⁴. Le premier, le *holding*, pourrait être traduit par « portage ». C'est la façon de tenir et de contenir son bébé aussi bien physiquement que psychiquement ; de le maintenir de façon sécurisée dans ses bras et de façon saine dans son esprit grâce à la préoccupation maternelle primaire. Le second, le *handling*, concerne la manière de prendre soin de l'enfant, la façon dont il est manié et traité au quotidien. Les soins prodigués permettent à l'enfant de sentir son corps et donc lui-même dans des modalités de plaisir. La mère suffisamment bonne est donc une figure qui peut subvenir physiquement et psychiquement aux besoins du bébé pour qu'il survive.

La sécurité de base peut aussi être abordée d'un point de vue moteur comme « une disposition interne fondamentale pour une expression sereine, posée et efficace de

⁵⁹ (Möhren, 2016)

⁶⁰ (Larousse, 2018)

⁶¹ (Sillamy, 2010) Page 103

⁶² (Sillamy, 2010) Page 10

⁶³ (Sillamy, 2010) Page 255

⁶⁴ (Lefèvre, 2011) Page 32

la vie qui se met en place et se développe tout au long de l'existence, de la fécondation (et peut-être avant ?) jusqu'à la mort »⁶⁵. *In utero*, la réceptivité aux stimuli affectifs se développe et crée une réaction, une réponse et un engramme chez le fœtus. Ces expériences utérines s'impriment dans la conscience primitive sous forme d'empreintes sensorielles. Les circuits neuronaux créés seront réempruntés durant les expériences affectives futures et participeront à la sécurité de base si les événements originaux étaient positifs. La mère doit être disponible physiquement et psychiquement pour répondre affectivement à son enfant durant la période de communication prénatale. Peu à peu l'altérité et l'individualité de chaque protagoniste émerge. Le droit de se sentir exister permettra à l'enfant de sentir son corps puis la conscience de soi, de l'autre et de son autonomie. La naissance est la rencontre riche en émotions des parents et de leur bébé, au terme d'un travail physique et psychique intense. Deux éléments fondamentaux sont déterminants pour la mise en place de la sécurité de base. Le passage de l'état anti-gravitaire liquide *in utero* à l'état gravitaire aérien est vécu comme une épreuve par l'enfant. Il doit être tenu, contenu, enroulé et rassemblé sereinement sur un support, le plus souvent la mère. Il ne doit pas se sentir tombé ni se sentir oppressé, sinon il s'alarmera pour contrer cette sensation d'insécurité (en bougeant en permanence, en s'agrippant, en adoptant une hypotonie ou une hypertonie). Le passage d'un espace fermé et contenant à un espace ouvert et sans limites doit aussi être appréhendé par le bébé. Cette nouvelle situation peut provoquer chez lui des angoisses archaïques de morcellement, de liquéfaction, palliées par un portage soutenant et unifiant par le peau à peau. La peau relie et cadre les corps, les confondant et les distinguant tout à la fois. Geneviève Haag, psychologue française contemporaine, insiste sur « l'association du contact-dos avec interpénétration du regard et l'enveloppe sonore porteuse de modulations à fort message émotionnel » comme première « peau-psychique »⁶⁶.

Porté physiquement et psychiquement par sa mère, l'enfant se sent soutenu sur elle car il se sent reçu et il peut s'appuyer sur elle pour aller vers l'extérieur. La contenance et le rassemblement de l'enfant compensent un portage et des limites utérines qu'il n'a plus et qui le sécurisaient. Durant le portage, il est primordial d'être vigilant à l'appui tête (sous-occipital), au soutien de tout le corps via la colonne mais spécialement du bassin. Le tout petit sera confiant s'il perçoit son axe et la continuité de son être. S'il peut physiquement lâcher prise, se poser et prendre appui, alors psychiquement il prendra confiance en lui et en l'autre. Le contact corporel et affectif qui suit la naissance impacte grandement son développement psychomoteur et son sentiment de sécurité. Ce

⁶⁵ (Coeman & Raulier H de Frahan, 2012)

⁶⁶ (Haag, 1988)

remaniement affectif a aussi lieu au sein du couple, qui devient parent et même famille avec l'arrivée du premier enfant. Les parents adoptent leur rôle de mère et de père au-delà de la fonction nourricière. Les interactions paternelles atténueront la symbiose du couple mère-enfant dans une sécurité plus dynamique et motrice que la sécurité maternelle statique et contenant. Le nouveau-né a besoin de se sentir sûr dans les soins qui lui sont apportés et dans son climat relationnel. Cependant, nous ne pouvons contester le fait que ce besoin de sécurité nous anime tous jusqu'à la fin de notre vie, il contribue à notre bien-être. L'enracinement, tant physique que psychique, ne peut croître que dans le terreau fertile de la sécurité de base. L'axe émerge d'un noyau et permet de dompter la pesanteur, de développer une motricité axiale puis périphérique si l'environnement est adapté et soutenant. Cet enracinement fondamental au développement de l'enfant est particulièrement observable en psychomotricité. La sécurité de base est un état de sûreté qui existe depuis la fécondation et qui perdure dans la qualité interactionnelle de la dyade. Le bébé peut exister tel qu'il est grâce à son noyau de sécurité de base. Cette dernière comprend aussi une dynamique de sécurité qui va se traduire par le désir de découvrir, de se confronter, de s'exprimer, d'agir de façon autonome, d'être unique... C'est son vecteur moteur. La sécurité de base est la structure d'appui essentielle pour le développement psychomoteur et l'attachement.

3) Le dialogue tonico-émotionnel

Le dialogue est usité dès 1200 pour définir « un entretien entre deux ou plusieurs personnes », il vient du latin *dialogus* ou du grec *dialogos*⁶⁷. Le Larousse le définit comme « une conversation entre deux ou plusieurs personnes sur un sujet défini ; contenu de cette conversation ; entretien, discussion », « dans une œuvre littéraire ou théâtrale, ensemble des paroles échangées entre les personnages ; dans les scénarios de film, texte dit par les personnages en action », « discussion entre personnes, entre partenaires ou adversaires politiques, idéologiques, sociaux, économiques, en vue d'aboutir à un accord ; conversations, pourparlers », enfin « alternance du chant entre deux solistes, ou un soliste et un chœur, ou deux chœurs ; échange entre plusieurs instruments »⁶⁸.

Le dialogue tonique, terme de J. De Ajuriaguerra, est le mode de communication privilégié entre la mère et son bébé et passe par « des regards, des sourires, des

⁶⁷ (Möhren, 2016)

⁶⁸ (Larousse, 2018)

touchers, des vibrations et des mimiques émotionnelles »⁶⁹. Il convoque la sympathie, le tonus de l'un se transmet à l'autre, tout comme leurs émotions se partagent. *Sympathia* signifie en latin accord et en grec *sympatheia* désigne la communauté de sentiments. Elle est à distinguer de l'empathie qui consiste à rejoindre l'autre pour le comprendre puis à revenir à sa place. La conscience de soi nécessaire à l'empathie commence vers 2 ans et la réversibilité psychique vers 10 ans. Les échanges toniques plus ou moins inconscients passent par le corps et le visage, les modulations de la voix, des gestes, du regard, les silences, les postures, les saisies, les soins quotidiens, le portage. Lorsqu'une intentionnalité est donnée à l'interaction par l'adulte, alors il teinte consciemment son dialogue corporel avec le bébé. Un espace-temps relationnel est créé si une harmonie s'instaure. Sinon, des difficultés apparaissent en cas de perméabilité émotionnelle parentale ou de troubles toniques préétablis chez l'enfant. Le dialogue tonique s'enrichit par la maturation du système nerveux central et la qualité des interactions. Apaiser les tensions chez un bébé se fait le plus couramment sur un mode vibratoire : en tapotant son dos, en mettant des mots sur ses ressentis, en chantonnant, en le berçant avec tendresse. Ce retour au calme par la consolation de ses pleurs lui fait éprouver un équilibre tonique vers lequel il tendra au gré de ses expériences. Le temps de latence trop important entre la détresse de l'enfant et la réponse du parent, parfois inexistante ou violente, sont générateurs d'hypertonies dangereuses. L'ajustement tonique recherché se fait sur un mode vibratoire via quatre modalités décrites par H. Wallon. Il utilise le terme dialogue tonico-émotionnel pour exprimer que « l'émotion de l'un devient l'émotion de l'autre »⁷⁰. Il est très analogue à la théorie de l'étagage psychomoteur de S. Robert-Ouvray et pose l'hypothèse d'un dialogue tonique *in utero*.

- Le premier lien est **tonique** et se réalise par le **porter**. C'est par le sens tactilo-kinesthésique qu'il s'établit lors du portage, du couchage et des soins. La mère arrondit ses bras pour soutenir, bercer et apaiser le bébé. Le père a des mouvements plus amples et stimulants : c'est un dialogue phasique.
- Le lien **sensoriel** se fait par le **palper**, un premier lien d'attachement tactile avec le bébé. Lors des contacts physiques avec lui, le parent tend vers des justes stimulations pour ne pas troubler son équilibre tonique, en étant tendre et respectueux. Les bébés préfèrent bien souvent un contact progressivement appuyé et ferme à un contact appuyé mais brusque et agressif ou léger, hésitant et furtif. Le premier permet une conscience corporelle et donc un abaissement tonique alors que les seconds effraient.

⁶⁹ (Scialom et al., 2015, p. 1) Page 178

⁷⁰ (Wallon, 1942)

Une stimulation sensori-tonique adaptée rend conscient des systèmes osseux, musculaire, peaucier et invite à se mouvoir.

- Le lien **affectif** se noue par le **parler**, le sens donné à l'état tonique de l'enfant par son parent. Il essaie de rejoindre son bébé dans ce qu'il vit pour subvenir au mieux à ses besoins. Ceci nécessite un temps d'adaptation et de considérer l'individualité de son enfant.
- Le dernier lien, celui de la **pensée**, s'établit en pensant pour l'enfant tout en désintoxifiant son vécu. Bion parle de fonction alpha du parent qui apaise l'enfant par des mots, des gestes et lui permet d'intégrer ses vécus sans angoisse. Les vécus toniques, sensoriels, affectifs et **représentatifs** qui effraient l'enfant sont nommés béta⁷¹. L'étayage psychomoteur varie selon les personnes avec qui l'enfant est en lien dans un cadre spatio-temporel donné.

La vision holistique de l'humain de J. De Ajuriaguerra l'amène à favoriser un suivi pluridisciplinaire pour toutes les dimensions constitutives de l'Homme. Dans un article, il présente l'attachement d'un point de vue neuropsychologique, issu de ses années de professorat à la Chaire de Neuropsychologie du Développement au collège de France.⁷² Des travaux avaient été entrepris afin de montrer l'intrication entre l'évolution posturo-motrice du nourrisson et l'émergence d'une communication précoce. J. De Ajuriaguerra rappelle que J. Piaget et H. Wallon ont très tôt noté dans leurs travaux ontogénétiques l'influence de la posture pour les développements physique et psychique de l'enfant. J. Piaget attribue à l'émergence tonico-posturale un rôle dans la genèse représentative, en particulier dans l'aspect figuratif de la pensée. H. Wallon a montré l'importance de la « fusion affective primitive »⁷³ s'exprimant via des échanges tonico-émotionnels et posturaux pour le développement de l'individu. Il nomme ce dialogue pré-verbal « dialogue tonico-émotionnel » alors que J. De Ajuriaguerra emploie le terme « dialogue-tonique ». Ce dernier écrit d'ailleurs « nous accordons une très grande importance aux modifications toniques et posturales "réciproques" des premières interrelations, les considérant comme des premiers modes d'attachement »⁷⁴.

D'après J. De Ajuriaguerra, les états d'hypotonie de l'enfant (exprimant son bien-être) et d'hypertonie (signalant son mal-être) sont des moyens de communications interprétés par les parents pareillement aux sourires, pleurs, cris, regards. *In utero*, l'enfant perçoit les phases de tension et de détente de sa mère tout en restant

⁷¹ (Bion, 1979)

⁷² (Ajuriaguerra, Joly, & Labès, 2010)

⁷³ (Ajuriaguerra et al., 2010) Page 271

⁷⁴ (Ajuriaguerra et al., 2010) Page 271

indépendant. La mère aussi se représente un être autonome en mouvements. Après la naissance, alors que l'espace pourrait être infini, l'enfant est limité par le cadre des vêtements ou des bras qui le portent. L'ajustement de la dyade émerge progressivement, avec plus ou moins de difficultés, grâce à des suggestions de la mère ou de l'entourage. Cette adaptation réciproque mère-enfant permet une dépense d'énergie mutuelle et minimale dans les échanges, en particulier lors de l'allaitement et du portage. Au gré de ces expériences posturales, la dyade va s'approprier. L'enfant se sentant accueilli par la mère se laissera aller à la détente et la mère percevant que l'enfant donne son poids par son relâchement tonique, vivront des harmonies posturales plaisantes. Ces interactions de contenant et de contenu indissociés s'établissent dans la confiance et la proximité.

Le dialogue tonique varie selon les particularités psychocorporelles expressives et interprétatives de la mère et de son bébé. J. De Ajuriaguerra le définit comme « le processus d'assimilation, et surtout d'accommodation, entre le corps de la mère et le corps de l'enfant ; l'enfant tenu par la mère est palpitant très précocement dans un échange permanent avec les postures maternelles ; par sa mobilité, il cherche son confort dans les bras qui le maintiennent »⁷⁵. L'enfant change de posture pour être confortable, pour se réguler, pour se rapprocher et pour communiquer. Parfois, il exécute uniquement des mouvements innés sans signification pour lui que l'adulte interprète et adapte son maintien. Dans les deux cas une accommodation réciproque est réalisée par les protagonistes. Peu à peu l'enfant utilisera des attitudes et des expressions de façon intentionnelle en attente d'une réponse particulière de l'adulte qui modifiera également sa communication. J. De Ajuriaguerra note que l'attachement dans la relation précoce mère-enfant est impacté par la modification au cours du temps de besoins et d'expressions nécessaires à la fois à la survie et à la communication.

Le dialogue tonique pré-verbal passe par l'oralité, les cris-pleurs, les sons, le regard, le sourire, le rire, les manifestations motrices. Ces éléments, à travers les échanges parents-enfants, donnent accès à une mutualité et au dialogue tonique puis verbal. Les mécanismes expressifs de l'enfant se manifestent très tôt mais de manière non intentionnelle. L'adulte y donne très vite du sens ce qui incite l'enfant à orienter ses comportements. Le décodage de signaux posturo-moteurs réciproques est une forme de discours pré-verbal. Les éthologues ont décrit ces expressions qui permettent une communication entre congénères. Chez l'Homme également des *patterns* innés puis ritualisés de menace ou d'apaisement ont été mis en valeur. Le regard du bébé est le

⁷⁵ (Ajuriaguerra et al., 2010) Page 272

principal déclencheur de communication pour la mère au début de la vie. C'est le canal qui permet le plus d'ajustements corporels de la mère quand elle porte son bébé et qu'elle l'envisage déjà comme un être communiquant, par son corps et son visage.

4) Les interactions précoces

« Une interaction est l'influence réciproque de deux phénomènes, de deux personnes, avec les notions de réciprocité et d'interdépendance »⁷⁶. Il y a trois niveaux d'échanges entre le nouveau-né et sa mère qui reprennent de nombreuses modalités que nous avons pu aborder dans la théorie de l'attachement.

- Les interactions précoces comportementales : ce sont les échanges réels et observables chez la mère et son bébé via les trois canaux sensoriels suivants :
 - **Les interactions corporelles** : elles comprennent le *holding* et le *handling* de D. Winnicott ainsi que le dialogue tonico-émotionnel de Julian de Ajuriaguerra. Par le maternage et le dialogue tonique, la mère et son enfant ne font qu'un.
 - **Les interactions visuelles** : c'est un mode de communication privilégié par le regard. D. Winnicott parle de miroir pour décrire cette réciprocité dont le nourrisson se détachera pour établir une « image de soi » distincte de l'image maternelle.
 - **Les interactions vocales** : le seul canal d'expression des besoins et désirs du bébé. Face au langage de cris et de pleurs de l'enfant, sa mère développe le baby-talk, une modification prosodique naturelle du timbre de la voix et du langage⁷⁷. J. Bowlby considérait le « cordon ombilical acoustique » comme majeur pour l'attachement.
- Les interactions précoces affectives : elles désignent le climat émotionnel ou affectif des interactions. D. Stern parle « d'accordage affectif » ou « d'harmonisation affective » entre la mère et son enfant. L'enfant extraira progressivement des sentiments de la tonalité affective des échanges.
- Les interactions précoces fantasmatiques : les vies psychiques de la mère et son bébé s'influencent aux niveaux imaginaires, conscients, fantasmatiques et inconscients. Serge Lebovici⁷⁸ (1915-2000), psychanalyste et pédopsychiatre français, et Bertrand Cramer⁷⁹, psychanalyste et pédopsychiatre suisse contemporain, soulignent la primauté des fantasmes de la nouvelle accouchée.

⁷⁶ (Scialom et al., 2015, p. 1) Page 102

⁷⁷ Soderstrom 2007

⁷⁸ (Lebovici, Mazet, & Visier, 1989)

⁷⁹ (Cramer, 1989)

Clinique

« On n'est heureux dans l'objet de son attachement que lorsqu'on a vécu beaucoup de jours, et surtout beaucoup de mauvais jours avec lui. »

François René de Chateaubriand dans Génie du christianisme en 1802 ⁸⁰

⁸⁰ (Chateaubriand & Migneret, 1802)

I- L'Unité d'Hospitalisation Mère-Bébé

La première Unité d'Hospitalisation Mère-Bébé (UHMB) a vu le jour en Angleterre en 1959. Des travaux comme ceux de R. Spitz sur les conséquences de la séparation mère-enfant sur ce dernier ont permis une prise de conscience du monde de la santé. Le lien unissant une mère et son enfant, aussi instinctuel paraît-il, peut être mis à mal et nécessiter des soins. Cet accompagnement prend tout son sens lors d'un travail conjoint avec les deux protagonistes. Dans cette perspective, la première UHMB française a ouvert en 1979. Elles sont actuellement 22 unités à temps plein en France, ce qui est malheureusement insuffisant en comparaison à la demande. Certains services d'hôpital de jour accompagnent des dyades, d'une façon moins globale et continue. Ces services peuvent appartenir à un inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile (comme mon lieu de stage), médico-social ou psychiatrique.

L'UHMB évite la séparation et permet de travailler de façon plus approfondie la relation mère-bébé. Elle vise un accompagnement préventif et thérapeutique des liens précoces mère-nourrisson. Pour cela, elle offre un cadre étayant à des parents en difficulté de façon à leur (re)donner des responsabilités graduellement. Ce cadre de soins vise à prévenir les risques psychopathologiques chez le bébé : des troubles peuvent rendre difficile l'instauration de liens précoces harmonieux entre les parents et leur enfant, ce qui peut retentir sur le développement cognitif et psychique de ce dernier. Nous pouvons ajouter que ces difficultés relationnelles impactent également le développement psychomoteur. La structure de l'UHMB a aussi pour objectif de soigner les troubles psychiques maternels qu'ils soient antérieurs à la grossesse (antécédents psychiatriques avec diagnostic avéré) ou consécutifs à la naissance (dépression du *post-partum*). Ce dispositif s'inscrit dans un réseau de soins multidisciplinaires en amont et en aval de l'hospitalisation. Les partenaires de l'UHMB sont variés : Aide Sociale à l'Enfance (ASE), associations d'insertion sociale, Centres Médico-Psychologiques (CMP) adultes et enfant, centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), médecins généralistes, psychiatres, services hospitaliers somatiques et psychiatriques, crèches, Centre d'Hébergement d'Urgence, foyers maternels, relais parentaux, maternités...

L'UHMB dans laquelle s'est déroulé mon stage deux jours par semaine cette année fut créée au début des années 90. Elle regroupe une équipe pluridisciplinaire ce qui permet un accompagnement global des patients : pédopsychiatres, internes, infirmières, infirmières puéricultrices, auxiliaires de puériculture, psychomotricienne, assistante sociale, pédiatre, Agent des Services Hospitaliers (ASH), secrétaire... Elle peut

accueillir cinq mères et six bébés (en cas de grossesse gémellaire) mais également les familles lors des visites. L'accueil peut se faire jusqu'à un an de l'enfant c'est-à-dire avant l'établissement des liens d'attachement. C'est un service d'hospitalisation libre telle qu'elle peut être définie dans l'article L 3211-1 du Code de la Santé Publique. Le principe que cet article induit une double protection : l'hospitalisation est impossible sans consentement et si consentement il y a, l'hospitalisation est toujours libre⁸¹. Le consentement doit être réel, libre et éclairé, après l'évaluation d'un médecin. Pour les majeurs incapables, l'hospitalisation peut avoir lieu avec l'accord du tuteur qui est considéré comme demande d'un tiers. La sortie se fait donc sur avis médical ou sur volonté du patient mais avec signature d'une décharge s'il n'y a pas d'avis médical, afin que l'hôpital ne soit pas considéré comme responsable en cas de problème. Le Conseil d'État en 1997 autorise à garder un patient hospitalisé s'il présente un danger, le temps de faire une demande d'hospitalisation d'office. L'enfant est dans le service au-delà de l'unique hospitalisation de la mère, c'est une particularité de l'UHMB. Dans le cas des mineurs, l'hospitalisation est conditionnée par l'accord des deux parents ou du tuteur. Si les parents sont en désaccord, la décision revient au juge. C'est parfois le cas à l'UHMB où des Informations Préoccupantes (IP) ont pu être rédigées avant ou pendant l'hospitalisation. De surcroît, la responsabilité de l'enfant revient un peu plus au service qu'aux parents en cas d'IP avec une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP). Le juge des enfants décide alors des modalités de responsabilité et d'hospitalisation.

L'hospitalisation se décline en plusieurs temps. Tout d'abord une demande d'admission est envoyée à la pédopsychiatre. Elle peut être faite par la patiente, par un médecin psychiatre, par une maternité... Après réception et rapide analyse de la compatibilité de la demande, un rendez-vous de pré-admission est proposé à la patiente. La mère peut venir seule ou avec sa famille (souvent le père), durant la grossesse ou après l'accouchement selon le moment de la demande. Lors de cet entretien, une ou deux soignantes sont présentes ainsi que le médecin et éventuellement les partenaires ayant posé l'indication. Un éclairage de la demande est réalisé auprès de la patiente et des partenaires ainsi qu'une anamnèse qui sera approfondie et retravaillée durant l'hospitalisation. Le médecin expose alors son avis quant à la pertinence d'une hospitalisation basée sur la faisabilité des perspectives de travail du lien. Les modalités de l'hospitalisation sont expliquées : l'enfant dort séparé de sa mère dans la nurserie, la patiente a des permissions de sortie 2 heures par jour puis jusqu'à 48 heures si cela est jugé possible. Les horaires de visites pour les familles sont de 13h00 à 20h00. Une demande de stabilité de la patiente peut nécessiter son hospitalisation en service de

⁸¹ (*Code de la santé publique*, 1994)

psychiatrie adulte avant d'entrer à l'UHMB avec son bébé... Une visite du service est réalisée avec les soignantes présentes à l'entretien. L'inquiétude de la mère concerne souvent le fait de dormir séparée de son enfant ainsi que la durée de l'hospitalisation, notamment lorsqu'il y a des aînés à la maison. Le médecin souligne que l'hospitalisation sera un moment transitoire et temporaire mais que nous ignorons la durée de ce sas (de quelques semaines à quelques mois). À la suite à cette première rencontre, une date d'admission est proposée aux parents selon les places libres dans le service, la date éventuelle de la naissance et la file active. L'accord des deux parents doit être recueilli pour acter l'admission. Le jour de l'admission, un nouvel entretien est réalisé avec les mêmes soignants, si possible, ainsi que la famille venue aider à l'installation. Un projet de soin individualisé est alors écrit pour la patiente et son enfant de façon conjointe. Cette esquisse est évidemment muable et orientera l'hospitalisation selon l'évolution des interactions. La première semaine d'hospitalisation, les dyades sont observées de façon neutre pour accueillir l'individualité de chaque protagoniste et de ses interactions en deçà des repères théoriques des soignants. Deux référentes infirmières et une référente infirmière puéricultrice sont attribuées à la dyade afin de faire le lien entre les entretiens médicaux auxquels elles assisteront et l'équipe infirmière qui est témoin des interactions quotidiennes. Des entretiens médicaux individuels et familiaux peuvent avoir lieu plusieurs fois par semaine à la demande de la patiente ou du médecin. Des soins à médiation corporelle peuvent être proposés par les infirmières ou la psychomotricienne pour les bébés (massages, emmaillotage) et les mamans (massages, enveloppement). Des groupes thérapeutiques sont réalisés de façon hebdomadaire par les infirmières et les infirmières puéricultrices : photolangage et cuisine pour les mamans, comptines pour les dyades... La psychomotricienne réalise un groupe d'éveil corporel et de relaxation pour les mamans deux fois par semaine.

L'UHMB est un dispositif intégré dans un réseau coordonné médical, social, judiciaire, en amont, pendant et en aval de l'hospitalisation. Durant le séjour hospitalier, le suivi des troubles psychologiques et/ou psychiatriques de la mère est réalisé par une consultation psychiatrique avec les médecins et un traitement médicamenteux. L'enfant est suivi et soutenu afin qu'il se développe harmonieusement grâce à l'accompagnement quotidien des infirmières et l'éclairage de la psychomotricienne présente deux jours par semaine. Une présence infirmière dans les soins quotidiens du bébé permet à sa mère de l'appriivoiser progressivement. Il est d'ailleurs fréquent qu'au début de l'hospitalisation d'une dyade le relais soit totalement passé à l'équipe infirmière et que progressivement la mère appriivoise à nouveau son bébé selon ses capacités et sa stabilité psychique. L'UHMB a à cœur de maintenir les liens familiaux notamment avec le père et la fratrie de

l'enfant. Des temps d'accueil thérapeutique sont alors proposés aux familles, en particulier lors de la journée des pairs qui se déroule une fois par mois. Des infirmières et la psychomotricienne restent à l'unité et proposent un atelier avec les familles (pères, aînés, grands-parents, oncles et tantes) de massage ou de comptines pour le bébé. Pendant ce temps, les mamans sont en sortie avec deux autres infirmières : cinéma, musée, ballade, piscine... La fin de l'hospitalisation a lieu en collaboration avec les partenaires extérieurs aidant la famille.

II- La psychomotricité à l'Unité d'Hospitalisation Mère-Bébé

La psychomotricienne est depuis trois ans dans le service et depuis six ans était une personne ressource. Elle se déplaçait à la demande de l'équipe si un bébé présentait des difficultés de développement ou si le lien corporel était à travailler en dyade. Elle est maintenant présente deux jours par semaine : le lundi, jour des synthèses, ainsi que le vendredi. Ceci lui permet d'accompagner les mamans et leur bébé plus régulièrement. Cependant, une difficulté majeure est l'absence de salle de psychomotricité dans l'unité. Les séances ont donc lieu dans la salle commune qui est aménagée selon les besoins, notamment avec des tapis. Une grande faculté d'adaptation est nécessaire puisque l'intervention sur un lieu de vie implique un cadre moins immuable. Il faut exercer en prenant en compte le rythme de vie des bébés (siestes, biberons), des mamans (rendez-vous médicaux, permissions), de l'institution (réunions, effectifs infirmiers réduits)...

1) Pour les mamans

Le groupe éveil corporel et relaxation se déroule tous les lundis et vendredis matins dans la pièce commune. Il est porté par la psychomotricienne et moi-même quand je suis présente. L'équipe soignante est prévenue afin que les bébés soient accompagnés. Ceci est également convenu avec les mamans qui savent que le relais est établi en cas de besoin de leur enfant. Ils peuvent rester au tapis, la psychomotricienne et moi-même pouvons avertir l'équipe soignante si le bébé demande autre chose que jouer ou être porté dans nos bras. Il est demandé à l'équipe soignante d'être discrète concernant les passages et le volume sonore. Une musique douce contribue à la détente. Le changement régulier des patientes amène un ajustement aussi bien du thérapeute que du groupe ; ce remaniement apporte de nouvelles interactions.

Dans un premier temps, un éveil corporel est proposé : des matelas sont installés au sol et les participantes se mettent pieds nus. La psychomotricienne propose des mobilisations articulaires et des étirements musculaires, que les mamans réalisent en imitations. Ceci favorise la conscience corporelle fragilisée par leur pathologie psychiatrique, aussi modifiée durant la grossesse et l'accouchement. La plupart des mobilisations sont articulaires mais à la différence d'un accompagnement en kinésithérapie un point de vigilance est porté sur les ressentis. Si les patientes éprouvent des difficultés à exprimer leur vécu, elles peuvent écouter voire s'inspirer de celui des autres. Les mouvements se font d'abord debout puis assises au sol. Un temps d'interaction par deux est ensuite proposé. Assises en tailleur, elles se passent chacune leur tour une balle à picots dans le dos. On les encourage à communiquer afin d'insister aux endroits douloureux pour leur partenaire. Ensuite, dos à dos, elles se balancent et doivent trouver un accordage rythmique avec leur partenaire. Ceci mobilise leur dialogue tonico-émotionnel et leur vécu, quand elles étaient elles-mêmes bercées enfant.

Ensuite un temps de relaxation inspiré de la méthode Soubiran ⁸² a lieu. Les mamans s'installent confortablement sur des matelas en mousse, avec des couvertures si elles ont froid et des coussins d'allaitement sous les genoux et la tête si elles sont douloureuses. Elles ont souvent des douleurs lombaires suite à la péridurale. Leur bien-être doit primer pour qu'elles perçoivent l'émergence de messages corporels et qu'elles soient attentive aux propositions. Si une maman veut arrêter ou se manifester durant la relaxation elle le peut. Il est proposé aux mamans de s'allonger et de fermer les yeux, si possible. Un scanner corporel de la tête aux pieds leur permet de parcourir mentalement leur corps et leurs points d'appuis, ce qui convoque la réalité matérielle de leur corps et de leurs ancrages. Un point d'honneur est également donné à la relaxation pour favoriser la détente. Des mobilisations passives de la méthode Soubiran sont réalisées avec leur accord. Elles seront suivies d'un temps sans induction durant lequel elles seront attentives aux ressentis de leur corps posé sur le sol, au son d'une musique relaxante. Au moment de la reprise, les patientes peuvent bouger les extrémités et ouvrir les yeux quand elles le souhaitent puis s'asseoir en passant par le côté.

Après la reprise, une verbalisation des ressentis a lieu autour d'un thé de façon orale ou après la production d'un dessin. Cette phase plus expressive et intime est soutenue par les thérapeutes qui sont attentifs à l'émergence ou non de mots et à leur éventuelle similitude avec les autres ressentis des membres du groupe. Cette partie permet de

⁸² (Soubiran, Coste, & Mucchielli, 1975)

noter le degré d'individualité ou de collage des mamans ainsi que leur capacité à exprimer leurs ressentis corporels ou émotionnels.

Le groupe a divers objectifs. Il offre un espace-temps de détente pour les mamans, indépendamment de leur bébé, et ainsi un repère de l'écoulement de la semaine. Les propositions dynamiques et relaxatrices servent à éprouver le relâchement tonique. Elles permettent de prendre conscience de son corps : ses appuis, son axe, ses tensions, sa détente. Les interactions groupales favorisent la verbalisation des ressentis corporels.

La psychomotricienne propose également aux mamans des touchers thérapeutiques individuels du dos. Elle installe alors sa table dans une pièce inoccupée pour un moment agréable où on s'occupe d'elles. Le toucher mobilise les représentations corporelles de la patiente, tant son corps réel que libidinal et affectif. Le système peau est sollicité ce qui renforce la perception et les limites corporelles qui sont mises à mal dans la psychose.

2) Pour les bébés

Des temps au tapis ont lieu pour accompagner les bébés dans les acquisitions de leur développement psychomoteur. La psychomotricienne et moi-même essayons de convier les mamans le plus souvent possible afin de mettre en exergue les progrès et les capacités de leur nourrisson. Elles sont souvent étonnées et admiratives de découvrir à quel point leur enfant est compétent. La psychomotricienne réalise des activités ludiques pour éveiller le bébé lors desquelles la maman est sollicitée : hamac, gros ballon... Nous tentons de comprendre les habitudes motrices, posturales, sensorielles, toniques de chaque enfant. Si elles se rapprochent du pathologique, nous réfléchissons à leurs facteurs de cause, de maintien et de disparition. Nous proposons alors des systèmes de compensation et des aménagements qui sont ensuite communiqués à l'équipe. Les observations des infirmières sont précieuses pour comprendre le fonctionnement du bébé et les interactions qu'il a avec sa maman.

Les moments informels comme le change, le bain, l'endormissement ou le repas sont des moments de la journée où la psychomotricienne peut aussi sensibiliser les mamans au développement psychomoteur de leur bébé. Notamment durant le biberon où le portage est souvent inadapté et rend cette narration de plaisir, comme le décrit A. Bullinger ⁸³, une épreuve pour la dyade. Nous soutenons en expliquant à la maman

⁸³ (Bullinger & Delion, 2004) / (Bullinger & Delion, 2015)

qu'elle doit être elle-même bien installée et détendue pour pouvoir porter son enfant, en lui apportant des soutiens posturaux comme un coussin d'allaitement pour être à l'aise. Nous sensibilisons au portage grâce à un poupon, que nous portons pour montrer aux mamans des alternatives aux portages coulants ou en lévitation que nous observons.

Des touchers thérapeutiques sont proposés au bébé et réalisés par la maman. La psychomotricienne se place à ses côtés et démontre les gestes sur un poupon. Ceci permet un contact corporel pour la dyade, grâce au dialogue tonico-émotionnel. Ce n'est pas un échange unilatéral, les mères d'origines africaines peuvent partager les gestes de massages qui leur ont été transmis : leur passé d'enfant, de sœur et de fille est convoqué.

Enfin la psychomotricienne est formée au Bilan Sensori-Moteur de A. Bullinger qu'elle réalise si des difficultés majeures sont repérées chez l'enfant.

III- Le cas clinique de Madame C et sa fille Alice ⁸⁴

1) Anamnèse

Madame C est née en Guinée, elle est âgée de 31 ans. Elle fut adoptée par la sage-femme qui a aidé sa mère à la mettre au monde et qui est décédée durant l'accouchement. Madame ne l'a appris qu'adolescente par une de ses sœurs adoptives. Elle ignore tout de ses origines et n'en a jamais parlé avec sa mère adoptive. Elle fut confiée à un internat chrétien à 2 ans. Elle revenait chez sa famille adoptive pour les grandes vacances, mais restait seule à l'internat le weekend et en voulait à sa mère adoptive car elle ne pouvait assister aux fêtes de famille. Elle souffrait de l'exclusion infligée par les enfants de sa mère adoptive qui avait trois garçons et quatre filles. Madame était la dernière. Ils ont vécu chez leur mère quand leur père est décédé et Madame les a connus à son retour du couvent. Elle a eu peu de contacts avec son père adoptif. Sa mère adoptive refusait qu'elle soit excisée mais c'est une de ses sœurs adoptives qui l'y a conduit à 9 ans. Lorsqu'elle fut à la retraite, sa mère adoptive est venue la chercher au couvent à 15 ans pour qu'elle revienne au domicile. Madame a pu exprimer à sa mère qu'elle avait souffert d'être séparée de la famille mais ses frères et sœurs lui faisaient comprendre qu'elle était illégitime et pouvaient se montrer violents. Sa mère adoptive s'interposait car elle souhaitait qu'elle aille à l'école. À 16 ans Madame

⁸⁴ Une frise chronologique précise le parcours de la dyade en annexe I.

subit un viol. Elle ne peut pas parler de cet événement traumatique d'où émergent ses premiers troubles psychiatriques. À la suite de ce viol, son agresseur est emprisonné et sa fille Fadoua est née. Elle lui a donné le prénom de sa grand-mère. Sa mère adoptive s'est occupée d'elle pour que Madame poursuive sa scolarité. Madame a accepté sa fille avec le soutien de sa mère adoptive qui est décédée aux 2 ans de Fadoua. Elle fut contrainte de quitter l'école. À ses 20 ans, Madame et sa fille furent expulsées du domicile.

Madame habitait avec sa fille et des amies. Elle a fréquenté un homme libanais et bénéficié de sa tutelle bien qu'il ne souhaite pas s'engager en couple avec elle. Madame a travaillé quatre ans dans un commerce de maroquinerie. Elle allait au Maroc acheter des sacs et des chaussures et les revendait dans son pays. Elle était financée par le libanais. Elle vivait alors avec Fadoua dans un appartement. Sa première décompensation maniaque avec vécu hallucinatoire a eu lieu alors qu'elle était au Ghana pour acheter des mèches, elle avait 21 ans. Durant un mois, elle a été hospitalisée, ne dormait pas et entendait des voix. Elle ignore les traitements qu'elle a eus mais se rappelle de leurs effets secondaires. Le diagnostic de trouble bipolaire de type I fut posé en Guinée, où elle fut hospitalisée deux fois et une fois au Maroc. Elle peut dire qu'elle avait peur à Agadir pour le travail car elle entendait des voix d'hommes et de femmes, elle craignait que quelqu'un entre dans sa chambre. Elle arrêta de travailler après sa deuxième décompensation maniaque qui s'est manifestée par une hypersthénie, une désinhibition, des insomnies sans asthénie et des dépenses inconsidérées à 25 ans. Le trouble bipolaire de type I induit une alternance d'épisodes maniaques (humeur exaltée, accélération psychomotrice, signes somatiques : insomnie sans fatigue...) et dépressifs (humeur dépressive, ralentissement psychomoteur, signes somatiques : troubles du sommeil et de l'alimentation) chez les patients. Elle survient le plus souvent entre 17 et 29 ans, a une prévalence comprise entre 0,7 et 1,5% et un sex-ratio de 1. Une importante comorbidité aux addictions est à souligner. Madame souffre aussi de drépanocytose, une maladie génétique fréquente en Afrique, provoquant anémie, douleurs et risque accru aux infections. L'homme libanais qui la protège aurait organisé sa migration en France pour qu'elle se soigne (mais un voyage via un réseau de proxénète est supposé).

Madame arrive en France avec un visa touriste en juin 2016, à 28 ans. Depuis, elle est hospitalisée en psychiatrie adulte pour des épisodes de décompensation maniaque à trois reprises en octobre 2016, en août 2017 et en mai 2018. Elle loue une chambre avec une colocataire dans la même situation sociale de grande précarité. Madame travaille un peu en faisant le ménage mais souhaite faire une formation d'auxiliaire de vie si elle obtient un titre de séjour. Elle souhaitait initialement devenir sage-femme. Elle est en

isolement psychoaffectif, n'ayant qu'une amie en région parisienne et son ancienne colocataire. Le libanais subviendrait actuellement aux besoins de Fadoua restée en Guinée et confiée à un internat musulman tenu par des turcs. Le week-end elle va chez les parents d'une amie de Madame, qui lui envoie régulièrement de l'argent. Elle lui manque beaucoup mais reçoit de bonnes nouvelles de sa part.

2) Grossesse, accouchement et premières interactions

Le père d'Alice a 52 ans, Madame C dit aimer être en couple avec des hommes âgés car elle se sent en sécurité. Elle est très influençable et manipulable : comme l'illustre leur rencontre. Elle a lieu en octobre 2017, Monsieur l'a d'abord suivie en voiture alors qu'elle est avec son ancienne colocataire. Puis ils vont au restaurant, Monsieur l'a trouve jolie et gentille et souhaite commencer une relation sérieuse avec elle. Il la quitte en mars 2018 à l'annonce de sa grossesse, Madame souhaite elle garder le bébé. Cependant, il garde contact avec elle et l'appelle régulièrement pour prendre de ses nouvelles. Le libanais est en froid avec Madame depuis l'annonce de sa deuxième grossesse, contrarié qu'elle n'ait pas régularisé sa situation personnelle matérielle et psychique ainsi que celle de Fadoua qui devait la rejoindre en France.

Sa dernière hospitalisation en mai 2018 est provoquée par un arrêt de son traitement au lithium au début de sa grossesse, que Madame n'avait pas anticipée ni mentionnée les premiers mois. Cette interruption a engendré une décompensation maniaque avec déshinibition, insomnie sans fatigue et accélération psychomotrice. Après une consultation psychiatrique au CMP adulte où elle est suivie depuis un an, elle sera hospitalisée en Soins Psychiatriques Libres (SPL) adulte. Elle présentait en effet une symptomatologie hypomaniaque : exaltation, tachypsychie, insomnie sans sommeil. Madame est alors enceinte de 13 Semaines d'Aménorrhée (SA). Elle sortira après deux semaines d'hospitalisation, stabilisée par la reprise et l'adaptation de son traitement médicamenteux. Elle prend donc de manière quotidienne deux anxiolytiques, un neuroleptique et un antipsychotique. Son traitement l'empêchera d'allaiter.

Madame n'avait pas planifié sa grossesse et l'a apprise suite à un bilan sanguin réalisé dans un contexte de malaise. Elle l'investit peu et ne s'implique pas dans les préparatifs de la naissance bien qu'elle ait déjà choisi le prénom d'Alice en hommage à une aide-soignante de l'hôpital psychiatrique qu'elle trouvait gentille. Elle laisse l'éducatrice acheter les vêtements, ignorant la constitution du kit de maternité, la façon d'habiller les

enfants selon leur âge et les saisons. Quant à son rôle de mère elle dit seulement qu'elle « n'a pas le choix et qu'elle se lèvera quand le bébé pleurera ». Madame fume tout en sachant les risques pour son bébé, car l'odeur de la cigarette l'apaise.

Suite à une rupture d'hébergement Madame s'est présentée à un établissement des solidarités et a intégré en urgence un appartement géré par un établissement d'hébergement maternel créé dans le cadre de la protection de l'enfance, le 23 août 2018. Elle est alors enceinte de 8 mois. Elle bénéficie d'un suivi psychologique dans le cadre de cette association. Madame se présente comme désorientée et très dépendante des professionnels dans les activités de la vie quotidienne (budget, courses, rendez-vous, repères spatio-temporels). Elle est dans l'incapacité de faire des choix, de prendre des décisions, de demander de l'aide, d'anticiper et d'organiser son quotidien. Elle refuse de sortir à cause de la fatigue qu'induit son traitement médical : elle se lève en fin de matinée et souhaite dormir à nouveau une heure après. Elle s'est fait voler de l'argent et son portable qu'elle laisse à la vue et à la portée de tous. Madame est à l'écoute des conseils des professionnels, répond à leurs questions, est rassurée par leur présence, mais reste passive à leur égard. Le suivi médicamenteux est assuré par la visite bihebdomadaire d'un infirmier. Le suivi de grossesse et la préparation à l'accouchement sont assurés par la sage-femme de la PMI qui vient au centre d'hébergement.

3) Pré-admission

La psychiatre du CMP qui suit Madame C depuis un an demande une hospitalisation dans l'unité car elle ne la sent pas capable d'accueillir son bébé dans le contexte de précarité sociale dans lequel elle vit et avec ses troubles psychiatriques. Elle pense qu'elle aura besoin d'aide pour la mise en place d'un lien de qualité avec son bébé et pour veiller à maintenir son équilibre thymique en *post-partum*. Cette indication est soutenue par la psychologue de l'association qui suit Madame C. L'hébergement maternel s'engage à trouver un centre maternel pour la dyade après l'hospitalisation. Lors du rendez-vous, le 05/10/18, Madame a une bonne présentation, un contact légèrement méfiant, un discours cohérent mais pauvre, un faciès triste et un ralentissement psychomoteur. Elle peut exprimer sa crainte d'être enfermée à l'hôpital mais semble rassurée de savoir que l'UHMB ne propose que des hospitalisations libres. Alice naît le 19/10/2018, à 41 SA et présente un hématome au crâne. L'accouchement fut long et douloureux, la péridurale n'a pas fonctionné, Madame était seule.

4) Admission

Lors de l'admission le 20/10/18, il apparaît que Madame C a une bonne relation avec Alice alors âgée d'une semaine. Elle a une attitude régressive et dépendante à l'égard des professionnels qui confine à l'anaclitisme. Madame prend peu d'initiatives et exprime peu de demandes, la barrière de la langue est supposée. Elle a une réelle préoccupation pour sa fille mais un portage peu contenant, peu d'interactions visuelles, un faciès triste et amimique, ne s'animant pas quand Alice la regarde. Madame à l'air triste mais prend plaisir à s'occuper de sa fille. Elle a un ralentissement psychomoteur, est peu accessible à la valorisation et fait quelques sourires.

5) Hospitalisation

En entretien médical, Madame C élabore peu, est peu loquace, très passive et peut rester longtemps silencieuse. Elle ne verbalise rien spontanément et répond succinctement aux questions. Elle s'exprime peu mais écoute attentivement ce qu'on lui dit. Sa personnalité semble inhibée : elle a un rire et des sourires défensifs face à la figure d'autorité du médecin qu'elle semble craindre mais elle reste sensible à l'humour. Elle peut admettre que des sujets douloureux de son passé sont difficilement abordables pour elle. Elle est blessée de ne pas avoir de souvenirs d'elle bébé, ce qu'elle exprime au bord des larmes. Elle a eu peu d'ancrages stables dans son enfance et n'a pas fait le deuil des nombreuses pertes et ruptures qu'elle a vécues.

Madame est très passive, repliée dans l'unité et a une appréhension presque phobique à sortir. Elle peut être paniquée quand elle sort de l'unité pour retrouver son chemin et n'ose pas demander de l'aide par manque de confiance en elle. Elle exprime de la tristesse quant à l'avenir, évite les conversations autour de son parcours et de la réalité de sa situation. Elle ne se projette pas après l'hospitalisation et est en déni de sa situation sociale. Elle commence à avoir des ruminations anxieuses liées à son hospitalisation, aux départs d'autres mamans et de stagiaires infirmières qui l'affectent.

Madame n'admet pas ses troubles bipolaires et a arrêté son traitement à plusieurs reprises. Elle a eu des épisodes d'alcoolisme en phase maniaque pour l'aider à dormir alors qu'elle ne prenait plus son traitement. Un point d'honneur est donné à l'éducation

thérapeutique pour lui expliquer que c'est en dormant bien et en observant son traitement qu'elle pourra au mieux s'occuper de sa fille.

Lorsque Madame est avec Alice elle s'anime quelques instants puis redevient vite amimique. Les moments d'égarement avec sa fille peuvent s'expliquer par son passé traumatique. Elle donne l'impression d'être très triste et dépendante et doit être portée pour qu'elle puisse s'occuper de sa fille. Elle développe un lien de qualité avec son bébé mais manque d'autonomie et de prises d'initiatives malgré le contexte soutenant de l'unité. Elle est sensible et ajustée aux besoins de sa fille et à son regard : elle va la chercher spontanément quand elle pleure. La relation mère-fille est adaptée même si le portage est lâche surtout au niveau de la tête d'Alice. Ceci sera repris par la psychomotricienne car Alice a une attitude préférentielle de la tête en arrière ou sur le côté. C'est un bébé qui grandit bien mais qui se fait oublier par sa discrétion.

Le libanais a envoyé quelqu'un pour voir si Madame allait bien. Elle a deux amies bienveillantes chez qui elle peut se rendre en permission avec Alice. Lors d'un weekend elle ira en repérage chez l'une d'elle pour voir si l'environnement est adapté à un bébé. Elle appellera plusieurs fois le service pour prendre des nouvelles de sa fille, elle ressent quelque chose de nouveau à son égard : le manque. Madame et Alice ont fêté Noël chez cette amie et sa famille, sa préoccupation maternelle était bonne, elle a pu appeler plusieurs fois le service pour demander de l'aide lors des soins de sa fille.

Après les fêtes, Madame semble triste et passive, presque agressive. Elle s'ouvre davantage en entretien si ce n'est plus le médecin responsable du service qui la reçoit. Ils restent difficiles pour elle car elle est submergée par ses émotions. Elle dit en avoir marre de l'hôpital. Elle peut exprimer l'inquiétude et le manque qu'elle ressent pour Fadoua. Préoccupée par sa situation sociale, elle a des insomnies d'endormissement et des réveils nocturnes. Elle peut avoir quelques jours de déprime avec de la tristesse et des ruminations anxieuses. Depuis son viol elle a des symptômes psycho-traumatiques : cauchemars, reviviscence, hypovigilance dans la rue (impression d'être suivie).

Madame est mieux après ses permissions le week-end chez son amie en région parisienne, les médecins l'encouragent donc à y aller. Elle est cependant rentrée plusieurs fois en état d'ébriété de ses permissions journalières. Le cadre lui sera rappelé.

Les médecins lui expliquent que l'obtention de ses papiers serait facilitée si elle demandait au père de reconnaître Alice. Mais Madame se ferme et semble s'effondrer intérieurement, elle n'ose pas lui en parler prétextant que leurs contacts sont distants. Elle angoisse de lui demander de reconnaître sa fille alors qu'il ne voulait pas d'enfants.

Le père sera appelé par l'équipe mais elle ne souhaitera pas être là. Il ne rappellera pas. Elle s'effondre quand sa propre légitimité d'enfant est mise en parallèle à celle d'Alice.

Madame semble passive et dépendante concernant les démarches administratives. Elle ressasse sa situation, étant venue en France pour se soigner et faire venir sa fille aînée. Mais les démarches sont plus longues qu'elle ne le pensait. Malgré ses difficultés à se projeter elle s' imagine avec sa fille dans un appartement. Le centre maternel lui est présenté comme un logement dédié aux mères avec leur bébé car nous ne l'imaginons pas seule. Il est envisagé en équipe de faire une IP auprès de l'ASE.

Madame semble avoir du mal à voir son bébé de 3 mois grandir. Elle décrit Alice comme facile, sachant manifester ses besoins quand il faut (manger, dormir). Il lui est proposé de plus la solliciter, en la promenant à l'extérieur et en la mettant au tapis car une plagiocéphalie apparaît. Elle refuse en prétextant avoir mal au dos. Les médecins lui disent qu'Alice semble dormir pour fuir ses moments de repli et de pensées négatives, ce qui la touche. Elle craint d'assumer la responsabilité d'Alice à cause de sa situation irrégulière. Elle dit l'avoir gardée pour ne plus être seule. Elle persiste à se dévaloriser.

En février, Madame est déprimée mais refuse le traitement. Elle a le visage fermé, n'est pas en relation avec sa fille, annule les permissions (bien que son amie la sollicite) et reste seule dans le noir dans sa chambre. Elle dit être fatiguée et refuse de revoir son psychiatre par peur d'être hospitalisée. Il lui est expliqué que prendre soin d'elle c'est prendre soin d'Alice. Selon elle, le traitement est à l'origine de son mal-être. Face à son opposition trois propositions lui sont faites : soit elle refuse le traitement et quitte l'unité, soit elle est hospitalisée en psychiatrie adulte pour soigner sa dépression, soit elle accepte un traitement antidépresseur et un suivi ethnopsychologique à l'UHMB. Elle acceptera finalement ce dernier projet qui débutera en avril.

Madame a une agressivité passive et un déni de ses troubles dépressifs et bipolaires. Elle dit aller bien alors qu'elle est très méfiante vis-à-vis de l'unité, elle remet en cause son hospitalisation : « ça m'aide un peu avec Alice mais c'est la faute de ma psychiatre si je suis ici ». Elle se braque quand sont abordées les conduites hétéroagressives qu'elle a parfois avec sa fille, en assurant vouloir prendre soin d'elle. Elle refuse un relai infirmier plus important. Une vigilance accrue sera portée à la dyade, qui sera accompagnée lors des sorties. Elle soutient ne pas avoir d'idées suicidaires mais les médecins en doutent.

Finalement, l'équipe annoncera à Madame que les soignants prendront les initiatives pour Alice comme elle ne peut pas le faire. Elle dit être fatiguée ce qui la rend aboulique. Il lui est conseillé de sortir se balader pour se fatiguer naturellement et mieux dormir.

Après les vacances d'hiver, les antidépresseurs font effet et Madame est plus ouverte mais toujours déprimée. Elle a encore des insomnies. Elle dit prendre trop de médicaments et trop longtemps (or la bipolarité exige un traitement de fond à vie). Elle a du mal à en accepter d'autres malgré les bénéfices qu'elle remarque. Elle serait partante pour porter Alice dans le dos comme elle l'a fait en Guinée avec Fadoua.

6) Observations psychomotrices

Madame C

La première fois que je rencontre Madame C, elle m'apparaît comme une femme au visage calme, une cicatrice marque sa joue gauche. Elle est discrète et souriante.

La première séance du groupe éveil corporel pour les mamans a eu lieu une semaine après l'arrivée de Madame. Elle arrive à se relâcher, c'est la première fois pourtant qu'elle vit un temps de détente. Seules des douleurs lombaires la gênent. Après la reprise, elle s'assoit et regarde un bébé de 8 mois au tapis et lui caresse tendrement la joue. Une production de dessin est proposée aux mamans après la relaxation pour favoriser leur verbalisation. Elle reste muette et immobile devant sa feuille blanche. La psychomotricienne lui propose donc de marquer son nom et son prénom, ce qu'elle fait.

Un axe important de suivi en psychomotricité sera d'aider Madame au portage d'Alice. En effet, elle coule complètement dans ses bras. Je lui explique avec l'infirmière puéricultrice qu'Alice est toute petite et qu'elle doit être plus regroupée dans ses bras. Elle semble se saisir de ces conseils avec le sourire mais ne parvient guère à les appliquer. Elle semble ne pas comprendre tout ce que nous lui disons, notre langage devra être adapté. Elle saisit Alice par le bras pour la prendre, lui impose systématiquement la tétine et force le moment du biberon.

Durant la matinée des familles, nous allons à l'aquarium. Madame est effacée, répond succinctement à nos questions. Elle ne semble pas toujours saisir ce qu'on lui dit et garde un sourire figé sur son visage. Quand nous sommes seules toutes les deux, elle s'anime et m'évoque son passé. Elle paraît heureuse de sa première sortie avec sa fille qu'elle porte en échappe. Nous la prenons en photo pour inaugurer ce moment. Lorsque nous évoquons sa fille au pays durant le repas au retour, elle s'assombrit.

Madame est reprise car elle fait du co-dodo sans prévenir les soignantes qu'elle prend son bébé dans sa chambre. Alice est retrouvée entre le dos de sa mère et le mur. Il apparaît au fur et à mesure de l'hospitalisation que Madame n'est pas toujours adaptée à sa fille tant dans le portage que dans les interactions : elle délègue beaucoup aux soignantes car elle doute de ses capacités. Nous devons soutenir son maternage.

Pendant le biberon, Madame peut dire à son nourrisson « ne crache pas tu vas salir ton pyjama ». Je parle à la place d'Alice : « Maman ce n'est pas volontaire, je ne fais pas exprès ». Elle la force à finir son biberon sans prendre en compte sa satiété ou un éventuel rot. Elle refuse de la mettre dans le Doomoo et la met dans mes bras. L'équipe la soutiendra à coucher seule son bébé. Je la félicite lorsqu'elle prend l'initiative de faire le biberon, le bain et qu'elle couche sa fille seule. Elle a besoin d'être valorisée. Madame dort beaucoup, on doit la réveiller pour qu'elle se lève et qu'elle s'occupe d'Alice.

Une grande difficulté de Madame sera d'être confrontée aux pleurs de sa fille. Dans ces moments de détresse elle lui impose la tétine pour ne plus l'entendre ou la donne à n'importe qui. Elle n'envisage pas d'autres besoins pour Alice que la faim. Je la sensibilise à l'importance pour sa fille d'avoir des personnes repères comme ses infirmières référentes ou sa maman. Je souligne sa posture unique pour Alice qui reconnaît son odeur, sa chaleur et sa tonicité quand elle la porte. Elle ignore la particularité du lien qui la lie à sa fille. Quand je lui fais remarquer que sa tête tombe elle me soutiendra qu'elle l'a mise toute seule. Je lui explique la motricité involontaire du nouveau-né et la nécessité du maintien postural qu'Alice ne peut assurer seule. Je lui apprends aussi les capacités restreintes d'expression du bébé ainsi que l'importance du dialogue tonico-émotionnel (sans employer ce mot) entre une mère et son bébé.

Bien qu'elle ait des origines africaines Madame appréhende de masser Alice après son bain. Soutenue par une infirmière puéricultrice elle pourra le faire mais sera déstabilisée par ses pleurs. Je lui conseille de parler à Alice car elle reconnaît la voix de sa maman qu'elle a entendue *in utero*. Elle ne comprend pas qu'on la pousse à lui parler même quand elle dort. Je lui explique que les adultes sont les seuls à pouvoir mettre en mots ses ressentis corporels qu'elle saura identifier quand elle sera grande.

Madame endort systématiquement sa fille quand elle l'a dans les bras et la couche le plus souvent possible. Alice se réveille régulièrement peu de temps après qu'elle l'ait posée dans la nurserie. Elle me passe le relais de manière détournée, en me mettant au défi de m'occuper d'elle au prochain réveil étant donné que je souhaite lui parler. Elle rit. Je

tente de lui faire comprendre que le lien corporel qui la lie à sa fille depuis neuf mois est unique et irremplaçable. Alice est coupée de sa voix et de sa chaleur dans son lit.

J'accompagne souvent Madame lors des biberons où elle soutient peu sa fille physiquement et psychologiquement. Pour pallier le premier je l'incite à s'installer confortablement avec un coussin d'allaitement et pour compenser le second nous soutenons verbalement les interactions. Madame me parle des pleurs d'Alice même avec ses référentes, les décrivant comme angoissants et permanents. Je lui rappelle que sa fille dort beaucoup et pleure juste avant les biberons. Elle acquiesce mais ajoute qu'elle crie fort. Aucune interaction visuelle n'a lieu, Madame regarde comme à son habitude dans le vide et Alice vers l'extérieur à l'opposé de sa maman. Quand je l'interroge pour savoir si tout va bien, elle me répond qu'elle est dans ses pensées. Je l'accompagne alors pour arrêter le biberon bien qu'il en reste car Alice s'est endormie. Elle tient absolument à ce qu'elle finisse. Je lui explique qu'elle a ingéré de l'air et l'invite à verticaliser Alice pour une éructation. Elle me dit que sa fille enlève son bavoir et sort du lait de sa bouche. Je lui explique que c'est involontaire et lui définis ce mot pensant qu'elle n'en saisis peut être pas la signification. Elle rigole gênée. Son portage est toujours coulant mais elle soutient plus le bassin et la nuque d'Alice comme la psychomotricienne et moi-même lui avons montré en miroir avec un poupon.

Madame a pu régulièrement avoir des moments d'agressivité et d'euphorie. Un jour elle ordonne violemment à Alice de ne pas s'endormir pendant son biberon. Lors du change qui suit, une infirmière arrive et elle me demande brusquement « c'est qui ? ». Madame ouvre alors la couche de sa fille et me lance « et là : boum », avec un rire théâtral. Madame me demande expressément si j'ai entendu du bruit. Elle imite avec exaltation les pleurs des bébés. Elle tiendra à garder Alice dans ses bras de manière méfiante. Son tutoiement sera repris par l'équipe car elle l'utilise de manière familière avec les infirmières. Je suis surprise par sa sthénie et son état d'alerte. Je me demande si elle se sent persécutée. Cette rupture soudaine avec l'état antérieur me laisse supposer une bouffée anxieuse ou délirante aigue. Je me pose la question des enveloppes ou de la fuite des pensées pour cette patiente. La pédopsychiatre adaptera son traitement.

Nous invitons Madame à verticaliser Alice dans ses bras durant le biberon pour ne pas qu'elle s'endorme et pour éviter les régurgitations de plus en plus fréquentes. Elle a alors tendance à secouer le biberon dans sa bouche pour la réveiller. Je lui demande de poser le biberon et d'ajuster sa position et celle d'Alice avant de reprendre : « vous devez être bien installée pour qu'elle soit confortable aussi ». Mais elle sollicite peu sa fille : elle reste mutique et leurs regards ne se croisent pas. Je dis alors « Alice ne

t'endors pas c'est l'heure du biberon ». Elle se recrute et je le fais remarquer à sa maman qui semble en prendre conscience. Elle ne parvient pas à s'ajuster à sa fille. Mais connaissant son passé abandonnique, comment porter quand on n'a jamais été portée ? Madame peut dire qu'elle est « fatiguée moralement » et que c'est difficile pour elle de parler durant les entretiens médicaux. D'un point de vue anthropologique, parler et regarder son bébé est très occidental, ça ne fait peut-être pas sens pour elle.

Madame sera très peinée du départ de Madame D. Toute séparation est très difficile à vivre pour elle. Elle est peinée de l'absence des stagiaires durant les vacances de Noël. Je la rassure en lui expliquant que les soignantes sont là et qu'elle ne sera jamais seule. Elle pourra me dire : « on ne devrait pas se séparer des gens avec qui on est bien », en faisant référence à Fadoua. Puis elle ajoutera que « chacun doit vivre sa vie ». Je suis surprise qu'elle exprime tant ses sentiments. Son portage est plus adapté, ce que lui font remarquer une infirmière et la psychomotricienne. Elles ajoutent qu'elle est maintenant la plus ancienne du service et qu'elle pourra apprendre des choses aux mamans.

Après Noël, Madame pourra me dire qu'elle en a assez d'être dans l'unité mais que pour sortir elle a besoin de papiers et d'un toit, que la situation est compliquée. Elle me soutient qu'elle a l'impression d'être à l'hôpital et qu'elle n'aime pas ça. Elle m'exprime sa fatigue et son ennui dans le service. Je la sollicite alors à mettre Alice au tapis. Elle semble récalcitrante. Je comprends qu'elle ne voit pas l'intérêt de mettre sa fille de 3 mois au tapis, elle imagine qu'elle ne sait rien faire. Je lui explique qu'Alice a de nombreuses compétences et qu'elle tirera de ces premières expériences de nombreux bénéfices moteurs et sensoriels pour grandir. Elle lui parle de plus en plus et je la félicite.

Madame devient distante, anhédonique et aboulique. Le visage fermé, elle peut rester des heures assise dans un fauteuil et ne se mobilise que lorsqu'Alice est réveillée. Pour éviter ceci elle l'endort et la couche le plus souvent possible si bien qu'Alice passe sa journée dans son lit si l'équipe n'intervient pas. Elle refuse de sortir seule et nous répond agressivement. Elle me dit que la seule connaissance qu'elle a à Paris n'est pas une amie de confiance, elle ne lui parle pas de ses problèmes : elle ignore qu'elle est hospitalisée.

Madame refuse un massage du dos proposé par la psychomotricienne. Même ceux des extrémités (mains et pieds), proposés pour instaurer plus de distance sont déclinés par la patiente. Une fois elle a massé la main d'une stagiaire, mais n'accepte pas l'inverse.

Depuis le début de l'année 2019, Madame a une véritable rupture avec son état antérieur, elle est froide alors qu'il nous arrivait de plaisanter. Elle ne prend plus aucune initiative et fuit tous les moments où j'installe Alice au tapis, prétextant aller aux

toilettes ou fumer. Une fois, je parviens à la retenir et je lui conseille de relever le bassin d'Alice quand elle fléchit sa tête en avant plutôt que d'appuyer dessus avec sa main comme elle le fait. Je lui montre que sa fille sait saisir des objets, qu'elle peut les suivre du regard. Je la mets sur le ventre et lui propose de la retourner sur le dos, ce qu'elle fait de manière ajustée. Subitement, elle me dit qu'Alice est fatiguée, la prend et part.

Lors d'une supervision en équipe nous abordons cette dyade et la psychologue nous dit que Madame ne s'est pas construite en tant que mère, qu'Alice est un fardeau pour elle. Elle ne se représente pas un lien de filiation avec son bébé. Il n'y a par ailleurs eu aucun homme dans sa vie, comme dans celle de ses filles. Un tiers plus cadrant est toujours absent comme si le destin se répétait. La passivité et l'inaction qu'elle incarne montrent ses difficultés d'élaboration, elle suit le mouvement. La psychologue nous conseille donc de la mettre au pied du mur en lui parlant d'accueil partiel pour Alice.

Madame se cache, couverte par une autre maman avec qui elle a sympathisé, lorsque nous la cherchons. Elle nous fuit. Cette maman pourra soutenir mes dires lorsque je lui explique l'intérêt qu'Alice aille au tapis : « c'est pour sa motricité, pour qu'elle bouge ses bras, ses jambes et puisse marcher plus tard ! ». Je parviens à aller au tapis avec la dyade, mais sa maman propose des jouets trop gros à Alice qui ne peut les saisir. Je lui tends des anneaux légers. Après, je l'invite à mettre Alice dans une couverture en hamac pour la bercer. Elle me rétorque de le faire avec une autre maman. Je lui dis qu'Alice a besoin de regarder sa maman. Madame accompagnera spontanément mes comptines.

Madame installe souvent Alice dans un transat avec sa tétine et une peluche, sans un mot. Je décide de l'accompagner, plutôt que de la stimuler, en lui proposant de lui donner le bain, ce qu'elle semble accepter par dépit. Une décision d'équipe est prise : on ne la sollicitera plus, on fera les choses pour Alice car nous la confrontons à ses limites.

Durant le groupe relaxation et éveil corporel, Madame s'endort mais semble détendue. Elle profite et semble animée, fait des coucous à Alice installée dans le transat en face d'elle durant la séance. Elle identifie quand sa fille exprime qu'elle est fatiguée.

En mars, Madame refuse toujours de sortir, même avec une soignante. La psychomotricienne l'incite à se balader avec Alice, puisqu'elle s'ennuie. Elle lui explique les bienfaits pour son bébé de respirer de l'air frais, de voir le ciel, de faire le plein de vitamine D, de sentir les vibrations de sa poussette. Elle accepte par dépit.

Après les vacances d'hiver, je retrouve Madame dans le groupe éveil et relaxation durant lequel la psychomotricienne propose des mobilisations passives que je réalise. Elle se

détend jusqu'à ce que je m'approche d'elle et que je la prévienne que je vais la toucher. Elle présente d'importantes paratonies et un recrutement tonique majeur. Elle ne parvient pas à me donner son poids et réalise les mouvements à ma place. Après la reprise, elle pourra verbaliser que c'est difficile pour elle de se faire toucher, qu'elle le supporte mais qu'il n'en faudrait pas plus. Elle souligne qu'elle n'a pas pu dormir comme elle le fait habituellement (ce qu'elle dissimule en remontant sa couverture jusque sur son visage). Elle refuse toujours le massage individuel du dos que lui propose la psychomotricienne. Elle est heureuse de retrouver Alice à la fin du groupe, elle lui fait des coucous en souriant et la prend dans ses bras. Elle fuit toujours en prétextant aller aux toilettes avant le groupe, après le groupe, au moment de mettre Alice au tapis... Après vérification auprès des médecins elle n'aurait aucun souci urinaire. Malgré tout, elle a encore des moments d'agressivité envers Alice. Lorsqu'elle l'endort, elle la gronde si Alice crache sa tétine et lui confisque. Elle ne peut envisager autre chose pour sa fille. Je lui souligne qu'Alice ne le fait pas exprès. Elle m'adresse un rire gêné.

Depuis toujours, Madame aide beaucoup les infirmières, elle peut leur proposer de prendre un bébé quand il pleure et qu'elles ont les bras pris. Elle peut maintenant exprimer qu'elle se sent impuissante face à leurs pleurs. Elle va mieux, semble beaucoup plus souriante et avenante. Pourtant, elle ne veut pas se promener avec sa fille et refuse toujours qu'on l'accompagne en balade, mais la plupart de ses arguments sont infondés.

Alice

La première fois que j'observe Alice au tapis, elle me paraît très éveillée malgré ses deux semaines : elle regarde beaucoup les visages et son environnement.

Alice a des coliques, je la porte souvent en position ventrale sur mon bras pour la soulager. Elle s'apaise avec sa tétine. Elle dort beaucoup et les infirmières sont obligées de la réveiller pour qu'elle prenne son biberon. Elles la retrouvent régulièrement réveillée dans son lit sans qu'elle se soit manifestée. Ce bébé semble fonctionner en miroir avec sa maman, elles sont toutes deux assez apathiques.

Peu à peu il apparaît qu'Alice adopte une position préférentielle de la tête à gauche tant au tapis que dans les bras de sa mère. Elle est très attirée par la lumière et la voix de sa mère qui peuvent l'orienter à droite. Elle a du mal à suivre les mobiles et les visages car son accroche visuelle est difficile. Mais quand elle capte le visage ou l'objet sa poursuite

oculaire est meilleure. Lorsqu'elle est en relation elle peut regarder et sourire. Je l'installe en bouddha dans mes bras et cela semble améliorer ses capacités visuelles.

Un Bilan Sensori-Moteur⁸⁵ est réalisé avec Alice, âgée de 2 mois. La psychomotricienne note l'absence de réactions d'alertes visuelles et auditives. Elle adopte peu de postures asymétriques, ce qui est amélioré avec le plancher vibrant. Elle présente une hypersensibilité tactile et une hyperextension typiques du reflux gastro-œsophagien. Ceci est amélioré par des postures et des mises en forme adaptées. Elle est très sensible à ses environnements matériels et humains. Elle est désorganisée par des flux sensoriels simultanés et nouveaux. La maman n'a aucune inquiétude pour sa fille.

Au retour des vacances de Noël, Alice a 3 mois et fait toujours des nuits de douze heures sans se manifester pour son biberon. Sur le ventre, au tapis, elle prend appui sur ses avant bras et redresse sa tête, mais fatigue assez vite. Lors du tiré-assis, la tenue de sa tête est encore un peu vacillante. Ces facultés sont adaptées à son âge. Sa tête est cette fois plus orientée à droite qu'à gauche en décubitus ventral comme dorsal. Le temps au tapis est limité par d'importantes régurgitations et ce juste avant le prochain biberon. Elle va peu au tapis car sa maman est réticente et se complaît dans les bras où elle dort plus aisément. L'équipe sollicite la maman pour qu'elle promène Alice hors de l'unité.

Quand elle pleure, Alice qui a 4 mois est difficilement consolable par sa maman, qui l'endort pourtant assez vite. En miroir à sa maman, elle dort moins la journée et semble moins en retrait. C'est un bébé très éveillé, qui sourit et babille. Elle recherche la relation. Elle commence à enrouler son bassin et je l'accompagne dans les retournements qu'elle commence à guider. Sur l'air de « bateau sur l'eau » je berce de droite à gauche son bassin. Elle a des mouvements d'hyper-extension des jambes et de rassemblement des mains. Elle a peu de préhension, lâche vite les objets. Ses mains sont en permanence jointes ou à sa bouche. Quand je veux la mettre demie assise en la mettant en appui sur son bassin avec mon bras dans son dos et ma main qui soutient sa tête, elle a une réaction de poussée de la tête en avant ainsi que des bras. Ceci accompagné d'un important tonus pneumatique. Elle n'arrive pas à se poser au tapis ni dans les bras où elle met son corps en tension pour se rassembler. Je dois la porter très enroulée en bouddha dans mes bras pour qu'elle se relâche toniquement sinon elle force pour tenir sa tête et met ses jambes en extension comme si elle voulait tenir debout. Je prends alors conscience que sa maman la porte en soutenant son bassin au creux de son coude gauche sans soutien de sa tête ni de ses jambes qui sont dans le vide. De même

⁸⁵ Le BSM d'Alice est disponible en annexe III.

quand elle est assise, son portage est coulant et c'est Alice qui se maintient en poussant avec ses pieds contre le coussin d'allaitement et lutte pour ne pas que sa tête parte en arrière. Sa maman la tient sans la soutenir et la supporte sans la porter.

La psychomotricienne propose à la maman de donner le biberon de façon plus isolée car Alice est gênée par les passages près de leur fauteuil habituel. Elle et sa maman sont alors distraites. Alice s'accroche aux personnes qui la sollicitent, s'éparpille, sourit, vocalise mais aucune interaction n'a lieu avec sa maman, ce qui éternise le repas.

J'installe Alice, 4 mois et demi, sur un coussin au tapis et je remarque qu'elle saisit mieux les objets et ma main quand je les lui présente. Cette mise en forme favorise sa poursuite visuelle et son déliement digital. Sa préhension des objets présentés de côté est adaptée à son âge, celle au centre viendra plus tard.

La psychomotricienne propose alors une séance conjointe avec la maman alors qu'Alice a bientôt 5 mois. Elles créent un hamac avec une couverture et bercent Alice en chantant « bateau sur l'eau ». Elles l'étirent et la rassemblent en se rapprochant et s'éloignant l'une de l'autre. Alice parvient à se relâcher et s'apaise : elle sourit. La psychomotricienne la place dans une toupie pour lui faire sentir son système vestibulaire. Elle paraît moins à l'aise mais tente d'attraper une balle à picot même si elle semble surprise par sa texture. Elle persévère et explore avec ses mains qu'elle porte à sa bouche fréquemment. La psychomotricienne l'installe sur ses jambes en tailleur, sa cuisse servant de support pour sa tête. Elle explique à la maman qu'il faut faire de même au sol, lui mettre un petit coussin pour qu'elle ne tente plus de redresser sa tête. Madame nous quitte subitement prétextant aller aux toilettes.

Bien rassemblée sur mes cuisses en face de moi Alice s'anime et jubile. Je lui chante des comptines et lui offre quelques sensations vestibulaires. Elle me regarde attentivement ainsi que les objets que je lui présente. Elle saisit avec les deux mains au centre et avec sa main homolatérale sur le côté même si elle lâche plus facilement. Elle semble s'agripper sans distinction à toutes les interactions que les soignantes initient.

Après les vacances d'hiver, j'accompagne la maman à mettre Alice, qui a 5 mois, au tapis, mais elle s'en va fumer. J'arrive à la retenir en l'invitant à rester avec nous pour voir les progrès de sa fille. Alice fléchit moins la tête, met moins ses jambes en extension et relève le bassin de plus en plus spontanément. Elle attrape à une main homolatéralement et à deux mains au centre. Sur le ventre elle prend appui sur ses mains, redresse bien sa tête et son buste. Elle se regarde avec plaisir dans le miroir en riant. Elle se retourne presque du dos au ventre quand je l'aide à se mettre en décubitus

latéral, mais bascule un peu fortuitement. En tiré assis, Alice participe en tenant sa tête mais son axe est toujours vacillant, ce qui correspond aux capacités de son âge. Je trouve que sa plagiocéphalie est encore marquée, ce qui devrait s'atténuer avec l'essor de sa motricité. Elle sourit, babille, regarde attentivement les objets et les visages et recherche l'interaction. Elle est de plus en plus longtemps éveillée. Sa maman se plaint qu'elle mette les mains et les objets à la bouche, ce qui la fait baver. Je lui explique que les dents d'Alice doivent commencer à rendre douloureuses ses gencives, qu'elle a besoin de se soulager et de se réassurer. Madame entend et m'accompagne quand je chante des comptines. Elle reste longtemps avec nous jusqu'à ce qu'Alice ait un reflux et des signes de fatigue. Sa maman saisit l'occasion pour la prendre, l'endormir et aller fumer.

7) Perspectives

Une synthèse multipartenariale est réalisée début janvier 2019 pour faire le point sur l'évolution de la dyade. L'état de santé de Madame C demeure stable depuis le début de son hospitalisation. Une orientation en centre maternel collectif est évoquée comme projet de sortie, mais les démarches sont longues. Une mesure d'aide éducative serait associée pour étayer les compétences parentales de Madame auprès d'Alice. La poursuite de l'hospitalisation semble entretenir son système de dépendance. Le travail sur son autonomie sera plus adapté s'il est accompagné de soins en ambulatoire.

IV- Le cas clinique de Madame D et sa fille Lisa ⁸⁶

1) Anamnèse

Madame D est née en Russie, elle est âgée de 34 ans. Elle a eu une enfance difficile avec un père violent, tyrannique et humiliant envers elle et sa mère. Elle est marquée par les scènes violentes dont elle est témoin et qu'elle subit. Ses parents se séparent alors que Madame a 11 ans, mais ils cohabitent ensemble. Quand Madame a 15 ans, sa mère part en France avec son frère cadet souffrant de troubles psychiques. Elle se sent abandonnée par elle. Madame fugue et fuit son père un an plus tard. Elle construit seule

⁸⁶ Une frise chronologique précise le parcours de la dyade en annexe II.

son projet professionnel : baccalauréat, classes préparatoires et école d'ingénieur. Elle est soutenue financièrement par sa mère et ses grands-parents qui lui prêtent un appartement en Russie. Elle tombe enceinte à 18 ans et fait une fausse couche alors qu'elle souhaite garder l'enfant. Trois curetages sont nécessaires et ça reste un traumatisme. Sa mère et son frère sont de retour en Russie, le nouvel époux français de sa mère était violent et jaloux. À ses 22 ans, Madame est admise dans une école d'ingénieur en France où elle part étudier grâce à une bourse d'études. Elle se marie un an plus tard avec un ami de sa mère de presque 20 ans son aîné. Elle travaille 3 ans comme ingénieure informaticienne dans une entreprise où elle subit un harcèlement de la part de son supérieur. Un accord à l'amiable est trouvé à l'issue d'un procès mais elle reste affectée par cette expérience. Elle change alors d'entreprise et travaille sereinement jusqu'à un licenciement économique, alors qu'elle a 30 ans. Elle arrête son activité et reprend des études de musicologie ainsi que des cours de chant. Elle bénéficie d'une aide psychologique au Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU) pour apaiser l'anxiété qu'elle éprouve lors des examens et du chant sur scène. Madame se dit très exigeante envers elle-même. À 32 ans, elle rencontre le père de Lisa, ce qui précipite la séparation envisagée communément avec son mari. Ils sont en instance de divorce mais en bons termes : il reste soutenant et présent pour elle. Le père de Lisa est professeur en biologie et très pris par son nouvel emploi. Ils se sont installés dans une maison héritée de la famille de Monsieur, découpée en appartements où logent divers membres de la famille. Madame entretient des relations cordiales avec eux. En revanche, elle s'inquiète pour sa mère, fragile, malade et restée en Russie. Elle dit qu'elle ne peut compter sur elle et lui épargne ses problèmes. Elle est en contact avec une amie russe.

2) Grossesse, accouchement et premières interactions

Le couple désire un enfant mais a été surpris que Madame D tombe enceinte dès l'arrêt de sa contraception. Elle a eu beaucoup de nausées et de vomissements. Lisa naît à terme le 09/10/18 sans complication et en bonne santé. Madame choisit l'allaitement mixte qui s'avère difficile. L'entourage renforce la culpabilité qu'elle ressent, notamment sa belle-mère. Madame la décrit comme soutenant, aimante mais maladroite, lui rappelant ses responsabilités alors qu'elle va mal. Ce sera pour elle « la goutte d'eau qui fait déborder le vase ». Rapidement Madame sera très fatiguée, hypervigilante et insomniaque. Alors qu'elle sort le 14/10/18 de la maternité, elle y revient deux jours plus tard, présentant une décompensation anxio-dépressive avec des idées noires

(angoisses majeures, affects dépressifs, douleurs abdominales violentes, insomnies importantes, faiblesse générale). Elle exprime une montée d'angoisse progressive sans objet, convaincue que son état ne peut s'améliorer. Elle culpabilise de son état et ne peut manifestement pas rester seule avec Lisa. Madame est immédiatement hospitalisée en SPL où un traitement médicamenteux est mis en place avec un antidépresseur et un anxiolytique. Le diagnostic de dépression du *post-partum* est posé, cette pathologie survient chez 10 à 15% des accouchées quelques semaines ou quelques mois après la naissance. Les principaux symptômes sont somatiques (fatigue, anorexie, insomnie, pleurs sans raison), psychiques (culpabilité, sentiment d'incompétence, auto-reproche, baisse de l'estime de soi) et émotionnels (difficulté à assumer le rôle de parent, à calmer, à comprendre et à s'occuper du bébé, retrait émotionnel et anhédonie mettant à mal la relation parent-enfant). Le père s'occupe de Lisa et vient voir sa compagne tous les jours. Après 15 jours de traitement, elle se sent mieux, le contact est bon et durant les permissions elle commence à s'occuper de Lisa dont elle parle positivement. Elle reste fragile, présentant des éléments dépressifs et d'angoisse à l'idée de s'occuper seule de son bébé. Lisa est décrite comme un bébé qui pleure beaucoup. Pour soutenir les parents, la famille de Monsieur revient les aider ainsi qu'une association d'auxiliaires-puéricultrices. La mère de Madame viendra de Russie deux semaines mais sera trop enfermée dans ses problèmes pour soutenir sa fille. Monsieur reprend le travail. Durant son hospitalisation Madame prend de larges permissions la journée et la nuit pour s'occuper de sa fille. Elle reste en état d'hypervigilance la nuit et s'épuise, le relais familial ou professionnel lui permet de se reposer. L'infirmière puéricultrice de la PMI a fait une visite à domicile ainsi qu'un Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF). Une consultation au centre de périnatalité a eu lieu.

3) Pré-admission

Le service de psychiatrie adulte fait une demande d'admission pour une hospitalisation post-natale pour dépression du *post-partum*. Madame D est reçue le 16/11/18 avec Lisa et son conjoint, afin de discuter avec la pédopsychiatre de son hospitalisation. Le couple est hésitant prétexte qu'elle va mieux. Initialement ambivalente, Madame acceptera l'hospitalisation mère-bébé afin d'accompagner Lisa à temps plein dans un contexte rassurant et soutenant, pour envisager un retour au domicile. Elle est prête à travailler sur son enfance difficile que la naissance de sa fille a pu réactiver, même si elle a du mal à l'évoquer.

4) Admission

Madame D entre à l'UHMB le 26/11/18 après une hospitalisation en psychiatrie adulte d'un mois et demi pour stabiliser son état psychique. Elle reste marquée par ce séjour. Elle est calme, de bon contact mais a une anxiété anticipatoire : elle pose beaucoup de questions concernant les modalités d'hospitalisation et demande d'emblée à ce qu'elle soit brève, pour sortir avant Noël. Monsieur vit mal cette séparation. L'état de Madame s'est amélioré : elle apprécie maintenant s'occuper seule de Lisa la journée pendant ses permissions. Elle n'a pas fait appel à une puéricultrice les dernières nuits et pouvait dormir sereinement quand son conjoint s'occupait du bébé : il est investi. L'allaitement mixte se passe bien mais est source de préoccupations parentales majeures. Pourtant Lisa prend du poids, bien qu'elle ait des coliques fréquentes et des pleurs vespéraux. Madame D se culpabilise facilement et se demande si Lisa ne manque pas de sécurité. Un neuroleptique est ajouté en cas d'insomnies.

5) Hospitalisation

Madame D n'aura aucun mal à confier sa fille à l'équipe et en profitera pour se reposer. Son état d'hypervigilance et d'anxiété diminuent rapidement, son sommeil s'améliore. Elle met à distance ses émotions en entretien médical même quand elle relate des épisodes difficiles de sa vie, elle a des sourires discordants. Elle a le sentiment d'avoir été peu soutenue psychiquement puis abandonnée par sa mère, sans exprimer de colère à son encontre. Madame prend conscience qu'elle a pu trop négliger ses besoins personnels par rapport aux autres, dès sa petite enfance avec sa mère et plus tard dans sa vie d'adulte. Ceci peut expliquer son harcèlement au travail, ses exigences maternelles (allaitement, perfection) alors qu'elle était épuisée physiquement.

Lisa a des crises de pleurs que l'emballage ne canalise pas toujours. Ceci peut mettre en difficulté Madame malgré la réassurance de l'équipe. Le père consulte des articles scientifiques autour de la périnatalité pour s'informer et se réassurer. Madame infirmera l'hypothèse du lien entre sa tension interne et les pleurs de sa fille proposée par les médecins. Elle est adaptée aux besoins de sa fille, la porte convenablement. Lisa boit lentement mais Madame respecte son rythme : le repas dure une heure. L'allaitement mixte se déroule mieux après quelques aménagements : le temps au sein est plus court

et le biberon ne tarde pas à être proposé comme pouvaient le faire les parents. L'équipe soutiendra ce projet qui tient à cœur à Madame.

Monsieur est reçu en entretien. Lorsque le médecin lui expose que Madame se préoccupe beaucoup de son entourage (famille, patientes de l'UHMB), à ses dépends, il ajoute qu'elle minimise ses émotions et qu'elle a une mauvaise estime d'elle-même. Concernant la sortie, il soutient qu'elle pourra avoir lieu avant Noël car leur famille et leurs amis se mobiliseront pour les aider.

Les permissions le weekend au domicile se déroulent de mieux en mieux : Madame peut dormir pendant que son compagnon s'occupe de Lisa la nuit. Il est présent et investi. Pourtant Madame, après une longue permission de fin d'hospitalisation, rapporte que son conjoint a été peu disponible. Il passe beaucoup de temps sur son lieu de travail et il rentre tard le soir. Face à l'épuisement professionnel de son compagnon, elle demande à prolonger l'hospitalisation de plusieurs jours pour se reposer. Elle pourra alors aborder le fait qu'elle était le pilier émotionnel du couple avant l'accouchement mais qu'elle a du mal aujourd'hui à assumer cette fonction.

6) Observations psychomotrices

Madame D

Lors de ma première rencontre avec Madame D, je remarque que c'est une femme grande et mince, le visage doux et souriant, l'air avenant et calme. Elle est de bon contact et sa préoccupation maternelle primaire est importante avec Lisa qui a 1 mois et demi. Elle échange de nombreux regards et câlins avec elle. La maman en oublie même de manger. Après une conversation autour du jazz et du chant lyrique qu'elle pratique, je prends conscience que c'est une femme très cultivée. Trois heures après mon arrivée, elle me demande ce qu'est la psychomotricité et s'inquiète de savoir si son bébé va bien. Je lui explique que nous veillons au bien-être psychocorporel des mamans et au bon développement des bébés. Je lui fais remarquer que je la trouve très attentive aux besoins de sa fille. Elle semble étonnée de mes dires et me demande confirmation. Je l'accompagne alors pour installer Lisa dans le Doomoo pour qu'elle aille manger. Mais Madame me soutient que sa fille n'aime ni le lit, ni le Doomoo, uniquement les bras. Je

lui explique qu'elle doit aller manger, ce qu'elle accepte à condition que je la prévienne si elle pleure. C'est une patiente qui a du mal à laisser son bébé et qui est très anxieuse.

La semaine suivante, Madame D passe plus facilement le relai et se saisit de tous les conseils qui lui sont donnés. Elle est très soucieuse du développement de sa fille et tente de reproduire au plus près ce que nous lui montrons. Elle porte Lisa assez haute sur son épaule, sa joue contre sa tête en lui murmurant tendrement des paroles et des berceuses russes. Le portage est adapté, Madame s'ajuste bien.

Le jour de la sortie, Madame pourra me confier qu'elle a très peur car son conjoint est dit-elle « en dépression », submergé de travail et qu'elle doit alors s'occuper de leur fille. Elle est très reconnaissante du soutien que lui a apporté l'équipe. Elle demande plusieurs fois si elle pourra revenir en cas de problème après son retour à domicile. Les médecins lui expliquent que c'est peu envisageable, que l'idéal aurait été une hospitalisation plus longue pour approfondir le travail. Elle est angoissée de son départ et de ne pas être dans la capacité de s'occuper de son bébé. Elle est triste de quitter Madame C avec qui elle a créé des liens amicaux. Elle lui laisse des indications pour aller au parc le plus proche, Madame C ayant pu lui confier qu'elle s'ennuyait à l'unité.

Lisa

Je vois Lisa pour la première fois au tapis avec sa maman, elle a 1 mois et demi. J'observe une attitude préférentielle de la tête tournée du côté gauche avec un mouvement d'extension au niveau du cou. Je fais passer un objet lentement devant ses yeux pour savoir si c'est dû à la lumière prédominante de ce côté ou à un torticolis, souvent consécutif à l'accouchement. Elle regarde bien et sa poursuite oculaire est bonne, elle décroche au niveau de l'axe, ce qui est normal à son âge. Lisa s'oriente vers la voix de sa maman, ce qui indique de bonnes facultés auditives. Sur le ventre, elle lève un peu la tête en prenant appui sur ses avant bras. Je souligne toutes les compétences de Lisa, à sa maman émerveillée. Mais sa tête reste préférentiellement maintenue à gauche. Madame me dit qu'elle avancera le rendez-vous qu'elle avait pris chez l'ostéopathe.

Lisa est beaucoup portée et bercée dans les bras de sa maman. Elle pleure fréquemment et s'apaise difficilement. Seuls les bras parviennent à la calmer : elle a besoin d'être contenue. En ce sens, les infirmières puéricultrices proposent à la maman de

l'emballoter. La maman accepte et l'utilise par la suite voyant que Lisa parvient à apaiser ses pleurs et à s'endormir lorsqu'elle est rassemblée.

À 2 mois, après un rendez-vous chez l'ostéopathe, Madame m'informe que Lisa avait un torticolis à droite (d'où sa tête tournée à gauche). Au tapis, j'ai maintenant l'impression que sa tête est tournée vers la droite, sur le ventre comme sur le dos, ce que me confirme sa maman. Ceci peut être consécutif à la séance encore récente. Lisa suit bien les mobiles et les visages, oriente son regard et sa tête à droite comme à gauche. Elle sourit et gazouille lorsqu'elle est en état d'éveil calme, de plus en plus souvent.

7) Sortie

La sortie est envisagée assez vite sur demande de la famille, même si cette maman reste fragile. Madame D reconnaît les bénéfices de l'hospitalisation pour les liens avec sa fille, d'être épaulée par les professionnels. Elle pense qu'un séjour précoce à l'UHMB lui aurait évité la psychiatrie adulte. Elle craint une recrudescence des symptômes après son retour à domicile, ses futures grossesses et souhaite faire appel au service si besoin. Elle parvient à se projeter en envisageant la reprise de ses cours de chant. Le retour à domicile a lieu le 20/12/18, après trois semaines d'hospitalisation.

8) Perspectives

Tout un étayage médico-social est organisé pour la sortie. Des rendez-vous sont pris pour Madame D, au CMP adulte ainsi que pour reprendre l'intervention d'un TISF. Pour Lisa, une visite à domicile par l'infirmière puéricultrice de la PMI est programmée ainsi que dans le centre de périnatalité. Un rendez-vous de synthèse avec la pédopsychiatre est fixé en janvier pour faire un point sur le retour à domicile. Madame annule cette rencontre informant l'unité que le quotidien se déroule bien. Le traitement antidépresseur est maintenu à dose plus faible et l'anxiolytique en cas de besoin.

Madame souhaite reprendre le travail dans un an afin de se consacrer à sa fille. Elle a envoyé le faire-part de naissance de Lisa à l'unité en ajoutant un petit mot manuscrit pour remercier l'équipe de son soutien et pour informer que toute la famille allait bien.

Discussion

« Tant que l'on ne s'est pas quitté soi même, tout est prétexte à attachement. »

Marie de Solemme dans La grâce de solitude en 1996 ⁸⁷

⁸⁷ (Solemme, 1998)

I- Lecture psychomotrice de la dyade de Madame C et Alice

1) L'attachement

Comment porter quand on n'a jamais été porté ? Comment assurer un lien continu auprès de son enfant quand on a connu qu'abandons et ruptures ? Ces questions me taraudent encore lorsque je vois Madame C avec sa fille, qu'elle a choisi de garder pour surmonter la solitude, mais dont elle laisse tout le monde s'occuper sans distinction. Alice a peut-être permis de combler partiellement le vide qu'elle ressentait d'être loin de Fadoua. J'imagine la difficulté de devenir mère alors qu'elle ne l'a pas choisi. Premièrement suite à un viol décuplant la violence de cette maternité et deuxièmement, suite à une histoire d'amour qu'elle espérait pérenne mais dont son compagnon n'a pas voulu assumer les conséquences. Elle se sent illégitime, sa naissance ayant entraîné la mort de sa mère. Je repense à l'expérience de H. F. Harlow avec les femelles rhésus orphelines. Ces mères qui n'avaient connu ni liens maternels ni affection n'étaient mues que par le désir de tuer leur progéniture. C'est leur petit qui persévérerait dans un élan d'amour qui les soignait de leur psychose. Je ne peux m'empêcher de faire le lien avec Madame C, qui a certes eu une mère adoptive, mais qui a été maltraitée par ses frères et sœurs, a vécu de nombreuses séparations avec l'internat où elle se sentait exclue et trahie par sa famille. Elle n'a jamais fait le deuil de sa mère biologique, de sa mère adoptive, de son viol, de la séparation de Fadoua... Son psychisme ne peut être totalement sain après tant d'épreuves traumatisantes et aucune ressource interne ni externe pour élaborer. Ainsi, « le trouble psychiatrique est l'expression d'une interaction entre l'hérédité du sujet, les traumatismes endogènes et exogènes, la résistance propre de la personne. » ⁸⁸ J'imagine l'échec de son identité maternelle dès la phase de la grossesse puisque Madame a fait une décompensation maniaque et fut hospitalisée. La prise de conscience de la double filiation qui se jouait en elle a probablement fait remonter à la surface de sa conscience la disparition de ses mamans. Pour se protéger de cette réalité trop difficile, je suppose que son attachement maternel était disqualifiant. Il lui permettait de garder à distance ses origines, son vécu de mère... Je fais l'hypothèse que Madame devait avoir un attachement évitant avec sa mère adoptive pour se protéger des séparations qui rythmaient leur relation. En donnant à Alice un prénom clivé à ses origines, en écho à la seule personne réconfortante durant son hospitalisation, elle signe certainement l'échec de son individualité en tant que mère.

⁸⁸ (Scialom et al., 2015, p. 1) Page 10

Alice devra s'attacher à cette mère qui ne se considère pas comme telle. Je pense que Madame aime sa fille mais que son *caregiving* n'est pas totalement efficient. En effet, elle veut prendre soin d'Alice mais a des difficultés à identifier ses besoins et à s'adapter. Elle n'a pas la capacité de percevoir et d'interpréter le dialogue infra-verbal de son bébé ni d'y répondre rapidement et adéquatement de manière prévisible et cohérente. J'ignore si Madame sera toujours disponible en tant que base de sécurité tant pour la rassurer que pour l'inciter à explorer. Je pense qu'une difficulté majeure pour elle sera d'envisager d'autres besoins pour Alice que ses besoins vitaux. Madame C a connu un maternage à l'africaine lorsqu'elle était bébé et plus tard pour sa fille, même si ce n'est pas elle qui l'a élevée. L'attachement est universel, mais semble en Afrique plus dans une dynamique d'exploration que de base de sécurité. D'autres problématiques entrent en jeu : les puînés, le travail, les tâches ménagères... La figure d'attachement n'est pas toujours présente et disponible pour l'enfant qui trouve des figures subsidiaires pour grandir. Par sa situation précaire les priorités de Madame sont probablement qu'elle et sa fille soient en bonne santé, qu'elles aient à manger et un toit. Elle doit moins être dans des considérations de bien-être et d'épanouissement. C'est pour cela qu'elle la nourrit et l'endort facilement mais qu'elle ne voit pas l'intérêt de mettre Alice au tapis ou de l'emmener en balade. Sa pathologie la rend souvent indisponible tant durant ses phases de manies que de dépression. Face au visage absent de sa maman Alice a développé des moyens de compensation comme fuir sur le plan relationnel en s'orientant vers l'extérieur puis à utiliser ses capacités relationnelles pour accrocher toute personne qui répondait à ses sollicitations. Il lui arrive aussi de sourire et de s'agiter longtemps pour attirer l'attention de sa maman, c'est l'appétence symbolique du bébé à entrer en relation décrite par Marie-Christine Laznik, psychologue contemporaine⁸⁹. À l'instant où j'écris ces lignes, Alice a 6 mois et je peux témoigner de l'existence d'un attachement avec sa maman. En effet, les premières sorties seules de Madame lui ont permis de ressentir le manque de sa fille et l'importance de son rôle de mère. J'ai été témoin de retrouvailles touchantes de cette dyade où toutes les deux exprimaient leur soulagement par une étreinte. Alice peut tendre les bras quand elle voit s'approcher sa maman pour qu'elle la prenne et s'agripper dans ses bras pour lui faire comprendre qu'elle veut y rester. Je pense qu'elle la distingue comme figure principale d'attachement car elle se manifeste par des cris et une agitation motrice lorsque Madame passe près d'elle. Il lui arrive de pleurer pour exprimer son besoin d'être portée ou sa fatigue mais Madame lui impose la tétine pour ne plus l'entendre. En plus de ses capacités amoindries par sa pathologie pour comprendre Alice, elle risque de ne pas la laisser s'exprimer.

⁸⁹(Couvert, 2011) Page 34

2) Le dialogue tonique

Le portage de Madame C m'est rapidement apparu comme coulant et peu soutenant. Elle n'offrait qu'un seul appui sous le bassin d'Alice qui très jeune a du apprendre à tenir son axe, ce qui explique ses mouvements de flexion de la tête et d'hyper-extension des jambes au tapis. Pour moi, le portage coulant de Madame traduit son étayage psychique défaillant. Par son passé violent et abandonnique, ses situations matérielle et psychique précaires, Madame ne se considère pas assez forte pour porter ce bébé-pansement. Ses troubles bipolaires mettent à mal sa connexion avec la réalité et sa stabilité interne. Ainsi, elle éprouve des difficultés à établir des communications physiques et psychiques avec Alice puisque ses capacités réflexives sont atteintes par sa psychose. Le dialogue tonico-émotionnel dans ses dimensions corporelle et émotionnelle n'est pas efficient puisque Madame devait peu envisager sa propre corporéité en plus de celle de sa fille. Son *holding* physique n'était pas sécurisant pour Alice et son *holding* psychique pas toujours adapté puisque sa préoccupation maternelle primaire n'était pas efficiente. Elle ne pouvait être en totale symbiose émotionnelle avec Alice puisque sa pathologie psychiatrique la coupe de la réalité et de la subjectivité de sa fille. Son *handling* lui permettait de prendre soin d'Alice et de subvenir à ses besoins mais la modalité de plaisir en était exclue. Seule la survie comptait : elle devait bien manger et bien dormir même s'il fallait un peu forcer les choses. Cela plaçait son bébé dans une position de passivité qui protégeait Madame d'éventuelles manifestations expressives et subjectives qu'elle ne pouvait élaborer. Le *handling* à l'africaine est caractérisé par des massages toniques et globaux du corps. Il se transmet de générations en générations. Ce peau à peau privilégié mère-bébé lui donne un sentiment de détente et d'unité, il perçoit sa corporéité et ses limites.⁹⁰ Or, Madame faisait peu de massage à Alice, ce qui aurait pu compenser le manque de globalité que son portage ne lui apportait pas. Elle s'est peu occupée de Fadoua alors qu'elle était encore adolescente et qu'elle allait à l'école. Sa mère adoptive ne lui a peut-être pas transmis ces techniques.

Cependant, en plus du *holding* et du *handling*, la mère suffisamment bonne a deux autres fonctions⁹¹ : la présentation de l'objet et l'illusion anticipatrice. La première consiste à présenter au bébé le sein quand il l'envisage et non pas de façon impromptue, sinon il peut développer une anorexie ou une addiction face au nourrissage. La mère instaurera petit à petit un délai sans que son bébé soit désorganisé. Elle dosera le niveau de frustration de son enfant pour qu'il distingue la réalité de ses fantasmes. En

⁹⁰ (Lefèvre, 2011) Page 35

⁹¹ (Lefèvre, 2011) Page 32

découvrant le monde extérieur avec bienveillance et un cadre stable, le bébé renoncera à sa toute-puissance. Une trop longue attente peut faire perdre le sentiment d'unité du nourrisson. Chez Madame C, cette modalité était régulée par les rythmes d'Alice que notaient les infirmières. Elle se référait à elles pour savoir quand le prochain repas de sa fille avait lieu. Mais durant le biberon, elle était intrusive sans prendre en compte les manifestations ni les besoins d'Alice. C'est uniquement quand elle pleurait qu'elle s'arrêtait, inquiète que son bébé ne boive pas tout et soit possiblement en mauvaise santé. Alice doit sentir le cadre désorganisant de sa maman. La deuxième fonction, la nomination, introduit le bébé au langage, à la parole et à la communication. Sa mère est son premier interlocuteur, elle met en sens ses manifestations corporelles comme elles pouvaient déjà le faire *in utero*. La mère s'identifie comme destinataire du message de son enfant qu'elle interprète grâce à sa capacité d'illusion anticipatrice. Et lui pris dans cette boucle se sent expéditeur. Ceci intervient dans le cadre de la préoccupation maternelle primaire. On existe d'abord en étant nommé par notre mère. Madame C n'a pas les ressources pour assurer cette fonction. Elle a du mal à parler à sa fille car elle ignore ce qu'elle doit lui dire. Elle ne perçoit pas chez elle une personne à part entière dotées de compétences, notamment communicationnelles. Elle ne met pas de sens à ses mouvements involontaires ni à ses manifestations infra-verbales. Peut être sera-t-elle moins déconcertée quand Alice exprimera clairement ses besoins par le langage. C'est déjà le cas lorsque Madame appelle sa fille qui s'oriente vers elle en souriant. Je sens dans ces moments là qu'elle la considère comme un interlocuteur intègre.

La mère suffisamment bonne doit aussi avoir les qualités suivantes : la continuité, la fiabilité et l'adaptation progressive. La première est mise à mal en cas de dépression maternelle : « la survenue d'un épisode dépressif chez la mère, dont le regard s'éteint, ne communique plus rien au bébé ; celui-ci est alors perdu, il n'a plus de repères. Si la situation ne lui est pas expliquée, il n'a pas la capacité de prendre en compte cette défaillance et de l'intégrer »⁹². L'enfant a alors l'impression que sa maman est échangée. La seconde comprend la stabilité et la prévisibilité de la mère pour soutenir le bébé. La troisième sera de plus en plus mobilisée au fur et à mesure qu'Alice grandira et qu'elle sollicitera sa maman dans des domaines de plus en plus variés. La pathologie de Madame induit une discontinuité, une inconstance et des difficultés d'adaptation. D'autant plus si Madame n'observe pas son traitement elle ne pourra pas être une mère suffisamment bonne pour Alice. Il sera indispensable qu'un cadre externe stable prémunisse Alice du cadre interne désorganisant de sa mère, d'autant que sa maman n'a personne d'autre dans son entourage familial ou amical pour pallier ses difficultés.

⁹² (Lefèvre, 2011) Page 40

3) L'impact sur l'équipe

L'accompagnement de la dyade fut adapté selon l'état thymique de Madame C et l'âge d'Alice. Depuis son admission jusqu'à Noël nous tentions au maximum de la rejoindre dans son maternage. Nous avons rapidement observé que les interactions fantasmatiques étaient inexistantes, les interactions affectives non-ajustées et les interactions comportementales pauvres. Nous savions que la pathologie chronique de Madame était en cause mais elle est dans le déni de ses troubles et l'éducation thérapeutique est vaine. Lorsque je lui apportais des conseils pour le portage et le développement d'Alice, j'étais souvent démunie car il n'y avait aucun écho en elle. Elle me regardait muette avec un sourire gêné et je restais déconcertée devant ses gestes passifs. Elle ne me semblait pas incarnée et j'aurais souhaité faire avec elle un travail de conscience corporelle. Le vécu corporel contribue à remanier l'appareil psychique. En ancrant Madame dans sa réalité corporelle son psychisme se serait peut être stabilisé. Un travail psychomoteur sans passer par le toucher aurait été envisageable mais il aurait été intéressant de l'appréhender avec Madame pour qu'elle l'éprouve avant de le vivre avec Alice. Je conçois qu'elle appréhende ce canal sensoriel effracté et violenté par le passé. Elle doit vivre son enveloppe corporelle comme poreuse avec des angoisses d'intrusion et de persécution. Catherine Potel, psychomotricienne contemporaine, écrit que « le toucher est symboliquement proche du portage », or Madame refuse l'aide⁹³. Alice durant cette période se manifeste peu, comme en miroir avec sa maman.

Après les fêtes et jusqu'aux vacances d'hiver, Madame C a subi un épisode dépressif. Le projet thérapeutique a été repensé afin de l'étayer au mieux dans ses interactions avec Alice. Les moments d'absence et d'agressivité qu'elle pouvait avoir avec Alice sont devenus courants. Nous avons donc essayé de pallier ce manque en sollicitant Madame dans un premier temps. Mais face à son hermétisme et sa passivité nous avons décidé de faire avec Alice ce que sa maman ne pouvait lui proposer. Confronter Madame à ses manquements, même en l'accompagnant, lui renvoyait ses failles dans son rôle de mère. Alice avait de plus en plus de moments d'éveils calmes et était avide de découvertes. Les temps au tapis étaient nécessaires pour des explorations sensori-motrices et des interactions vivantes. Sa maman fuyait ces moments en nous laissant Alice ou en l'endormant. Ces instants étaient d'une grande violence pour moi car je me rendais compte que Madame me communiquait sa sidération et je me retrouvais en manque de créativité avec Alice. Des activités d'expression théâtrale auraient été intéressantes à

⁹³ (Baranes, 2010)

faire avec Madame, pour identifier les émotions et jouer avec. Ainsi, étayés sur les modalités toniques et sensorielles théâtrales, les niveaux affectifs et représentatifs auraient été mis en jeu par un médiateur. Cet espace transitionnel (ni dedans ni dehors) aurait permis à Madame de voyager loin de l'unité, elle qui se sentait si mal dans le service. Peut être l'expression psychocorporelle qu'induit le théâtre aurait remis en mouvements la symbolisation qu'elle aurait pu communiquer à sa fille. Alice pendant cette période s'est animée étayée par les soignantes, en contraste avec sa maman.

Après les vacances d'hiver, Madame a retrouvé une de joie de vivre qui entre en résonance avec la vitalité d'Alice, malgré sa situation irrégulière qui la pèse. Elle manque toujours d'initiative pour sa fille mais semble plus avenante et réceptive à nos conseils. Malgré tout, nous saisissons que la médecine occidentale ne fait pas sens pour elle. Ainsi, Madame fut reçue en entretien ethnopsychologique avec un interprète soussou. Nous étions nombreux afin de régler en communauté ses problématiques, comme il est coutume de le faire en Afrique. Nous avons fait un tour de table pour parler de nos origines et nos traditions familiales, matière pour que Madame raconte son anamnèse. Elle resta fermée, la tête basse, mais ce qu'elle exprimait dans sa langue maternelle avait plus d'intensité, même si elle parle correctement le français. Elle présentait des recrutements toniques et des signes d'anxiété, ses mains étaient nouées. Quand fut abordée la mort de sa mère biologique elle s'énerva « vous ne pouvez rien faire pour moi, on ne peut pas changer le passé, je me construis sur ma souffrance ». Soudain elle s'effondra en sanglots en se recroquevillant. L'émotion était palpable dans la pièce, certaines soignantes pleuraient. J'étais touchée et soulagée pour elle mais j'ai maintenu mon cadre interne pour qu'elle se sente soutenue. Madame sortit un instant puis revint. La psychologue lui proposa d'acheter un pagne, pour observer l'écho que cette proposition avait en elle. Madame refusa violemment en proclamant qu'elle était là grâce à Dieu. Elle ajouta qu'elle ne voulait pas d'autre consultation et partit. La psychologue nous expliqua que cette patiente n'avait ni ancrages, ni capacités d'élaboration et aucune connaissance sur ses origines : l'absence de filiation et de père semble se répéter comme une malédiction dans sa vie. Elle ajouta qu'elle n'était pas animiste mais musulmane et qu'il serait difficile de lui faire des propositions thérapeutiques puisqu'elle mettait tout sur le compte de Dieu. Sa colère après son effondrement est un bon signe de vie. Elle m'indiqua qu'il faut passer par le corps avec cette patiente qui ne peut pas élaborer par la parole. Le lendemain, Madame s'alcoolise, fait une décompensation maniaque et est hospitalisée en psychiatrie adulte. Nous supposons qu'elle nous a montré sa vulnérabilité pour mettre un terme à l'hospitalisation conjointe. Une IP sera rédigée et Alice probablement placée car l'hospitalisation de sa maman s'annonce longue.

II- Lecture psychomotrice de la dyade de Madame D et Lisa

1) L'attachement

Je souhaite d'abord analyser l'attachement de Madame D à sa propre mère pour comprendre celui qu'elle développera avec sa fille. Je pense qu'il est du type autonome car elle peut évoquer son passé avec une juste distance émotionnelle (notamment le sentiment d'abandon qu'elle a ressenti au départ de sa mère pour la France alors qu'elle était encore adolescente). Si Madame a pu développer son identité maternelle durant les neuf mois de gestation, elle fut mise à mal lors du retour à domicile. Cette deuxième phase de l'émergence de l'identité de mère est ordinairement source d'inquiétudes et c'est à ce moment là que l'entourage de mères avisées prime. Premièrement, Madame n'a pas su surmonter ses angoisses qui l'ont sidérée au point de devenir pathologiques. Deuxièmement, bien que les grands-mères de Lisa soient présentes, Madame n'a pas pu s'identifier à elles. Alors que sa propre mère était indisponible et centrée sur ses problématiques, elle n'a pas été un soutien pour sa fille. Quant à sa belle-mère, Madame a vécu ses conseils comme moralisateurs et culpabilisants. Ces deux figures ont accentué de façon intentionnelle le sentiment d'incompétences qu'elle éprouvait déjà face à ses responsabilités maternelles. La prise de conscience de son rôle d'assurer la survie de sa fille et de créer un accordage affectif avec elle a sûrement été bouleversée par l'impression d'être mal-aimée de sa propre mère. Avec l'apparition de la double filiation, le triangle mère/bébé/grand-mère a bien plus impacté son maternage que le triangle mère/bébé/père. Par l'éloignement physique et psychique de sa mère, la transgénérationnalité n'a pu être effective et symbolisée. Les angoisses infantiles dont Madame se protégeaient sont réapparues avec la grossesse et les remaniements psychiques qu'elle induit pour laisser place à la psychose. Par ailleurs, le *caregiving* de Madame me semblait tout à fait adapté : au-delà de tout l'amour qu'elle portait à sa fille, elle désirait répondre à ses besoins. Ses capacités à les reconnaître étaient amoindries par sa pathologie mais l'intention était présente. La relation actuelle avec sa mère est source de conflits et d'inquiétudes, je pense qu'elle imagine que sa mère n'a jamais été adaptée à ses besoins. Dans cette dynamique, je pense qu'elle souhaite contrebalancer le maternage défaillant qu'elle imagine avoir reçu. Son niveau d'exigence pour Lisa était très haut et elle ne s'autorisait aucun droit à l'erreur. Je pense qu'elle souhaite un attachement sécure avec Lisa puisqu'elle doit considérer avoir eu un attachement anxieux évitant avec sa figure principale d'attachement.

Même si les comportements d'attachements sont prégnants autour de la première année de vie de l'enfant, j'ai pu observer leurs prémices. Lisa est restée neuf mois dans le ventre de sa maman et vivait au gré des battements de son cœur, du son de sa voix et de son odeur. Madame D prolongeait ces flux sensoriels lorsqu'elle portait sa fille sur son épaule gauche, cœur contre cœur, sa tête au creux de son cou et qu'elle lui parlait tendrement en russe. C'est probablement pour cela que Lisa était si bien dans les bras de sa mère où elle devait retrouver un environnement connu et des modalités du dialogue infra-verbal utérin. Si à deux mois les figures d'attachement sont indifférenciées, Lisa a rapidement été accompagnée uniquement par son papa quand sa maman était hospitalisée en SPL. Madame s'est occupée d'elle quand ses permissions sont devenues plus fréquentes et plus longues, mais sa fille passait plus de temps avec son conjoint. Ce point soulève plusieurs hypothèses. Tout d'abord, le lien particulier qui s'est créé entre Monsieur et Lisa peut expliquer sa réticence à l'hospitalisation conjointe de sa femme et de sa fille qu'il « perdait » pour une durée indéterminée. Ensuite, son rôle ordinaire de père a été remanié assez fortement. Il n'était plus question pour lui de contribuer à l'ouverture de la dyade et d'en atténuer la symbiose puisque les circonstances de la pathologie de sa compagne lui ont imposé de prendre son rôle. Avec l'hospitalisation de Madame, il a subi l'éloignement physique et psychique de Lisa passant pour elle de sa figure « principale » à un étranger. J'imagine la dureté de ce contexte pour Monsieur qui n'a peut-être pas conscience qu'il a laissé des traces dans le vécu de sa fille. Je suppose que la figure d'attachement principale de Lisa sera sa maman puisqu'elle passera plus de temps avec elle, son père ayant repris le travail. Mais la distinction entre ses deux parents ne sera peut-être pas aussi franche. Chacun leur tour ils ont été pour Lisa ses principaux *caregiver*. Cependant, ils sont tous deux touchés par des symptômes dépressifs et devront se relayer auprès d'elle selon leur disponibilité psychique. Grâce à ses modèles internes opérants Lisa saura quelle base de sécurité est la plus stable pour qu'elle explore et grandisse sereinement. En fonction des expériences plus ou moins désorganisantes qu'elle vivra avec ses parents, elle identifiera lequel est le plus adapté à ses besoins selon les situations, et figure principale d'attachement émergera peu à peu.

Je souligne que la construction psychique du premier « Moi » de l'enfant implique qu'il soit en relation. Elle émerge des rencontres répétées entre la figure maternelle et son enfant, notamment via les modalités sensorielles. Le psychisme émerge ainsi des expériences corporelles. Les premières expériences relationnelles donnent à l'enfant le sentiment d'être enveloppé par l'attention de ses parents, pour qu'il construise ses premières limites corporelles (dedans/dehors) et psychiques (moi/l'autre) en toute sécurité. Pour s'individualiser il faut bien s'attacher pour bien se détacher.

2) Le dialogue tonique

La première chose qui m'a frappée lorsque j'ai rencontré Madame D et Lisa, c'est leur fusion qui compensait peut-être la séparation qu'elles viennent de subir. Madame tenait à avoir sa fille le plus souvent dans ses bras, sa joue tout contre la tête de Lisa qu'elle portait assez haute sur son épaule. Son dialogue tonique semblait adapté bien que Madame se laissait déborder et envahir par les pleurs de Lisa. Elle ne parvenait pas à l'apaiser et à identifier que son propre recrutement tonique pouvait mettre à mal le retour au calme de sa fille. Un travail de conscience corporelle aurait été intéressant avec cette maman pour l'ancrer à la réalité matérielle de son corps.

Je vais reprendre les quatre modalités vibratoires de H. Wallon pour analyser le dialogue tonico-émotionnel de Madame D. Le lien tonique éprouvé dans le portage était globalement adapté aux besoins de Lisa. Il a pu être repris avec Madame de bien offrir des appuis bassin et tête à sa fille. Elle pouvait soutenir son bassin dans le creux de son coude mais laisser sa tête et ses bras plus lâches sur son épaule. Je me demande si elle était toujours très solide sur ses appuis et dans son axe, elle me donnait l'impression d'être parfois un peu vacillante. J'ai moins observé le lien sensoriel qui passe par le palper, car j'étais absente lors des soins de change ou le bain. Lors du portage, il arrivait que Madame caresse le dos ou le visage de sa fille, de façon légère. Il aurait été pertinent de l'initier au massage pour les bébés afin qu'elle fasse ressentir à Lisa sa corporéité et ses enveloppes. Le lien affectif s'établit par les paroles que le parent attribue à l'état tonique de son enfant. Il me semble que sur ce point, Madame se trouvait en difficulté face aux pleurs de son bébé. Selon moi, elle avait du mal à distinguer les besoins de sa fille pour deux raisons. D'abord, elle avait eu peu d'occasions de s'occuper en autonomie et de manière continue de Lisa. Or, même pour une mère « ordinaire », il faut quelques semaines pour identifier les pleurs de son bébé ainsi que leur signification. Ensuite, cette maman était envahie par son angoisse d'être une mauvaise mère et je pense que cela l'empêchait de rejoindre sa fille dans sa subjectivité. J'imagine que les pensées incessantes qui la faisaient douter de ses compétences maternelles prenaient trop de place pour qu'elle s'en détache. C'est dans ses moments d'impuissance qu'elle passait plus facilement le relais aux infirmières. L'affectif impacte le lien de la pensée. La fonction alpha de Madame D devait être mise à mal par son angoisse : elle ne pouvait détoxifier les vécus psychocorporels de Lisa puisqu'elle-même était submergée d'éléments bêta. Le dialogue tonico-émotionnel de la dyade était partiellement efficient et soutenu par un fond d'anxiété. Le premier tome d'enseignement de psychomotricité précise que « si le sujet n'est plus capable de différencier l'objectivité de la subjectivité

apparaît alors la maladie mentale. L'action du fantasme peut dégrader plusieurs niveaux de la perception au réel [...] : la perception, les affects, la corporalité »⁹⁴.

La symbiose émanant de cette dyade me fait croire que Madame D avait une réelle préoccupation maternelle primaire pour sa fille dont elle avait à cœur de prendre soin. Pourtant, je garde l'impression étrange qu'elle se servirait de Lisa pour se réassurer et s'apaiser elle. Elle contiendrait physiquement sa fille mais l'utiliserait inconsciemment pour se supporter psychiquement. Ceci pourrait expliquer pourquoi Lisa avait si souvent besoin d'être emmaillotée et bercée dans les bras d'une infirmière lorsque ses pleurs perduraient. Elle avait besoin d'enveloppes physique et psychique stables et non poreuses pour s'apaiser. Madame a appris à synchroniser son accordage affectif en fonction des besoins de Lisa en apprenant à traduire son langage tonique.

Il est primordial que la mère reconnaisse les signaux de son enfant et s'exprime en retour selon son ressenti. L'enfant saura envoyer d'autres messages en cas d'incompréhension. Ces échanges adaptatifs répétitifs vont donner naissance au dialogue d'abord tonique puis verbal. J. De Ajuriaguerra précise que « savoir si les mécanismes sont appris ou acquis perd de son importance lorsqu'on se place sur le plan de l'interaction »⁹⁵. La préoccupation majeure doit être l'observation de ces mécanismes chez chaque interlocuteur, initiant ou répondant au dialogue. Cette communication mutualisée va devenir source de plaisir. Nous nous construisons par notre potentiel biologique mais toujours en lien avec l'autre qui soutient nos potentialités, les amplifie par l'interaction et l'imitation. Les postures et expressions de l'enfance sont des engrammes jaillissant chez l'individu seul ou en relation. L'autre est omniprésent de manière hostile ou amicale avec ses postures et ses expressions miroir du propre passé ou d'une singularité à explorer. Moi et l'Autre se confondent dans leur individualité et dans leur altérité. L'identité se forge au fil du temps par les interactions qui vont singulariser et autonomiser l'individu. Au-delà de la maturation biologique ce sont les expériences, notamment relationnelles, qui construisent l'être. J. De Ajuriaguerra précise bien que « le plaisir et l'objet de plaisir ne sont pas ressentis comme la conséquence de l'aide de l'autre ; ils sont confondus dans la primégénie de l'attachement »⁹⁶. Le soutien corporel offert par l'adulte, éventuellement accompagné de bercements et de comptines, permet à l'enfant de se blottir et d'être maintenu par un contact physique et psychique. Ce sont ces maillages psychocorporels qui participent à l'attachement.

⁹⁴ (Scialom et al., 2015, p. 1) Page 10

⁹⁵ (Ajuriaguerra et al., 2010) Page 275

⁹⁶(Ajuriaguerra et al., 2010) Page 271

3) L'impact sur l'équipe

L'établissement d'une alliance thérapeutique avec la famille D fut difficile par l'ultimatum de l'échéance de sortie avant Noël posé dès le début de l'hospitalisation. L'équipe a rapidement identifié que Madame voulait faire au mieux pour sa fille et se mettait énormément de pression pour cela. Malgré sa maladresse et le désarroi qu'elle a pu souvent ressentir devant les pleurs de Lisa elle a mis du temps avant d'accepter de passer le relai. Je pense qu'elle voulait se prouver à elle-même qu'elle était capable de s'occuper seule de sa fille. Ceci peut aussi expliquer pourquoi le couple se renseignait sur internet pour comprendre les diverses manifestations de Lisa. Durant la période où ils étaient seuls avec ce premier enfant, ils cherchaient de l'aide par leurs propres moyens. C'est dommage qu'ils ne se soient pas saisis de l'expertise des médecins et des infirmières qui leur apportaient d'autres éléments de réponses. Ce manque de confiance a renforcé le clivage entre ce couple hermétique et les soignants. Le contact était distant avec Monsieur mais Madame a pu se saisir des conseils qui lui ont été donnés. Elle était d'abord un peu sceptique mais adoptait vite les soins bénéfiques pour Lisa, comme l'emballage, qui apaisait son bébé puis elle-même. De même pour l'allaitement, elle a difficilement entendu que sa façon de faire était trop longue et délétère pour son bébé. Il est rapidement apparu que Madame prenait des initiatives adaptées pour Lisa (faire une balade, la mettre au tapis) et gérait de mieux en mieux son anxiété, alors les infirmières étaient présentes pour répondre aux interrogations de Madame sans être envahissantes. Elle avait de bonnes interactions avec Lisa et aucune négligence n'était à surveiller. Les médecins auraient souhaité approfondir l'anamnèse de Madame pour l'aider à faire le lien entre sa dépression du *post-partum*, son enfance, sa relation actuelle avec sa mère. Je pense qu'il était trop dur pour elle d'explorer son passé. Elle n'était pas soutenue par son conjoint pour le faire et elle avait des bénéfices secondaires à ce qu'il écourte l'hospitalisation. Pourtant, je pense qu'elle aurait préféré quitté l'unité quand elle se serait sentie prête et moins anxieuse. Elle doutait encore beaucoup de ses capacités maternelles quand elle est partie. L'hospitalisation conjointe a permis à Madame d'expérimenter le portage physique et psychique de sa fille dans un environnement soutenant. Démunie devant les pleurs de Lisa elle a pu compter sur l'équipe soignante pour l'aider à identifier ses besoins ou à passer le relais en cas de difficultés. Une réassurance verbale était indispensable pour renarcissiser Madame, un étayage psychocorporel aurait été l'idéal. Sa psychose du *post-partum* fut assez rapidement accompagnée et résorbée pour ne pas impacter leurs relations précoces de manière durable et permettre que s'établissent les fondations solides d'un attachement.

La théorie de l'attachement pousse l'enfant à maintenir une proximité physique et psychique avec sa figure d'attachement. Il intériorise peu à peu une sécurité et un lien affectif qui lui permettront de devenir autonome. Ceci est simultané à la permanence de l'objet qui lui permet de concevoir sa figure d'attachement même en son absence. En ressentant les différentes tonicités de ses porteurs, le bébé vit des expériences sensorielles multiples. L'enfant apprend peu à peu à identifier les différentes sensations selon son état de tension ou de détente et les perceptions qui en émergent. Par la transmodalité de son étayage psychomoteur, il parvient petit à petit à la symbolisation sans intervention extérieure d'un adulte. Le dialogue tonique est un outil thérapeutique majeur du psychomotricien⁹⁷. Par son accordage ou son asymétrie à la tonicité du patient, le thérapeute lui offre un nouveau panel d'expériences relationnelles. Le patient intègre ses vécus corporels toniques et par transmodalité peut parvenir à les transformer en sensations, en affects et en représentations symbolisées. La psychomotricité permet une rétroaction du corps sur l'esprit. Je pense qu'il aurait été très intéressant de travailler avec Madame D sur la régulation tonique pour qu'elle éprouve dans son corps le recrutement et le relâchement toniques. Madame devait encore prendre conscience qu'elle devait être détendue et stable tant physiquement que psychiquement pour que Lisa le soit aussi. Des séances conjointes de relaxation mère-enfant avec le gros ballon auraient été une bonne indication pour cette dyade. Un travail de prise de conscience de son axe, de ses appuis et de ses enveloppes aurait favorisé son sentiment d'intégrité corporelle. Des séances conjointes au tapis auraient permis de souligner les compétences et les progrès de Lisa. J'imagine l'écho chez cette maman fragile. Un tiers, ici la psychomotricienne, serait témoin du bon développement de sa fille dont Madame est la principale garante. En observant l'ensemble des capacités de sa fille, Madame serait à la fois émerveillée et comprendrait que tout ne repose pas sur elle, que son développement est programmé. La maman serait à la fois reconnue compétente et en même temps partiellement déresponsabilisée. Elle qui se mettait une telle pression à être une mère parfaite aurait été soulagée de savoir qu'elle n'est pas responsable du développement biologique de sa fille mais l'étaye. Cette guidance parentale permettrait de souligner les compétences et l'influence de chaque protagoniste de la dyade et ainsi favoriser leurs interactions. La psychomotricité nomme les aspects toniques, sensoriels, affectifs et représentatifs de l'individu quand les patients ne sont pas en capacités de le faire. Ainsi, la prise de conscience de toutes les modalités constitutives de l'Homme, qu'il soit sain ou malade, impacte à la fois son sentiment d'individualité et de similarité. Il comprend qu'il existe seul et grâce aux autres, favorisant ainsi son attachement.

⁹⁷ (Ajuriaguerra, 1962)

III- Un attachement thérapeutique ?

1) Chez les référentes infirmières

L'origine de cette réflexion est issue des observations que j'ai faites dans l'unité, en particulier avec des enfants de 8 mois, hospitalisés parfois depuis leur naissance, qui exprimaient préférentiellement leurs besoins d'attachement à leur référente infirmière. Quand elle passait à côté d'un bébé alors qu'il était dans les bras de sa mère, il tendait les bras vers elle et manifestait des pleurs et des cris pour qu'elle le porte. Malgré la violence de cette scène j'avais l'impression qu'il n'y avait aucun retentissement chez la maman. Deux interprétations sont possibles : soit elle camouflait son ressenti, soit sa pathologie psychiatrique chronique l'empêchait de symboliser ce qui se jouait devant ses yeux. Probablement un peu des deux. Au moment de la sortie de l'hospitalisation, la séparation est difficile et pleine d'émotions chez l'infirmière qui pendant de longs mois avait soutenu la patiente et avait souvent pris son relai pour compenser ses incapacités. L'enfant, par son comportement, semble nous montrer que c'est la soignante qui tient lieu de figure principale d'attachement. Ceci peut expliquer l'émotion de l'infirmière au départ du bébé qui a mobilisé chez elle des ressources peut-être plus intimes que dans une relation soignant-soigné ordinaire. De par son âge et sa vulnérabilité, le bébé mobilise une attention soutenue ainsi que des éléments identificatoires forts du côté de la maternité de la soignante : quelle mère étais-je, quelle mère suis-je, quelle mère serai-je, quelle mère ne serai-je jamais ? Malgré l'objectivité de nos formations, nos métiers au cœur de l'humain sollicitent ce que nous sommes en tant qu'individu : nos représentations, nos identifications, nos référentiels, nos failles... Et notre attachement. Mais est-il le même que celui activé dans notre sphère privée ? Comment rendre thérapeutique un système si primitif et intime ? Une de mes hypothèses est de prendre conscience de sa nature et de sa mobilisation dans les accompagnements. Mais aussi en prenant du recul sur les situations cliniques et sur le rôle que l'on peut jouer pour la dyade. Le cadre institutionnel contribue à la distance thérapeutique par le lieu externe qu'il représente et par les temps dédiés à l'élaboration clinique pour les soignants. Les transmissions sont un temps de narration du quotidien où la parole permet une forme d'élaboration et de recul sur la situation vécue dans les faits. Les échanges de points de vue offrent d'autres angles d'approche de la dyade. Des temps d'analyse de la pratique sont d'après moi indispensables car une personne extérieure au service apporte un regard neuf et neutre à des situations cliniques qui ankylosent facilement les équipes.

L'attention aux soins périnataux est due à Emmi Pikler (1902-1984), une pédiatre et psychiatre hongroise, qui a remarqué que dans les pouponnières le traitement aseptisé et mécanique des bébés est délétère. Le minimum d'échanges et de chaleur entravent leur développement. Ils survivent biologiquement mais meurent psychiquement. Elle crée une pouponnière, la maison Lóczy, où elle instaure le système de référence pour les soins de l'enfant, favorisant l'attachement. Elle prône également la motricité libre qui permet le développement psychomoteur⁹⁸. Myriam David (1917-2004), une psychanalyste, pédiatre et psychiatre française, a fait connaître ses travaux en France. Pour elle, l'absence de soins mène à la destruction absolue : l'atteinte des besoins primaires. Quand le corps est trop atteint, maltraité, la psyché s'arrête et devient abjecte. Le réconfort et l'intégrité humaine vont au-delà des besoins primaires pour le petit d'Homme et sont vitaux. C'est dans cette perspective que la plupart des institutions périnatales ont adopté la méthode Lóczy qui est dans la lignée directe des fondateurs de la théorie de l'attachement comme R. Spitz et H. F. Harlow. Ainsi, dans l'unité, les mamans peuvent prodiguer des soins assez mécaniques et pragmatiques à leur bébé. Elles ne sont pas en capacité de le nourrir d'affects et de représentations. Il leur importe qu'il mange et qu'il dorme bien soit parce que leur précarité induit des préoccupations de l'ordre de la survie soit parce que leur pathologie psychiatrique les coupe de la symbolisation. Ainsi donc, l'infirmière référente pallie ce manque et devient une double figure d'attachement pour la dyade. En effet, elle comble les failles de la figure d'attachement primaire pour le bébé en verbalisant ses ressentis, en le réconfortant et devient aussi une figure d'attachement pour la maman. La demande d'aide est une composante de l'attachement, donc la patiente cherche dans la relation thérapeutique une figure à laquelle se raccrocher quand elle est en difficulté. Ainsi, l'institution devient sa base de sécurité à partir de laquelle elle peut explorer sa maternité et vers laquelle elle peut se réfugier si elle a besoin de réassurance. Ce cadre de santé est incarné par les infirmières référentes qui sont les principales interlocutrices du quotidien de la dyade. Je ne pense pas exagérer quand je soutiens que l'infirmière référente représente pour la patiente la mère à laquelle elle ne peut pas s'identifier à cause de son absence, son éloignement, leurs conflits, leurs liens précoces... Le soignant devient le symbole d'une famille retrouvée par les fonctions de mère et de grand-mère que la maman projette sur lui à défaut d'avoir d'autres identifications. En cas d'échec de mise en place d'une alliance thérapeutique, il faut se poser la question d'éventuels conflits interactionnels comportementaux, affectifs ou fantasmatiques qui surgiraient du passé de la patiente. Elle peut rejouer dans un cadre sûr son histoire pour la symboliser et se l'approprier.

⁹⁸ (David, Appell, Pikler, & Falk, 1973)

2) La spécificité de la psychomotricité

En approfondissant la théorie de l'attachement, j'ai remarqué à quel point la psychomotricité était dans la même dynamique théorico-clinique. Le triangle psychomoteur⁹⁹ illustre les trois composantes interdépendantes essentielles à un équilibre psychomoteur sain. Si l'une d'elle est carencée alors l'individu ne se développe pas harmonieusement et présente un trouble. Ainsi, sont en perpétuelle influence chez le sujet ses sphères psychoaffective, biologique et environnementale. Dans l'histoire de la médecine, la dimension biologique est depuis toujours admise comme fondement de la bonne santé d'un sujet : s'il avait le tétanos il décédait. Au XIX^{ème} siècle, des mesures concrètes de prévention de l'influence de l'environnement sur l'état de santé de l'individu sont prises : des outils propres et le port de gants prévenaient le tétanos. Ce n'est qu'un siècle plus tard que la dimension psychoaffective du sujet fut étudiée et prise en compte : le suivi psychologique d'un patient atteint de tétanos contribue à sa santé. Si l'Homme occidental a établi des professions de santé de manière dichotomique, la psychomotricité est née de la volonté de souligner la complexité de l'être humain. En concevant un accompagnement unique prenant en considération la globalité de l'individu qu'il suit, le psychomotricien adopte une vision holistique. Il tend à un mieux-être de son patient qu'il conçoit comme une unicité. Ainsi, la théorie de l'attachement est issue des trois grandes évolutions médicales pour parvenir aux mêmes conceptions que celle de la psychomotricité, en 1958 : le petit d'Homme ne peut se développer sainement seulement si ses dimensions biologiques et environnementales sont prises en compte. Le lien entre ces deux entités est illustré par le dialogue tonico-émotionnel. Le portage du nouveau-né sain vivant dans un environnement attentionné prend tout son sens si une part affective est accordée à l'enfant. Être porté et en bonne santé participe à sa survie à l'unique condition qu'un échange émotionnel colore les interactions. Dans cette perspective, la dimension physique de la théorie de l'attachement évoquée par J. Bowlby devient centrale. C'est en ressentant l'Autre dans sa corporéité qu'un ajustement d'abord tonique a lieu, puis sensoriel, puis affectif et enfin représentatif, pour reprendre la théorie de l'étayage psychomoteur de S. Robert-Ouvray. Le dialogue tonique est un mode de communication infra-verbal plus abordable quand la parole et la symbolisation ne sont pas accessibles pour le parent. Le sentiment de sécurité que l'enfant perçoit de l'accordage psychocorporel avec son *caregiver* lors des interactions précoces, participera à la mise en place de la figure d'attachement à venir. La sécurité de base qu'elle deviendra mettra à nouveau en jeu le dialogue tonico-émotionnel.

⁹⁹ Une illustration de triangle psychomoteur est disponible en annexe IV

Concrètement en psychomotricité, il faut sensibiliser les parents à l'attachement qu'ils ont avec leur bébé et au dialogue tonique qui est leur mode de communication privilégié. Le premier consiste à mettre en exergue la place unique du parent pour son enfant dès sa vie intra utérine. La prise de conscience de toute la sensorialité que le nouveau-né connaît déjà de sa mère souligne pour elle l'importance de sa présence auprès de lui. Nommer cette maman comme figure principale du quotidien de l'enfant sur laquelle il peut s'appuyer pour mieux découvrir le monde la met en valeur. Le deuxième peut être travaillé par le prisme de la conscience corporelle et de la régulation tonique afin que le parent sente dans son propre corps la détente ou la tension qu'il est susceptible de communiquer à son bébé. Une attention toute particulière est portée au portage qui s'il est défaillant physiquement l'est psychiquement. Par son regard moniste, le psychomotricien est le professionnel de santé le plus formé à observer les manifestations physiques d'un psychisme défaillant et *vice versa*. Il contribue au dialogue tonico-émotionnel du parent en l'aidant à porter, à palper, à parler et à penser son enfant. Le psychomotricien utilise son propre dialogue tonique pour porter dans toutes ses sphères constitutives la dyade. Lui aussi mobilise son attachement pour devenir une figure d'attachement maternelle à la fois pour la maman et le bébé. Par son accompagnement contenant il devient la base de sécurité dans laquelle chaque protagoniste du couple mère-enfant vient se ressourcer, comme auprès d'une mère. Il incarne aussi, le moment voulu, ce père qui met du tiers dans la symbiose et qui ouvre sur l'extérieur la dyade. Le psychomotricien représente la facette dynamique de la base de sécurité qui encourage le bébé à explorer et la mère à lâcher-prise. Si la mise en mots des échanges est impossible pour le parent, la médiation corporelle permet une mise en corps qui prend son sens dans l'instant ou dans l'après-coup, en autonomie par le sujet ou par une élaboration conjointe avec le psychomotricien. Il est garant des interactions précoces notamment comportementales, visuelle, acoustique et corporelle, qui sont précurseurs des interactions affectives et fantasmatiques. En soulignant au parent tous les canaux de communication qu'il a avec son enfant, il lui offre un panel plus large de possibilités d'échanges. De même, en décrivant son bébé comme compétent et acteur des interactions le psychomotricien dédouane le parent de se sentir entièrement responsable des dysfonctionnements de communication et le pousse à observer son enfant dans toute sa subjectivité pour saisir ses messages. Le psychomotricien offre au parent qui a des troubles psychiques une médiation physique qui le met en contact avec son propre corps avant de pouvoir accéder au corps de l'Autre. La psychomotricité témoigne ainsi « de la motricité des processus psychiques »¹⁰⁰.

¹⁰⁰ (Baranes, 2010) Page 49

3) Dans une perspective éthnopsychiatrique

Il est à mon sens primordial de travailler avec les modes de pensées du patient, surtout quand son rapport à la réalité est altéré par sa pathologie. Les soignants doivent le rejoindre dans sa réalité pour l'accompagner au mieux sur le chemin thérapeutique qui résonne en lui. Ainsi est née l'éthnopsychiatrie, au croisement de l'anthropologie et de la psychologie clinique. Tout comme un patient occidental atteint de dépression ne comprendrait pas qu'on lui fasse boire une décoction de plantes, un patient africain persuadé d'être victime des mauvais sorts d'un sorcier ne verrait pas l'intérêt de prendre des antidépresseurs. Je suis partisane de la logothérapie, une branche de la psychologie clinique qui consiste à accompagner le patient avec ses représentations et ce qui fait sens pour lui. Ce sera au soignant d'amener le patient à mettre en lumière ses carcans inconscients qui dictent involontairement ses actes et ses pensées. Si chaque protagoniste avance avec ses convictions sans jamais rejoindre l'Autre alors leurs routes continueront infiniment sans jamais se croiser. Il n'y aura pas alliance thérapeutique et l'accompagnement thérapeutique se soldera forcément par un échec. La logothérapie, quelle que soit l'origine du patient, permet de le rejoindre dans son intime grâce à l'empathie différenciatrice. Le thérapeute saisit, sans y adhérer, que le moteur d'un patient est l'argent, d'un autre la famille, d'un autre le travail, d'un autre le sport... Cet aspect colorera la pathologie du patient et ses symptômes, ses façons d'agir et de penser de manière unique. Au-delà de toutes les classifications nosographiques et sémiologiques qui classifient le patient d'après sa pathologie, le chemin inverse est effectué. En saisissant d'abord la personnalité et les représentations du patient, son individualité apparaît avant de l'identifier à l'universalité des autres patients atteints de la même maladie. Dans nos sociétés occidentales où l'efficacité et les plans de santé de grande envergure priment, l'éthnopsychiatrie et la logothérapie renouent avec l'Homme dans son unicité. Nous ne prenons pas en charge « un bipolaire » mais nous accompagnons une personne à part entière atteinte de bipolarité. Considérer l'individu par nature plutôt que via le prisme de la pathologie le replace au premier plan. L'empathie est la faculté qui nous permet de rejoindre les souffrances de la personne au-delà des symptômes classiques qu'elle présente. Ils sont emprunts de sa subjectivité dans leur expression, leur retentissement, leur signification... Un patient atteint de céphalée les attribuera à sa fatigue, au soleil, à un phénomène héréditaire. L'accompagnement thérapeutique se basera sur le sens que le patient donne à sa pathologie et à son expression psychocorporelle afin d'établir une alliance thérapeutique solide et pérenne. C'est exactement la perspective de la psychomotricité.

Que représente alors l'attachement selon les représentations du patient, son histoire, sa culture, sa pathologie ? L'attachement est universel dans sa nature mais teinté de la culture et de la famille dans lesquelles l'enfant naît. Il dépend du tempérament du bébé, de ses besoins et de ses capacités d'expression. L'enfant adaptera son comportement en fonction de l'écho qu'il a chez son *caregiver*. Ce dernier agira inconsciemment selon les interactions précoces qu'il a vécues, son histoire, ses rencontres, ses figures d'attachement actuelles, ses capacités somato-psychiques à s'attacher, les conditions environnementales qui peuvent entraver son identité parentale. Le rôle du soignant est de souligner la part affective et émotionnelle de l'attachement au parent qui s'admet peut-être comme suffisamment bon en assurant les besoins vitaux de son bébé. Le vecteur corporel de l'attachement est aussi à questionner chez le patient. Que représente le corps pour lui ? Une machine, une source de souffrance, de plaisir ou lui-même ? Qu'induisent chez lui le toucher, le regard, la voix ? De bons souvenirs, des traumatismes effractants, le canal privilégié de son délire ou sa réalité matérielle ? Des liens hypothétiques peuvent être tissés entre ces réponses et nos observations cliniques. Comment porter physiquement son enfant quand un passé traumatique a marqué le corps comme lieu exclusif de violences et de souffrances ? Comment demander à des patients qui se sont coupés de leur corps pour se protéger de sa réalité douloureuse d'en avoir conscience ? Et comment attendre du parent qu'il porte psychiquement son enfant s'il n'a pas conscience que son portage doit être incarné psychosomatiquement ? Je pense que le psychomotricien, entouré par l'équipe, est l'interlocuteur privilégié pour aider le patient à répondre à ces questionnements. En passant par la réalité matérielle de son corps il l'ancre dans le réel et lui épargne la confrontation à la parole s'il ne peut pas élaborer. L'accompagnement psychomoteur de la parentalité rejoint le patient dans ses capacités et ses compétences pour l'étayer. Le psychomotricien peut questionner les pratiques de maternage issues des traditions culturelles et familiales. Ainsi, le patient est placé dans une position de transmission qui remet en scène son histoire transgénérationnelle et qui réactualise son passé dans un ici et maintenant. Il comprend qu'il peut rester coloré de son histoire et de ses valeurs même au sein du système de santé occidental. Le bain, les massages, le portage, les repas traditionnels deviennent des médiations psychomotrices. En verbalisant les composantes de l'attachement favorisé par le dialogue tonico-émotionnel, sans jamais prononcer ces mots, le psychomotricien favorise les interactions précoces. Par son étayage psychocorporel, il soutient le maillage de liens précoces pour prévenir les carences et négligences pouvant mener à un placement de l'enfant. La psychomotricité périnatale s'inscrit ainsi dans une dynamique de santé publique de prévention des troubles chez l'enfant et d'éclatements familiaux.

Conclusion

Je peux affirmer la présence de liens d'attachements dans les dyades que j'ai rencontrées dans l'unité. Des tissages troués, noués, défailants, fragiles mais aimants. Les maillages psychiques non-opérationnels chez les mères se traduisaient dans leur corps et notamment via leur dialogue tonico-émotionnel avec leur bébé. Or, après avoir étudié ces deux concepts je note leurs influences réciproques. Mobiliser son dialogue tonico-émotionnel pour porter de manière psychocorporelle son enfant favorise l'attachement. Le parent sera plus à même de répondre aux besoins de proximité et de réassurance de son enfant s'il le porte physiquement et psychiquement. Il deviendra pour lui sa figure principale d'attachement et la base de sécurité de laquelle le bébé pourra explorer et venir se réconforter. Ainsi, l'attachement est mobilisé chez le professionnel de santé qui doit distinguer objectivement le rôle qu'il représente pour la dyade au risque de rejouer sa propre histoire. Notre travail au cœur de l'humain mobilise fortement nos subjectivités. En psychomotricité, notre dialogue tonique est sollicité pour étayer la dyade dans ses capacités et pour pallier ses lacunes. La théorie de l'attachement et le dialogue tonico-émotionnel sont deux outils psychomoteurs majeurs pour favoriser les interactions précoces et prévenir les ruptures de liens. En rejoignant le patient dans son individualité culturelle et ontologique, la perspective éthnopsychiatrique nous pousse à avancer avec ses représentations.

La psychomotricité est un accompagnement holistique de l'individu dans toutes ses composantes individuelles (biologique, psychoaffective et environnementale) dont elle actualise le passé et le futur dans un espace transitionnel et relationnel présent. Le psychomotricien contribue aux interactions précoces au sein de l'UHMB en favorisant les échanges tonico-émotionnels et l'attachement des dyades. Les médiations corporelles qu'il propose induisent un cœur à cœur mère-enfant authentique.

Ce mémoire fut enrichissant puisqu'il m'a amenée à repenser tous mes liens d'attachement, tant dans mes sphères professionnelle que privée. Mais c'est en connaissant mes failles que j'accompagnerai de la manière la plus juste mes patients. Cette problématique m'a souvent affectée dans mes précédents stages où je mobilisais une part émotionnelle personnelle trop importante jusqu'à m'identifier au patient. J'étais dans une relation thérapeutique sympathique et non empathique délétère pour le patient comme pour moi. Mes expériences cliniques m'ont appris que le cadre interne est primordial afin d'être un cadre externe solide pour le patient.

Cet écrit n'est que la naissance de réflexions théorico-cliniques qui grandiront, je l'espère, durant toute ma carrière. Il est une manière d'observer la clinique en unité mère-bébé comme tant d'autres pourraient être pertinentes. Ce raisonnement serait sûrement transposable à d'autres publics avec d'autres problématiques.

*« Le cœur veut un attachement,
Et s'abandonne à la tendresse
Sans savoir pourquoi ni comment. »*

Louis Jules Barbon Mancini-Mazarini Nivernais dans Le jeune chien en 1796 ¹⁰¹

¹⁰¹ (Nivernais, Didot, & Saint-Aubin, 1796)

Bibliographie

- Ajuriaguerra, J. de, Joly, F., psychologue, & Labès, G. (2010). *Entre inné et acquis : le bébé et le développement précoce*. In *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité: 3*. Paris : Éditions du Papyrus.
- Ajuriaguerra, J. (1962). Le corps comme relation. *Revue suisse de psychologie appliquée*, 137-157.
- Als et Tronick. (1962). *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*.
- Anzieu, D., Bowlby, J., Chauvin, R., & Zazzo, R. (1979). *L'attachement*. In *Textes de base en psychologie: 1*. Neuchâtel : Paris : Delachaux et Niestlé.
- Baranes, J.-J. (2010). *Psychomotricité: entre théorie et pratique* (C. Potel, Éd.). Paris, France: In press.
- Bion, W. R. (1979). *Aux sources de l'expérience* (F. Robert, Trad.). Paris, France: Presses universitaires de France.
- Boiste, P.-C.-V. (1843). *Dictionnaire universel de la langue française, avec le latin et l'étymologie: extrait comparatif, concordance, critique et supplément de tous les dictionnaires français ; Manuel encyclopédique de grammaire, d'orthographe, de vieux langage et de néologie.. Ouvrage classique, adopté pour les bibliothèques et les distributions de prix des collèges, et pouvant tenir lieu de tous les dictionnaires* (C. Nodier & L. Barré, Éd.). A Paris, France: Firmin Didot frères : Rey et Gravier.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J., & Kalmanovitch, J. (2002). *Attachement et perte Vol. 1 L'attachement*. In *Fil rouge*. Paris : Presses universitaires de France.

- Bowlby, J., & Panafieu, B. de. (2007). *Attachement et perte Volume 2 La séparation : angoisse et colère*. In *Fil rouge*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bowlby, J., & Weil, D. (2002). *Attachement et perte Volume 3 La perte : tristesse et dépression*. In *Fil rouge*. Paris : Presses universitaires de France.
- Brazelton, T. B., & Ajuriaguerra, J. de. (2009). *La naissance d'une famille: ou comment se tissent les liens* (C. Bounay, Trad.). Paris, France: Éd. du Seuil.
- Brazelton, T. B., & Nugent, J. K. (2001). *Echelle de Brazelton: évaluation du comportement néonatal* (N. Bruschiweiller-Stern & D. Candilis-Huisman, Trad.). Genève, France.
- Bruwier, G. A. (2012). *La grossesse psychique: l'aube des liens*. Bruxelles, Belgique, France: Yapaka.be.
- Bullinger, A., & Delion, P. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 1, Un parcours de recherche*. Ramonville Saint-Agne, France: Éditions Érès, DL 2004.
- Bullinger, A., & Delion, P. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 2, L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED*. Toulouse, France: Éditions Érès.
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.). Consulté à l'adresse <http://www.cnrtl.fr/>
- Chateaubriand, F. R. de, & Migneret, M. (1802). *Génie du Christianisme ou Beautés de la religion chrétienne ; par François-Auguste Chateaubriand. Tome premier*. France.
- Code de la santé publique: code de la famille et de l'aide sociale : mise à jour au 1er novembre 1994*. (1994). Paris, France: Dalloz.
- Coeman, A., & Raulier H de Frahan, M. (2012). *De la naissance à la marche : le développement psychomoteur de l'enfant tel que présenté dans les formations pour*

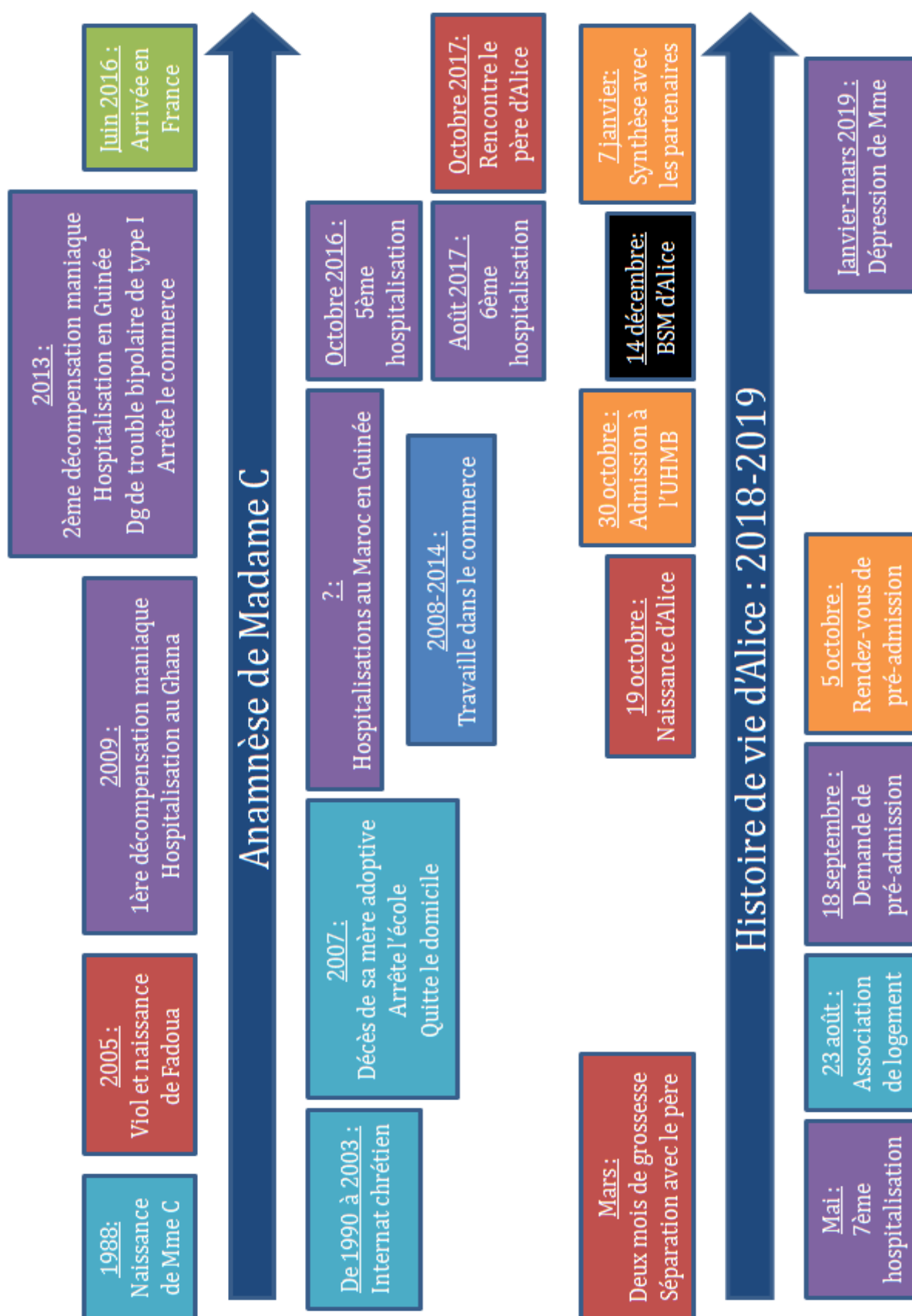
- les psychomotriciens et le personnel de la petite enfance*. Bruxelles : ASBL Étoile d'herbe.
- Couvert, M. (2011). *Les premiers liens*. Bruxelles, Belgique: Fabert.
- Cramer, B. (1989). *Profession bébé: essai*. Paris, France: Hachette Littératures.
- David, M., Appell, G., Pikler, E., & Falk, J. (1973). *Lóczy ou le maternage insolite* (Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active, Éd.). Paris, France: Édition du Scarabée.
- Galiani, F. (1881). *Correspondance avec Madame d'Épinay, Madame Necker, Madame Geoffrin, Diderot, Grimm, d'Alembert, De Sartine, d'Holbach, etc...* (L. Perey & G. Maugras, Éd.). Paris, France: Calmann Lévy.
- Guédeney, N. (2010). *L'attachement, un lien vital*. Paris, France, Belgique: Editions Fabert.
- Haag, G. (1988). Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 36.
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 573-685.
- Larousse. (2018). *Dictionnaire poche Larousse 2019: 75000 définitions, noms communs, noms propres un précis de grammaire 84 tableaux de conjugaison*. Paris, France: Larousse dictionnaires.
- Lebovici, S., Mazet, P., & Visier, J.-P. (Éd.). (1989). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Paris, France, Suisse: Éd. Eshel.
- Lefèvre, A. (2011). *100% Winnicott*. Paris, France: Eyrolles.
- Möhren, F. (2016). *Dictionnaire étymologique de l'ancien français: complément bibliographique 2016* (Heidelberger Akademie der Wissenschaften. Kommission für das Altfranzösische Etymologische Wörterbuch, Éd.). Berlin, France: De Gruyter Akademie Forschung.

- Mugnier, J.-P. (2011). *Ces familles qui ne demandent rien*. Paris, Belgique, France: Éditions Fabert.
- Nivernais, L.-J. M.-M., Didot, P.-N.-F., & Saint-Aubin, A. de. (1796). *Fables de Mancini-Nivernois, publiées par l'auteur. Tome premier*. A Paris, France: de l'imprimerie de Didot jeune.
- Robert-Ouvray, S. (2015). L'importance du tonus dans le développement psychique de l'enfant. Consulté à l'adresse Site de Suzanne Robert-Ouvray website: <http://www.suzanne-robert-ouvray.fr/limportance-du-tonus-dans-le-developpement-psychique-de-lenfant/>
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (Éd.). (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1, Concepts fondamentaux*. Paris, France: De Boeck-Solal.
- Sillamy, N. (2010). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, France: Larousse.
- Solemne, M. de. (1998). *La grâce de solitude*: Paris, France: Dervy.
- Soubiran, G. B., Coste, J.-C., & Mucchielli, R. (1975). *Psychomotricité et relaxation psychosomatique*. Paris, France: Doin.
- Stern, D. N. (2003). *Le monde interpersonnel du nourrisson: une perspective psychanalytique et développementale* (A. Lazartigues & D. Pérard, Trad.). Paris, France: Presses universitaires de France.
- Stern, D. N., & Bruschweiler-Stern, N. (2009). *La naissance d'une mère*. O. Jacob.
- Wallon, H. (1942). *De l'acte à la pensée: essai de psychologie comparée*. Paris, France: Flammarion.
- Winnicott, D. W., Kalmanovitch, J. T., & Sauguet, H. (2018). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, France: Éditions Payot et Rivages.

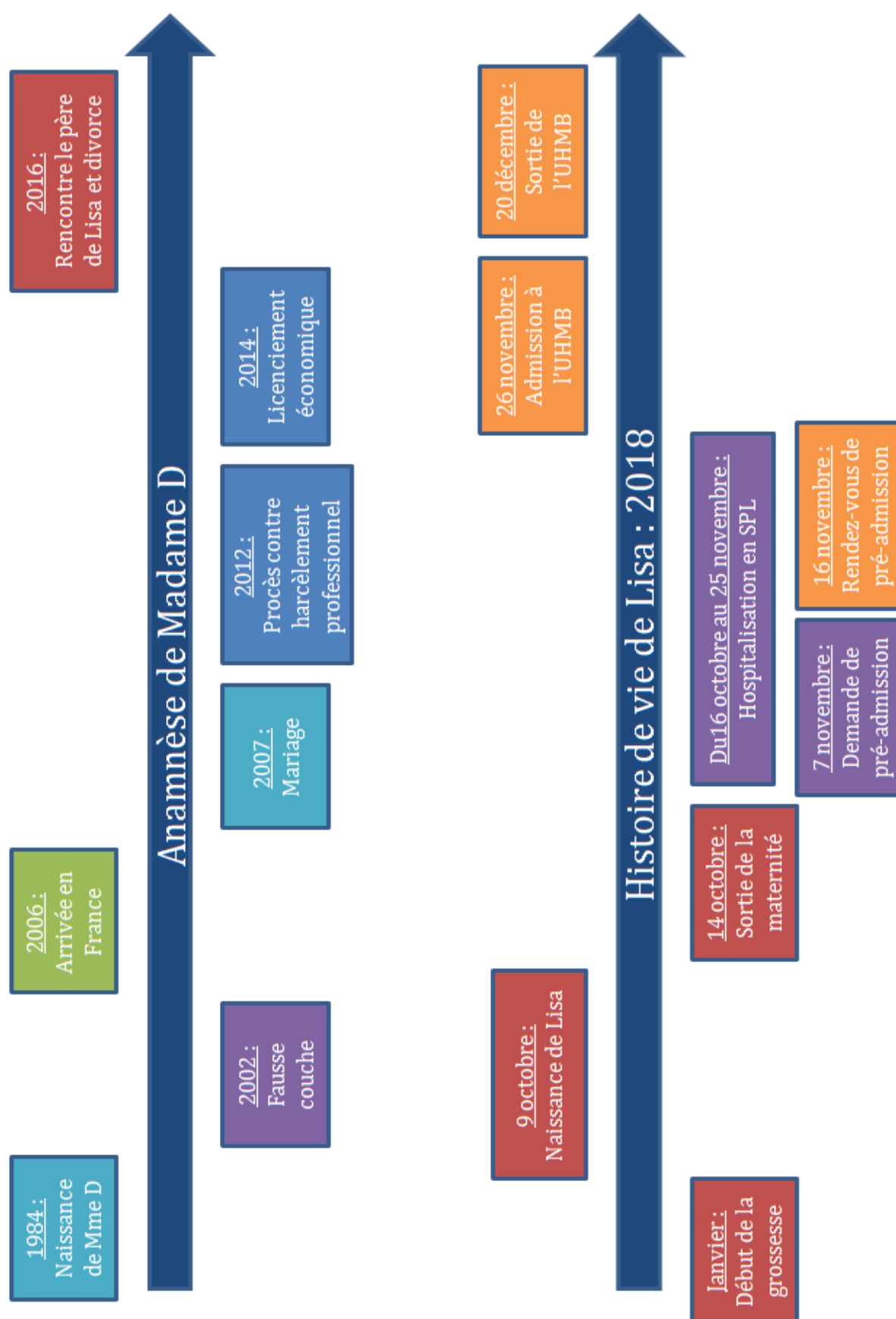
Annexes

<u>Annexe I</u> : Chronologie de la dyade de Madame C et Alice.....	CI
<u>Annexe II</u> : Chronologie de la dyade de Madame D et Lisa.....	CII
<u>Annexe III</u> : Bilan Sensori-Moteur d'Alice.....	CIII
<u>Annexe IV</u> : Le triangle psychomoteur.....	CV

Annexe I : Chronologie de la dyade de Madame C et Alice



Annexe II : Chronologie de la dyade de Madame D et Lisa



Annexe III : Bilan Sensori-Moteur d'Alice

BILAN SENSORI-MOTEUR A.BULLINGER

DE **Alice C.**

Née le 19 octobre 2018

Réalisé le 14 décembre 2018

Par L., Psychomotricienne

Le bilan est réalisé dans le cadre de l'unité d'hospitalisation mères-bébés. Il est demandé par le médecin consultant de la famille ainsi que par l'équipe soignante de l'unité qui s'interrogent sur le développement d'Alice. Et pour qui il est donc nécessaire de faire le point sur les compétences sensori-motrices d'Alice.

Le bilan est fait en présence de la mère d'Alice. Il est filmé par la stagiaire psychomotricienne, Elise Grulois. Au moment du bilan, Alice a à peine 2 mois.

GENERALITES ET RYTHME PENDANT LE BILAN

Alice est bien éveillée, c'est un bébé attentif qui gazouille. Elle est très souriante lorsqu'on s'adresse à elle.

Elle se désorganise au moment du déshabillage et se met à pleurer. Elle est difficilement consolable. Des irritabilités tactiles et/ou vestibulaires sont possibles.

Alice présenterait un reflux gastro-œsophagien, notamment des régurgitations qui la font pleurer ou se manifester vocalement. Elles la mettent en tension.

Elle s'intéresse beaucoup au visage de la psychomotricienne et s'anime quand on lui parle. Elle semble plus attirée par le côté relationnel du bilan que par les items proposés.

D'une manière générale elle est très occupée par ses sensations internes (un reflux gastro-œsophagien ?) et présente peu de réactions aux items, sauf par le regard.

DOMAINE POSTURAL ET MOTEUR

Sur les genoux de sa mère, Alice a du mal à se tenir, elle a besoin d'être « bloquée ». Elle présente peu de mobilité.

Au tapis, elle est mal à l'aise à cause de cette position inhabituelle. Elle s'agrippe du regard et a peu de variation dans ses mouvements. Elle a beaucoup de régurgitation. Son hémicorps gauche est hypertendu, sa tête reste bloquée vers la gauche. Elle enroule peu son bassin.

Lors du tiré-assis, elle ne tient pas sa tête qui part vers l'arrière.

Sur le plancher, elle a plus de mobilité, sa tête bouge d'un côté et de l'autre. Elle reste très attentive à ses sensations internes, notamment son reflux.

Dans le coussin d'allaitement elle peut se poser et rassemble ses membres supérieurs.

DOMAINE SENSORIEL

AU NIVEAU TACTILE :

Au début des stimulations tactiles Alice n'a aucune réaction. Elle s'est coupée du contact tactile suite au déshabillage. Elle « bloque » son corps au passage du bâtonnet sur le bras. Elle n'a pas de réaction de préhension.

Elle râle lorsque le bâtonnet passe sur ses jambes, elle a des mouvements de retrait.

Elle semble s'absenter lors des stimulations tactiles et elle présente des irritabilités.

AU NIVEAU VISUEL :

Installée sur les genoux de sa mère, la poursuite oculaire reste difficile.

Alice est attentive à l'objet présenté à droite mais seuls ses yeux sont mobiles. Elle ne s'oriente pas vers la gauche : la tête reste dans l'axe.

Au tapis, la poursuite oculaire est également absente.

Elle n'a pas de réaction aux stimuli en vision périphérique. Elle est occupée par la succion de sa tétine.

AU NIVEAU AUDITIVO-VISUEL :

Alice n'a aucune réaction avec les boîtes à cachous.

AU NIVEAU AUDITIF :

Alice a une réaction d'alerte à l'activation d'un hochet grelot : elle sursaute mais ne s'oriente pas.

AU NIVEAU ORAL :

Alice gazouille en réponse aux sollicitations. La tétine l'aide à se calmer et à se recentrer.

AU NIVEAU VESTIBULAIRE :

Les déplacements et les mouvements induisent des recrutements toniques chez Alice.

Elle a beaucoup d'agrippements visuels et pleure souvent après les déplacements.

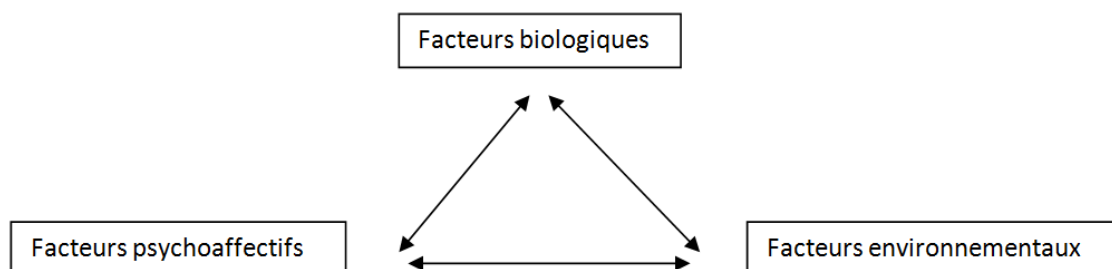
CONCLUSION ET PROPOSITIONS

A est une petite fille active dans les échanges. L'absence de regard l'immobilise et la fige.

Elle a besoin de prendre du temps pour maîtriser et comprendre son environnement.

Il faudra l'aider à « dérouler » tout ce qui concerne le sensoriel et la motricité.

Annexe IV : Le triangle psychomoteur



Résumé

Quel est l'apport de la psychomotricité au sein d'une Unité d'Hospitalisation Mère Bébé dans les interactions précoces ? Ce mémoire propose des éléments de réponse au prisme de la théorie éthologique et psychologique de l'attachement, ainsi qu'à travers le concept psychomoteur de dialogue tonico-émotionnel. Des hypothèses sur la relation thérapeutique et l'exclusivité de la médecine occidentale nourriront ces réflexions. L'articulation de ces différents raisonnements permettra de définir la spécificité de l'accompagnement psychomoteur. La pratique psychomotrice sera illustrée par deux dyades cliniques aux parcours de vie et d'hospitalisation éclectiques.

Théorie de l'attachement – Dialogue tonico-émotionnel – Interactions précoces – Dyade – Relation thérapeutique – Ethnopsychiatrie – Psychomotricité – Unité mère-bébé

Summary

What is the contribution of psychomotricity in a Mother Baby Hospitalization Unit in early interactions? This thesis provides elements of answers to the prism of the ethological and psychological theory of attachment as well as through the psychomotor concept of tonic-emotional dialogue. Hypothesis on the therapeutic relationship and the exclusivity of Western medicine will feed these reflections. The articulation of these different reasoning will enable to define the specificity of the psychomotor accompaniment. The psychomotor practice will be illustrated by two clinical dyads with eclectic life course and hospitalization.

Theory of attachment – Tonic-emotional dialogue – Early Interactions – Dyad – Therapeutic relationship – Ethnopsychiatry – Psychomotricity – Mother-Baby Unit