Mère et bébé prématuré : regards croisés autour de la sortie « le travail au tapis »

Sophie MERO* & Nelly THOMAS**

La naissance d'un enfant prématuré, outre le risque somatique, entraîne des bouleversements psychologiques importants du côté des parents qui peuvent altérer la mise en place du lien mère-bébé au moment de la sortie du service de néonatalogie.
Nous avons donc monté un dispositif d'accompagnement de suivi post-sortie permettant de croiser les regards et les pratiques autour de la mère et du bébé.

Mots clés :
Prématurité - Accompagnement - Sortie de néonatalogie - Interaction - Travail au tapis.

*** Sophie MERO**
Psychologue clinicienne, Unité Néonatale Centre Hospitalier Intercommunal - 40 avenue de Verdun 94000 Créteil. E-mail : sophie.mero@chicreteil.fr

**** Nelly THOMAS**
Psychomotricienne, Unité Néonatale Centre Hospitalier Intercommunal - 40 avenue de Verdun 94000 Créteil. E-mail : nelly.thomas@chicreteil.fr

Abstract:
The birth of a premature child, in addition to the somatic risk, involves important psychological upheavals on the side of the parents who can deteriorate the installation of the bond mother-baby at the time of the exit of the service of neonatalogy. We thus assembled a device of accompaniment of follow-up post-exit allowing to cross the glances and the practices around the mother and of the baby.

Key words:
Prematurity - Accompaniment - Exit of neonatalogy - Interaction - Work with the carpet.

Resumen:
El parto prematuro de un niño más allá del riesgo somático, puede engendrar cambios radicales importantes de parte de los padres que pueden alterar la creación del vínculo madre-bebé al salir de la unidad de neonatología.
Entonces hemos montado un dispositivo de acompañamiento despues de la salida que permite compartir las practicas entorno a la madre y al niño.

Palabras clave:
Prematuridad - Acompañamiento - Salida de neonatalogía - Interacción - Trabajo en alfombra.

« Cet après-midi du 20 novembre 2007 les complications forçaient le médecin de faire d'urgence une césarienne, à 26 semaines seulement de grossesse pour délivrer notre petite. Vers 16h27 Marie est née. Elle mesurait seulement 38 cm, elle pesait 510 grammes. Les mots du docteur tombaient comme des bombes : « je ne crois pas qu'elle va vivre » a-t-il dit le mieux possible, « il n'y a que de faibles pourcentages de chances qu'elle passe la nuit même que si par miracle elle survivait, son futur sera très difficile »...

C'est plusieurs semaines après la naissance de son bébé, le jour même de sa sortie, que la maman de Marie nous a livré ce témoignage, se remémorant ces événements dramatiques comme si ils venaient juste de se produire. A l'instar de cette mère, nombreuses sont les femmes qui ressentent les choses « au présent », des mois voire des années plus tard. La vivacité du souvenir, la douleur et l'angoisse qui lui sont associés, montrent à quel point une naissance prématurée est traumatique tant du côté des parents que du bébé.
Pour cette maman, pour ces parents qui vivent une naissance prématurée, c'est « *l'effroi (qui) dénomme l'état dans lequel on tombe quand on encourt un danger sans y être préparé, mettant l'accent sur le facteur de surprise* » (7). Ainsi la mère de Marie - pour qui, de surcroît, la naissance de son bébé est associée d'emblée à la mort possible - vit un véritable cataclysme psychique : les mots sont comme des « bombes ». Elle restera longtemps sidérée par cette « naissance-mort » annoncée, ses « *systèmes (psychiques) ne sont pas en mesure de lier les quantités d'excitation qui arrivent, les conséquences de l'effraction du pare-stimuli s'installent d'autant plus facilement* » (7).

Saisies d'effroi, ces mères n'ont pas eu accès au travail anticipateur de « l'angoisse-signal » (8), qui prépare le psychisme à la survenue d'une situation de détresse. Or la préparation psychique ne découle pas nécessairement de la préparation médicale avant la

est hospitalisée avant la naissance et accompagnée par les équipes médicales, même quand elle sait que l'accouchement peut survenir à tout moment, cela reste parfois du registre de l'impossible voire de l'impensable. « *C'est une blague ?* » a demandé l'une d'elle quand on est venue la chercher pour l'emmener en salle de travail. « *Vous vous trompez de personne* » a suggéré une autre au moment de son accouchement et ce malgré plusieurs semaines d'hospitalisation.
Car elles ont « *essayé de tenir le plus longtemps possible* » et surtout elles « *ne veulent pas accoucher* ». La naissance survient alors souvent dans un contexte d'urgence très médicalisé, dont le père - quand il a pu arriver à temps - est exclu et qui plonge la mère dans un monde chaotique, où la seule question qui se pose à elle est la survie de son bébé.

La rencontre entre les parents et leur bébé prématuré est une histoire singulière. Si le père peut accompagner son bébé en service de réanimation, il s'écoule parfois plusieurs heures, voire plusieurs jours avant que la maman ne puisse aller le voir. A moins d'une impossibilité physique de la mère, rien ne s'oppose à ce qu'elle puisse aller retrouver son bébé. Et pourtant ainsi que nous l'a dit la mère de Marie, quand elle est venue voir sa petite fille la première fois : « *j'ai eu un choc (...) personne ne mérite de voir son bébé comme ça. J'avais très mal. Je suis partie et je suis revenue cinq jours après, j'avais peur de la voir comme ça...* ». Ce témoignage illustre à quel point une naissance prématurée vient bousculer « l'ordre des choses » du côté parental. L. AUPETIT parle « *d'un "coup porté" qui fait date* ». (2)

Le bébé rêvé, fantasmé pendant la grossesse ne correspond plus au désir parental. « *La rupture fantasmatique est brutale* » (6). L'accouchement prématuré demande des remaniements intrapsychiques importants où dominent des

de peur ainsi qu'une culpabilité massive. La mère n'a pas pu construire de représentations, surtout corporelles, de son bébé. Les parents sont confrontés à un univers médical sophistiqué où la survie de leur bébé est maintenue grâce aux machines. Plus le bébé naît prématuré, plus l'hospitalisation sera longue (un prématuré de 24-25 semaines sera hospitalisé au minimum 3 mois).

Dans ce cadre très particulier de la réanimation néonatale, comment aider les parents dans la rencontre avec leur bébé ? Depuis de nombreuses années, les unités de réanimation néonatale ont menées des réflexions au niveau de l'humanisation des soins : les parents sont devenus des partenaires dans la prise en charge de leur enfant et non des visiteurs. Ils participent de plus en plus aux soins de maternage auprès de leur bébé. Toute une équipe pluridisciplinaire intervient pour favoriser les liens d'attachement parents-enfant. Elle doit sans cesse s'adapter à des situations, à des parcours de vie différents : là où chaque histoire est particulière, là où les parents nous rappellent que la prématurité peut être un vrai drame humain, point de « recette » systématique, mais un cadre de travail à penser, à imaginer afin d'entendre cette souffrance singulière.
Ainsi depuis quelques années notre travail de réflexion, issu de deux approches professionnelles différentes et complémentaires nous a conduites à envisager la mise en place d'un suivi post-hospitalisation spécifique (le « travail au tapis »), pour certaines situations que nous détaillerons ci-après.
A travers nos deux expériences nous pouvons interroger ce qui se joue pour un bébé prématuré et ses parents autour de cette naissance soudaine.

Du côté de la mère... avec son bébé : le travail du psychologue

maniements psychiques permanents auxquels est confrontée la mère du bébé prématuré, qui sont autant d'« achoppements » sur la voie de la parentalité. C. DRUON parle de plusieurs « deuils » : deuil de la fin de grossesse au niveau physique mais aussi sur le plan social, rupture fantasmatique et rencontre brutale avec la réalité, deuil de la naissance normale et de l'enfant parfait, deuil réel, aussi, quand la mort survient. Il semble que l'on pourrait y rajouter le deuil d'une rencontre sensorielle entre la mère et son bébé : le bébé prématuré ne peut pas être pris dans les bras lors des premières rencontres, il peut parfois à peine être touché ; s'il ne peut pas sentir sa mère il ne peut pas non plus être senti par elle ; plongé dans le sommeil il ne peut pas la regarder ; parfois intubé il ne peut pas pleurer et encore moins téter. Or la « *mère vit, elle a une odeur, elle respire, son cœur bat. Elle est là pour être sentie de toutes les façons possibles* » (17). Cette rencontre sensorielle entre la mère et son bébé se trouve altérée par la naissance prématurée et entravée par l'environnement technique. Paradoxalement l'ensemble des appareils déployés autour de l'enfant est tout autant indispensable à sa survie qu'indésirables puisqu'ils s'interposent entre la mère et son bébé. La « mère-machine » qui maintient le bébé en vie le sépare de sa mère, la « *préoccupation médicale primaire* » (6) remplace la « *préoccupation maternelle primaire* » (18), cet état d' « *identification - consciente, mais aussi profondément inconsciente - de la mère à son enfant* ». Mère et enfant, dans les premiers temps de leur relation, sont soumis à une discontinuité physique et psychique : contacts souvent écourtés à cause d'une aggravation de l'état de santé du bébé ou simplement pour les soins, séparations quotidiennes vécues comme de véritables arrachements et venant répéter la première séparation brutale de la naissance, alternance de moments d'espoir et de découragements, voire d'investissement ou de désinvestissement du bébé.

la mère se rend auprès de son enfant mais elle est freinée dans son élan par l'étrangeté de ce petit être. Elle hésite à l'approcher car elle craint de lui faire mal en le touchant, de le « casser ». Partagée entre son désir d'être auprès de lui mais freinée par sa peur, témoin - parfois impuissant - de l'état de détresse de son bébé et souffrant de la discontinuité de leurs rencontres, quand, enfin, les choses s'apaisent et qu'elle peut le prendre contre elle en peau-à-peau, elle ne peut jamais se l'approprier totalement puisque toujours un « autre » s'interfère entre eux. Comment peut-elle alors constituer avec lui un espace psychique commun, cette « *peau commune* » (1) censée leur assurer « *une communication sans intermédiaire, une empathie réciproque, une identification adhésive* » ?

Mais en réalité de quels obstacles parle-t-on ? S'il paraît évident que pour aller vers son bébé, la mère doit pouvoir apprivoiser cette maladie aux étapes incertaines et anxiogènes, une autre rencontre - tout aussi complexe - se joue pour elle en arrière-plan. Devenues mères prématurément, ces femmes sont confrontées à une part inconnue d'elles-mêmes. En effet si la naissance prématurée a bouleversé tous les repères de la future mère, si son fantasme de bébé imaginaire s'est heurté à la réalité, qu'en est-il de l'écart entre sa représentation d'elle-même-comme-mère - la « mère imaginaire » - et celle de la mère « réelle » ? Comme cette mère très angoissée, qui souffre de ne pas trouver son bébé joli, de ne pas pouvoir l'approcher comme elle le souhaiterait, parce qu'il est malade certes, mais aussi parce qu'elle ressent des sentiments ambivalents, et qui répète inlassablement : « *je ne pensais pas que ce serait comme ça* ». Mais de quoi parle-t-elle au juste ? De la naissance prématurée, de son bébé ou d'elle-même ? Ou cette autre qui soudain se trouve empêchée de venir voir son bébé car elle a « *des papiers à faire* » ? Lourdeur des démarches administratives ou mouvement de recul inavouable car vécu dans la plus grande culpabilité ? Ou encore celle-ci qui laisse dans le berceau de son bébé son foulard pour « *qu'il ne l'oublie pas* ». Qui veut oublier quoi ?

Si de nombreuses femmes se projettent en mère « parfaite » pendant leur grossesse, la réalité de la maternité écorne souvent cette image, tout en faisant émerger progressivement une mère plus modeste mais bien réelle, une mère qui, au fond, fait ce qu'elle peut avec ce qu'elle a : la « mère suffisamment bonne » chère à D.-W. WINNICOTT. Dans le cas de la prématurité certaines mères peineront à se sentir simplement mères car « *au-delà du traumatisme de l'accouchement, c'est la maternité elle-même qui devient traumatique* » (16). Dans « l'après-coup » (au sens freudien), se réactivent des traumas plus anciens, qui n'ont pas pu être intégrés psychiquement : « *des expériences, des impressions, des traces mnésiques sont remaniées ultérieurement en fonction de [l'] expérience nouvelle* » (12).

Le travail psychologique peut alors soutenir un processus de transformation : le traumatisme de la prématurité enkysté dans le psychisme se transforme en « histoire » de la prématurité, puis, devient pour chacune, « leur » histoire de la prématurité. Mettre du sens sur ce qui lui arrive peut permettre à la mère d'inscrire cette histoire traumatique dans son histoire singulière, de bâtir un « roman » de la prématurité. Ainsi en opérant un « *renversement de la passivité en activité, par sa communication enfin à un tiers, (...) [en ouvrant] l'accès à une résolution possible du trauma, à condition évidemment d'élaborer fragment par fragment chacun de ses éléments* ». (3)
Mais au fond ce travail psychologique n'est pas toujours nécessaire : parfois, à l'inverse, d'autres femmes se découvrent des ressources psychiques insoupçonnées d'elles-mêmes, qui les portent tout au long de l'hospitalisation. Méandres de la psyché humaine, avatars

Du côté du bébé... avec ses parents : le travail du psychomotricien

Le traumatisme d'une naissance prématurée va avoir des répercussions sur l'attachement donc sur la mise en place de la parentalité qui se trouve fragilisée.
Le rôle du psychomotricien en unité néonatale est multiple mais dans le cadre de cet exposé, nous détaillerons le travail autour des interactions pendant l'hospitalisation et au moment du retour à la maison avec le dispositif mis en place avec la psychologue, appelé « séance au tapis ».

La première rencontre avec les parents se passe dans la chambre de l'enfant autour de l'incubateur. Le cadre thérapeutique de nos interventions est très particulier dans cet univers hyper-médicalisé à la vue de tout le monde. Un ajustement permanent est nécessaire avec l'équipe pour trouver le moment le plus favorable pour que cette rencontre entre bébé-parents et la psychomotricienne se passe dans les meilleures conditions. L'environnement offre de multiples sources de stimulations sensorielles qui ne sont pas toujours adaptées aux capacités (développementales) de l'enfant. Une attention particulière est apportée dans la diminution du niveau sonore et lumineux, une réflexion sur la pertinence des examens invasifs, un regroupement des soins pour éviter de perturber le sommeil du bébé. L'objectif est de mettre des mots sur les capacités du bébé prématuré même s'il est malade et a besoin d'assistance médicale. L'observation des capacités interactives du bébé rend présent l'enfant comme partenaire actif. Il s'agit ensemble d'observer la motricité du bébé et de mettre du sens en décryptant les signes de stress et les signes de bien-être. Selon la théorie du Docteur ALS sur les soins de développement, une stimulation inadaptée aux compétences du bébé prématuré provoque des signes de stress qui se manifestent vements saccadés. A l'inverse, une stimulation adaptée entraîne des signes d'adaptation visibles dans des mouvements harmonieux et détendus. Mieux comprendre l'organisation sensorielle et relationnelle du bébé aide les parents à consolider les liens d'attachement. Le psychomotricien est comme un « interprète » du langage tonico-émotionnel du bébé et de ses parents pour les étayer dans leur recherche d'accordage. Les parents se sentent souvent dépossédés de leur rôle parental par l'équipe soignante, impuissants et incapables de prodiguer les soins maternants d'où la nécessité de valoriser les parents dans leurs compétences. La métaphore des « poupées russes » s'applique dans ces unités : l'équipe contient les parents, les parents contiennent leur bébé.

Première rencontre avec la maman de valentin : « quand je viens le voir, je ne sers à rien. Les infirmières me disent qu'il me reconnaît mais moi, je n'ai pas l'impression ... ».

L'attachement ne se manifeste pas toujours spontanément. Parfois, il existe un flottement, des doutes. Les parents se trouvent face à un étranger et, petit à petit, ils vont apprendre à s'apprivoiser (s'adopter) mutuellement pour tisser des liens. Le processus d'attachement dans un contexte de prématurité montre une grande vulnérabilité. Le bébé est séparé de sa mère, les contacts physiques sont limités au début de l'hospitalisation, l'incubateur limite les interactions comportementales. Les situations de holding et de handling sont limitées par l'incubateur, les tuyaux et la fatigabilité du bébé. Le dialogue tonico-émotionnel est différent en raison des changements de posture difficile pour le prématuré entraînant souvent une désorganisation comportementale et une aisance corporelle diminuée. En contenant physiquement le bébé, le psychomotricien contient psychiquement le bébé, ses parents et le couple parents-bébé. Le psychomotri-

nous sommes en permanence dans une situation empathique, c'est-à-dire un « *mode de connaissance intuitive d'autrui, qui repose sur la capacité de partager et même d'éprouver les sentiments de l'autre* » (11). Une grande disponibilité psycho-corporelle et un ajustement tonico-affectif sont nécessaires au psychomotricien pour assurer cette fonction contenante auprès du bébé. Pour C. DRUON : « *L'interaction avec le bébé ne pourra prendre sens que dans la capacité contenante de l'autre, en fonction de sa faculté d'attention, dans sa disponibilité à recevoir les messages du bébé, qu'ils soient de l'ordre des expressions corporelles ou émotionnelles* » (6).

S. ROBERT-OUVRAY parle « *d'amalgame psychocorporel primaire* » à la naissance. « *Le nourrisson est une entité globale, déjà complexe mais dont les fonctions motrices et psychiques demeurent indifférenciées. Il n'a pas encore conscience de son existence propre, distincte de celle de la mère* » (14). Le développement psychique se met en place essentiellement par les expériences sensori-motrices et le corps relationnel. « *On retiendra, concernant la naissance du psychique, l'importance cruciale du corps et de la relation* » (10). S. FREUD écrit « *toute fonction psychique se développe sur une fonction corporelle* ». Dans un contexte d'hospitalisation où se mêlent des stimulations nociceptives et stressantes sur le plan corporel et psychique, les équipes sont attentives pour soutenir, accompagner les parents dans la mise en place des liens d'attachement.

Le psychomotricien travaille surtout sur les interactions corporelles. Le premier mode relationnel entre le bébé et les parents passe par le toucher. Chez le prématuré, le toucher est souvent source de désorganisation entraînant des réactions de stress, voire de douleur pendant les soins. Le toucher apaisant, contenant se mettra en place par l'observation attentive du comportement du bébé prématuré. « *Toutes les stimulations cutanées, caresses, bercements, procurent à la peau une réalité perceptive qui étaye sa fonction de frontière entre le dedans et le dehors du corps ; ces stimulations modèlent l'enveloppe corporelle et posent les fondations d'un moi-corporel, prémisses du Moi-psychique* » (9).

Les « séances au tapis » : pour qui, pourquoi...

Le temps de l'hospitalisation n'est pas le temps psychique. Si on peut espérer aider la mère à (re)lancer le processus de la pensée figée autour de la naissance, si au cours de l'hospitalisation elle a pu progressivement se laisser aller à sa « préoccupation maternelle primaire », et ne plus voir le bébé comme un objet-de-soin mais comme « son » bébé, à la sortie, les choses sont parfois bien loin d'être réglées. L'imminence du retour à la maison réactive des angoisses de séparation, voire même d'abandon, ainsi qu'un profond désarroi pour plusieurs familles. Ainsi à la sortie de l'hôpital, les difficultés psychologiques perdurent chez certains parents, appelées « *productions psychiques séquellaires* » (15). Les parents désemparés, ambivalents n'arrivent pas à s'ajuster aux besoins de leur enfant. Un sentiment de solitude apparaît après des mois d'hospitalisation entouré par une équipe soignante qui surveillait leur bébé. Des signes d'inquiétude apparaissent de ne pouvoir faire face aux besoins de l'enfant, entraînant certains dans un « shopping médical » pour les rassurer. Les difficultés socio-familiales augmentent le risque.

Faire revenir les parents à l'hôpital après la sortie n'est pas anodin : cela peut constituer un frein à la séparation d'avec l'institution. Pourtant, il nous semble que certaines familles ont besoin d'être « accompagnées » de l'hôpital vers la maison. Au sens littéral du terme (Petit Larousse illustré), accompagner signifie « *aller quelque part avec quelqu'un ; conduire, escorter* ». Il ne s'agit pas d'aller à domicile mais plutôt de proposer un espace intermédiaire entre le service de néonatalogie et la maison, une « passerelle » du « dedans » vers le « dehors ».

Ainsi les « séances au tapis » sont proposées aux familles :

- quand l'équipe soignante repère une vulnérabilité parentale au moment du retour à la maison entraînant beaucoup d'inquiétude, voire d'angoisse qui inhibent les parents dans leurs compétences ;
- quand il existe une pathologie somatique lourde du côté du bébé : longue hospitalisation, multiples interventions chirurgicales, risque de handicap ;
- quand une pathologie du lien est mise en évidence pendant l'hospitalisation et qui nécessite un accompagnement vers d'autres structures pour une prise en charge mère-bébé.

On propose aux parents de les revoir « quelques fois », ce qui d'emblée pose une limite dans le temps (tout en s'accordant une certaine souplesse), en précisant qu'ils seront reçus dans un bureau de consultation à côté de l'unité néonatale.

Ainsi, les parents savent qu'ils ne rentreront pas dans le service : leur enfant n'y a plus sa place. Ils reviennent à l'hôpital avec leur bébé tout en sachant qu'ils repartiront avec lui à la maison, à l'inverse du temps d'hospitalisation. Retrouvant les interlocuteurs qui connaissent bien l'histoire de leur bébé (et souvent la leur), ils peuvent ainsi se sentir contenus tout en étant dans une position active : ils choisissent de venir vers nous (et non plus l'inverse), et de nous présenter leur bébé (ce n'est plus nous qui venons le voir). Puis à l'issue de cette visite ils repartent à la maison avec l'enfant. De ce fait cette consultation permet aux parents de se dégager de la position passive imposée par l'hospitalisation, tout en rejouant symboliquement le départ de l'hôpital.

La proposition de revoir la psychologue et la psychomotricienne après la sortie du bébé est faite pendant l'hospitalisation aux parents. Actuellement, aucun parent n'a refusé et tous sont venus aux séances, en général le père et la mère sont présents.

Ces co-consultations, psychologue-psychomotricienne, demandent une grande complicité entre les thérapeutes. Notre parcours commun depuis des années en unité néonatale permet de mieux nous ajuster pour améliorer les conditions de l'entretien et l'observation du bébé. Nos attitudes, nos regards, notre complicité sont des éléments importants : apprendre à travailler ensemble pour respecter l'identité professionnelle de chacun en partageant nos savoirs pour une observation conjointe plus fine. La psychologue commence l'entretien pendant que la psychomotricienne s'installe au tapis avec le bébé. Les entretiens sont libres pour laisser les parents évoquer leurs difficultés. Les thèmes qui reviennent souvent lors de la première séance sont centrés sur le retour à la maison avec des difficultés d'organisation, de sommeil, d'alimentation et des angoisses liées à l'histoire néonatale.

L'intervention précoce en psychomotricité a pour principal but de prévenir l'apparition de troubles pouvant entraver le développement psychomoteur et psycho-affectif de l'enfant. Le psychomotricien est présent comme tiers pour favoriser la rencontre entre les parents et le bébé né prématurément, pour aider les parents dans le processus de parentalisation à travers l'observation des compétences du bébé. Il ne s'agit pas d'une évaluation psychomotrice mais d'une observation des interactions parents-bébé au travers d'activités centrées sur le plaisir corporel et la relation. Mettre en mot, mettre du sens sur les capacités relationnelles, motrices et ludiques de l'enfant en pointant les progrès aide les parents dans leurs capacités parentales. « *Je ne pensais pas qu'il était capable de faire tout ça. Il est si petit, si fragile. On le couve de trop car on a encore peur ...* »

Après une hospitalisation en unité néonatale, les traces du traumatisme de la naissance prématurée sont toujours présentes chez la plupart des parents. La séparation et le « *passage du corps médical au corps familial* » (9) est source d'anxiété. Ils ont du mal à percevoir la singularité de leur bébé et l'évolution développementale. La notion d'âge corrigé vient perturber leurs représentations des étapes du développement. Le psychomotricien, par son engagement corporel et émotionnel avec le bébé, obtient un état de vigilance maximal, de détente corporelle dans un climat de sécurité affective pour laisser place au plaisir ludique. Ainsi, les capacités globales du bébé sont mises en évidence devant les parents, souvent étonnés, des possibilités de leur bébé. Le psychomotricien passe par la relation au bébé au travers du regard, du toucher et de la parole pour s'adresser indirectement aux parents. Ce temps partagé devient un support identificatoire pour les parents. Le bébé devient compétent en répondant aux sollicitations de la psychomotricienne. Ce n'est plus un bébé malade mais un bébé capable d'interagir où se dégage le plaisir corporel dans les activités proposées au tapis. Toute la sensorialité du bébé est mise en éveil et s'ajuste tout au long de la séance. Le cadre de la consultation offre un espace thérapeutique où l'attention conjointe portée sur le bébé permet de dédramatiser les représentations parentales liées à la prématurité. Si des difficultés d'ajustement tonique apparaissent pendant la séance avec un bébé crispé, des mouvements en hyperextension, des pleurs fréquents, des situations de portage-détente seront montrées aux parents pour amener le bébé à se rassembler au niveau de son axe corporel par des positions d'enroulement. Ces positions procurent une sensation de globalité et d'unité corporelle. Dans le processus de développement de l'enfant interagissent de façon équilibrée le corps, les affects et la sphère cognitive. Dans les situations de portage, l'enfant est enroulé dans les bras avec appuis sécurisants (notion de sécurité de base) qui lui permettent de se « *poser, de se lâcher (corps), de se sentir en sécurité, soutenu, en confort (affects), ce qui peut lui permettre de porter un objet à sa bouche (...) et faire entre les différents modes sensoriels des liens (cognitifs)* ». (5). Cette approche psychomotrice ne prend sens du côté parental si un travail est amorcé au niveau psychologique pour lever les angoisses liées à la naissance prématurée.

Le soutien, l'attitude contenante, l'empathie conjointe permet aux parents l'étayage progressif de l'investissement physique et psychique de leur enfant. Au travers des situations psychomotrices mettant les corps en relation, l'analyse de la relation corporelle mère-bébé s'articule tout au long de la séance. L'espace « du travail au tapis » offre un espace de sensations et d'émotions qui circule entre les trois pôles interactifs : le bébé, les parents, les thérapeutes (psychomotricienne + psychologue). Le bébé est au centre des discussions et notre regard passe d'un pôle interactif à l'autre facilitant l'attention conjointe. L'identification et l'empathie au vécu du bébé aide les parents dans leur processus d'accordage affectif.

« *Le début de la vie psychique du bébé commence ainsi : c'est la mère qui ressent à travers sa propre tonicité et ses propres sensations les états tonico-émotionnels de son enfant. Elle leur donne un sens et elle répond en fonction de son ressenti* » (14). Pour permettre cette rencontre sur le plan affectif, appelé accordage affectif selon STERN, la mère met du sens sur les manifestations corporelles du bébé puisque « *toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle* » (1).

En valorisant les comportements adaptés des parents dans les interactions avec leur bébé, le psychomotricien étaye les parents dans leur capacité à exercer leur fonction de pare-excitation et leur fonction de contenance pour mieux répondre aux besoins de l'enfant.

Car au fond ce qui émerge lors de cette « séance au tapis », c'est un processus de transformation au sein de la dyade mère-bébé. Quand les parents viennent nous rencontrer lors de cette séance, ils nous amènent avant tout un bébé prématuré. Même quand le bébé se porte bien sur le plan de la santé et du développement, leurs préoccupations conscientes ou inconscientes témoignent de l'impossibilité pour eux de se dégager de l'histoire de la prématurité. Bien souvent tout est interprété en fonction de ce « filtre » : le bébé mange, dort, se comporte en bébé prématuré. Si la réalité fait parfois écho à cela, il y a aussi pour les parents la difficulté à se dégager de la représentation de leur enfant-bébé-prématuré. Mais également pour eux de ne pas se percevoir comme des parents d'un bébé prématuré. Pendant l'hospitalisation, la réalité de la maladie ainsi que le bouleversement intrapsychique vécu par la mère ont « brouillé » sa préoccupation maternelle primaire. La séance au tapis propose d'offrir un espace psychique particulier. Il ne s'agit pas d'évaluation psychologique ou développementale mais plutôt de permettre à la mère et à son enfant d'être ensemble dans un espace de jeu.

Lors de cette séance, nous ne pensons plus la relation entre la mère et son bébé en terme de prématurité mais plutôt de parentalité. Cela s'inscrit dans une continuité psychique : les mêmes professionnelles qui ont accompagné la dyade autour de la prématurité pendant l'hospitalisation, posent maintenant sur elle un autre regard et proposent un autre questionnement. Celui qui se déploie autour de la complexité et de la singularité de la relation entre une mère et son bébé, quand bien même celle-ci s'enracine dans la prématurité. Ce qui est mis en avant c'est avant tout la préoccupation d'une mère pour son bébé. Aussi cela soutient-il une possible transformation : celle de la « mère-du-prématuré » à la « mère-du-bébé ». Mais pour cela, la mère doit pouvoir percevoir le « bébé-qui-joue » dans le bébé prématuré. Il nous semble que cela s'articule autour d'un double mouvement identificatoire de la mère: identification à cette « autre », (la professionnelle) qui regarde l'enfant comme un bébé qui joue et non plus comme un enfant malade, afin de pouvoir s'identifier à « son » bébé et non plus au « préma ».

Pour les professionnelles engagées ici, cela repose sur la capacité à « *éprouver [le] "nous" de la mère et de l'enfant* » *c'est-à-dire « l'union fondamentale entre l'enfant et sa mère* » (13). C'est là le processus de « l'empathie » au sens de S. LEBOVICI, qui peut être vue comme une « *expérience émotionnelle correctrice* ». L'« *expérience empathique de [l'analyste] mobilise ses affects et le conduit à créer une nouvelle organisation dyadique* ». Mais cela implique également de s'identifier à la mère et au bébé, sans « collusion », sans confusion, afin que puisse se déployer une rencontre entre la mère et son bébé. Progressivement pendant que le bébé joue au tapis sous le regard attentif de sa mère et que celle-ci réinterroge son histoire de la prématurité, elle commence à percevoir ce qui relève de sa propre construction psychique. « La » prématurité devient « son » histoire de la prématurité. Progressivement « son » bébé « joueur » apparaît à la place « du » bébé prématuré. La mère peut passer d'une position passive d'observatrice à une position active où elle est sollicitée elle-même au tapis pour interagir avec son bébé. Et le bébé « tourné » vers sa mère, qui le regarde, peut ainsi l'appeler à s'engager avec elle dans le jeu.

On peut poser l'hypothèse que le travail conjoint simultané du côté de la mère et du côté du bébé, de la mise en relation de l'histoire subjective de la prématurité et de la réalité du bébé dans son corps quand il joue, permet d'offrir à la mère un autre regard sur son bébé et d'amorcer une transformation du lien entre les deux. Mais cela repose d'une part

sur un ajustement des places pour les professionnelles et aussi la possibilité de créer une aire de jeu avec le bébé dans laquelle on va amener la mère progressivement. Une aire « *intermédiaire qui se situe entre le subjectif et ce qui est objectivement perçu* » (19).

CONCLUSION

Ce travail a débuté de façon informelle après avoir repéré des signes de vulnérabilité chez certaines familles au moment de la sortie de l'unité néonatale. Ils nous semblaient important d'accompagner ce passage que constitue le retour à la maison.

L'intérêt des séances au tapis repose sur l'étayage proposé aux parents par deux professionnelles dont les places sont clairement différenciées au travers de l'observation conjointe du bébé. Cela permet un meilleur ajustement de la relation mère-bébé qui sort du cadre de la prématurité pour s'inscrire dans celui de la parentalité.

BIBLIOGRAPHIE

(1) ANZIEU (D.)
Le moi-Peau, Paris, Dunod, 1985.

(2) AUPETIT (L.)
Si loin de la période néonatale et si près..., *in Maternités traumatiques*, Paris, PUF, 2010.

(3) BERTRAND (M.)
Pour une clinique de la douleur psychique, Paris, L'Harmattan, 1996.

(4) BOWLBY (J.)
L'attachement, Paris, PUF, 1969.

(5) COEMAN (A.), H DE FRAHAN (M.-R.)
De la naissance à la marche, les étapes du développement psychomoteur, Bruxelles, ASBL Etoile d'herbe, 2004.

(6) DRUON (C.)
A l'écoute du bébé prématuré, Paris, Flammarion, 1996.

(7) FREUD (S.)
Au-delà du Principe de Plaisir, In Œuvres complètes, XV, Paris, PUF, 1920.

(8) FREUD (S.)
Inhibition, symptôme et angoisse, Paris, PUF, 1926.

(9) GAUBERTI (M.)
Mère-enfant : à corps et à vie, analyse et thérapies psychomotrices des interactions précoces, Paris, Masson, 1993.

(10) GOLSE (B.), GOSME-SEGURET (S.), MOKHTARI (M.)
Bébés en réanimation, naître et renaître, Paris, Masson, 2001.

(11) Grand dictionnaire de la psychologie
Larousse, 1999.

(12) LAPLANCHE (J.), PONTALIS (J-B.)
Vocabulaire de la psychanalyse, Paris, PUF, 1967.

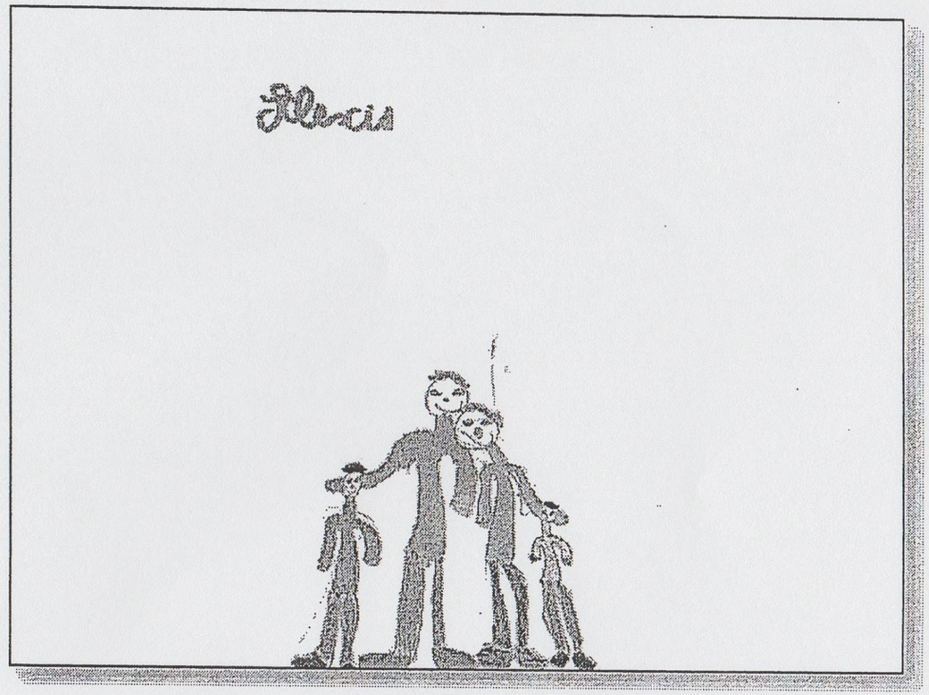
(13) LEBOVICI (S.), SOLIS-PONTON (L.), BARRIGUETE (J.-A.)
L'arbre de vie, l'empathie métaphorisante, l'énaction, In L. Solis-Ponton et coll., *La Parentalité - Défi pour le troisième millénaire*, Paris, PUF, 2002.

(14) ROBERT-OUVRAY (S.)
L'enfant tonique et sa mère, Paris, Desclée de Brouwer, 1996.

(15) SIBERTIN-BLANC (D.), TCHENIO (D.), VERT (P.)
Naître « très grand prématuré », et après ?, *Psychiatrie de l'enfant*, 2002, Vol. 45, n° 2, 437-482.

(16) VANIER (C.)
Prématurément mère..., In *Maternités traumatiques*, Paris, PUF, 2010.

(17) WINNICOTT (D.)
Pédiatrie et psychiatrie, In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1948.

(18) WINNICOTT (D.)
La préoccupation maternelle primaire, In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1956.

(19) WINNICOTT (D.)
Jeu et réalité, Paris, Gallimard, Coll. Folio, Essai, 1975.