

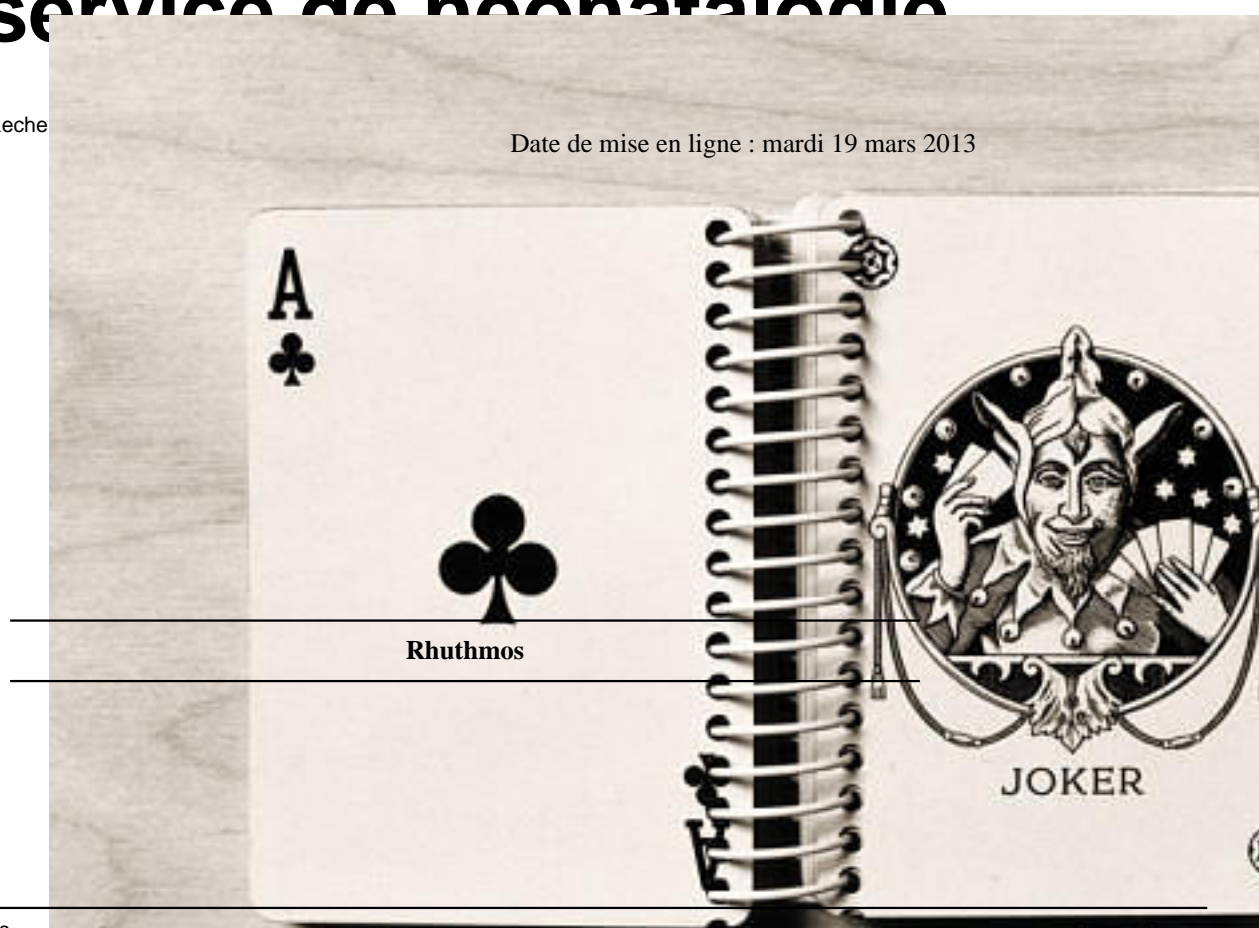
Extrait du Rhuthmos

<http://www.rhuthmos.eu/spip.php?article846>

Pratique de babilis et chants berçants auprès des bébés prématurés et leurs mères en service de néonatalog

- Recherche

Date de mise en ligne : mardi 19 mars 2013



Sommaire

- [La prématurité et la situation des bébés et des parents dans le service de \(...\)](#)
- [Ma façon d'intervenir](#)
- [Une séquence de travail avec Raphaël](#)
- [Commentaire](#)
- [Pour conclure](#)

Puisqu'il rend compte d'une pratique de musicothérapie, ce texte ne relève ni de la psychanalyse ni de la psychothérapie, au moins dans ses limites classiques. Nous le publions dans cette section dans la mesure où il fait écho, à certains égards, au texte d'Hervé Bentata « Pulsions invocantes, voix, rythme et baby blues » [publié précédemment](#). Il reprend une communication présentée lors du colloque « Il était une fois le conte et ses mythologies - Le temps rythmo-musical du geste parlé dans l'accès au langage » en novembre 2012. Première parution sur le site [Carmina](#). Nous remercions Dominique Brugger de nous avoir autorisé à le reproduire sur RHUTHMOS.

Je vous propose aujourd'hui de vous parler d'une expérience de musicothérapie active effectuée auprès de bébés prématurés et de leurs mères.

- En matière d'introduction je vous présenterai une séquence de travail près de Johan et de sa mère.
- Puis j'éclairerai le contexte de cette expérience en vous donnant quelques indications sur la prématurité.
- J'en viendrai, ensuite à ma façon d'intervenir avec cette population spécifique.
- Et pour que cela prenne quelque réalité pour vous, j'en déroulerai une séquence de travail auprès de Raphaël.
- Je partagerai, enfin avec vous quelques réflexions sur ce que je peux comprendre du travail effectué et de ses enjeux.

NB : les données chiffrées sont arrondies, les noms, sexes et détails modifiés par soucis d'anonymat.

Johann né à 27 SA (Semaines d'Aménorrhée), poids : 1kg, âge : 34 semaines, soit environ un mois et demi, 3kg au moment du soin :

Johann est dans les bras de sa maman, geint un peu et s'agite, sans pouvoir prendre le sein en bouche. Sa mère nous dit qu'il veut téter mais que ça ne va pas assez vite. Je m'accroupis auprès d'eux quelques instants, en silence, puis je demande si je peux rester. « Oui ». La maman présente le sein à l'enfant qui ne le prend pas. Mais son visage est rouge, il semble contrarié. Je m'adresse au bébé par des bruits de bouche rythmés et quelques paroles chantées, (bruits de bouche + fredonnements de : « ta maman - dit - que tu es - pressé - de téter... »).



De formatio foetu liber singularis, Adrian Van der Spiegel, 1626" title="" />La maman écoute, reprend en paroles ce que je chante. C'est-à-dire qu'elle s'appuie sur moi immédiatement. Ce qui est important car j'ai remarqué que lorsque la maman s'appuie sur moi, c'est un peu comme une carte blanche qui m'est donnée, l'alliance permettant un déploiement plus aisé du travail. Alors que j'improvise sur : « tiya - tiya - tiya - le lait - est là -... », il se met à sucer sa bouche. Voyant cela la maman en profite pour réintroduire le sein à ses lèvres et l'encourage en lui caressant le visage tandis que je poursuis mon accompagnement. Il tétouille un peu. Elle est ravie, et dit que ça marche. Elle presse quelques gouttes de son sein, qu'elle dépose sur les lèvres de Johann qui les attrape. La chanson se construit sur cela : (« Tu piques, tu piques, le lait, sur ta bouche, tu goûtes, les gouttes, que ta langue touche...»). Nous restons dans cette attention pendant plusieurs minutes, l'enfant dégustant et tétant alternativement, la mère l'encourageant et riant du plaisir que « ça marche »

De formatio foetu liber singularis,

Adrian Van der Spiegel, 1626

La prématurité et la situation des bébés et des parents dans le service de néonatalogie

La naissance à terme a lieu à environ 41 semaines d'aménorrhée (absence de règles chez la femme). Une naissance est considérée comme prématurée lorsqu'elle a lieu avant la 37e semaine d'aménorrhée. Le nombre des naissances prématurées semble se stabiliser après des années de perpétuelle augmentation. Aujourd'hui, certaines naissances sont viables à 23 semaines.

Le devenir des enfants nés prématurément est variable [1], selon qu'il y a ou non pathologie ou handicap à la naissance. Pour ceux qui sont indemnes de handicap, il est cependant repéré, dans nombre d'études [2], qu'une partie d'entre eux se développera différemment des enfants nés à terme, et pourra rencontrer des difficultés [3]. Attention, il s'agit de tendances, pas de systématisme.

Ce qui caractérise les bébés prématurés, c'est leur immaturité. Leur organisme n'est pas prêt à passer du monde aquatique au monde sec.

Concrètement, et proportionnellement à leur âge de naissance, ces bébés présentent des difficultés à maintenir leur température, à respirer, à téter, c'est-à-dire à combiner respiration, succion et déglutition, c'est pourquoi ils sont assistés (couveuses chauffées, ventilation et sondes naso-gastriques). Ils ont également des difficultés à digérer, ainsi qu'une grande sensibilité à toutes les stimulations sensorielles (vision, audition, toucher, odorat...), qui peuvent les stresser. Celles-ci sont nombreuses dans un environnement très matériel.

Dans le service où j'interviens, la technique du *Nidcap* est appliquée. C'est une démarche qui vise à comprendre les besoins de ces enfants à l'histoire particulière afin de mettre en place des soins qui les respectent au plus près. (Observation fine, repérage du rythme de l'enfant, des signes de stress, et solutions éventuelles, allant dans le sens de la réduction des stimulations, une lumière tamisée, des sons atténués, un enveloppement des enfants de façon regroupée, le peau à peau avec la mère ou le père...).

Les enfants passent la plupart de leur temps à dormir ou se reposer dans leur couveuse ou dans leur lit, ou encore en « peau à peau » sur leur mère. Le temps de repos est entrecoupé des soins de toilette, de nourrissage, d'ajustement des thérapeutiques, ou encore d'examens médicaux.

Les enfants viennent du service de réanimation où ils ont déjà passé du temps. Ici, en néonatalogie, les dispositifs sont allégés et le projet est d'acheminer l'enfant vers sa sortie de l'hôpital et l'installation dans sa famille dans de bonnes conditions. Le projet consiste donc à progressivement rendre l'enfant autonome en régulation de sa température, respiration, et alimentation, tandis que la mère se « forme » aux besoins de son enfant.

Souvent les mamans sont auprès de leurs enfants - la plupart des pères travaillent en journée mais viennent le soir. Dans les débuts de leur arrivée dans le service, les mamans sont debout à côté de la couveuse, surveillant avec angoisse les « scopes » (écrans restituant les mesures des constantes vitales). En parlant avec elles, nous les découvrons peu disponibles, tendues et fatiguées. Peur et espoir semblent se côtoyer, dans une parole brève qui se veut positive à l'égard de l'enfant, mais où la confusion n'est pas rare dans le discours. Dans cette parole, on entend fleurir à très petit flux la question de la responsabilité, et celle toute proche de la culpabilité : « que faire d'autre maintenant qu'attendre ? »

Après un ou deux jours de présence dans le service, nous les trouvons assises aux côtés de la couveuse, immobiles, silencieuses, le regard devant elles. Elles peuvent avoir leur bébé sur la poitrine selon la technique du « peau à peau ». Elles peuvent aussi être entrain d'attendre qu'il se réveille. Les ambiances détendues et joyeuses, l'humour, sont parfois présents mais c'est rare.

Il faut savoir que l'interruption de la grossesse et la rupture de contact sensoriel avec le bébé, ainsi que la grande inquiétude dans laquelle se trouve les parents, posent d'importantes difficultés à la maman pour ensuite « rétablir » ce contact avec son enfant et faire relation. Catherine Druon parle « d'orage émotionnel », orage jonché de deuils multiples (deuil d'une grossesse menée à terme, deuil d'un enfant comme les autres, deuil de la joie familiale du retour au foyer...).

Ma façon d'intervenir

J'interviens sans rendez-vous. Je consulte quotidiennement au préalable les dossiers et le personnel pour m'informer des événements pendant mon absence. Je passe dans les chambres, j'observe, j'écoute, et j'estime si je peux être éventuellement utile dans la situation que je rencontre. Si c'est le cas, et qu'il y a des parents ou des soignants présents, je leur demande s'ils souhaitent que je reste. Si je sens la moindre réticence, je n'insiste pas. Si l'enfant est seul, j'estime seule, mon utilité. Après les soins, je fais un compte rendu écrit de type narratif, des faits.

Il s'agit d'interagir avec les « manifestations » du bébé et de la maman, sur le mode de l'association verbo-rythmo-musicale libre. Le mode d'intervention est lent et doux, toujours improvisé. Je m'ajuste en permanence, et m'adapte à chaque enfant/dyade et ce qu'il/elle indique en apprécier (expressions gestuelles et faciales, tracés des constantes vitales sur l'écran). Ce mode d'intervention lent est combiné au matériel préparatoire ainsi qu'à ma perception des mouvements internes de l'enfant, sa mère, la soignante, et leur effet sur moi.

Le soin est composé de trois temps : un temps d'approche, un temps d'entrejeu d'après la tonalité et le rythme généraux du bébé, de la mère, de la dyade, et un temps de conclusion et séparation dès les premiers signes de fatigue ou de suffisance. Cette distribution n'est qu'une trame indicative, modifiée au besoin.

Une séquence de travail avec Raphaël

Raphaël est un enfant né prématurément à 32 semaines d'aménorrhée. Il pesait environ 1 kg. C'est un grand prématuré, qui bénéficie d'une aide respiratoire. Il est nourri soit par sonde naso-gastrique, soit par biberon lorsqu'il n'est pas trop fatigué.

Sa mère est une femme anxieuse qui a peu confiance en elle lorsqu'elle doit lui prodiguer des soins. Elle est inquiète de mal faire. Elle regarde très souvent le scope. C'est une mère qui a le souci de son enfant, qui est présente chaque jour, sauf obligation contraire. Elle se sait tendue et fait des efforts pour y remédier. Elle veut apprendre, progresser.

Raphaël pèse environ 1400 grammes et est âgé d'un petit mois :

Raphaël est dans sa couveuse, la mère attend que l'infirmière le lui donne pour le biberon. Elle est assise dans son fauteuil. Elle dit, inquiète, que lorsqu'elle lui donne, il s'étouffe. Comme je pense utile de rester, je lui pose la question de savoir si cela la dérange. Elle est d'accord. « Chanter pour moi oui peut être » dit elle en riant. Je cherche à m'installer tandis que l'infirmière lui dit de ne pas se disqualifier, « vous devriez avoir plus confiance en vous ... ». La mère se met à pleurer. Je m'assois en silence à côté d'elle tandis que l'infirmière lui pose Raphaël sur les genoux, face à moi, à la demande de la mère.

Raphaël semble dormir. Il ouvre à peine les yeux une seconde, je lui murmure des mots d'éveil, il referme les yeux et la maman, nerveusement, lui met le biberon en bouche sans avoir pris de temps pour le réveiller. Puis elle lui retire, et le lui remet en bouche, puis le retire à nouveau. Je chantonne quelque chose comme : ouh là là la, qui entre là ? une tétine, un biberon, un bout tout rond, plein de lait chaud, et qui s'en va, s'en va déjà ? Car la mère alterne mise en bouche et retrait. Elle a peur de l'étouffer, et garde les yeux rivés sur l'écran du scope. Je chante/raconte ce qui se passe, comment la maman est attentive pour Raphaël et veut le nourrir, mais s'inquiète, comment lui a peut-être faim ?, (envie de sucer, de téter, envie de remplir ta bouche de lait... ?). Parfois il tète vigoureusement, parfois il semble ne pas manger. Ou bien il semble vouloir le biberon alors que la mère ne le lui donne pas, ne pas le

vouloir alors qu'elle cherche à l'introduire. Je colle à leur rythme dans mes intonations, mon tempo, les tensions et détente, les accents, les repos et reprises. (tension : oh la la la la, oui là tu têtes, oh la la la la, là maman te guette, (4/4) - détente : c'est, le temps, de sentir, c'est, le temps, de découvrir, (3/4)). Pendant ce temps il tète et la mère se détend.

Il a presque terminé le biberon. Elle paraît contente. Je passe plusieurs minutes à chanter ses gestes bienveillants à son petit. Raphaël entre ouvre les yeux parfois, et geint un peu. Quelque chose le dérange. La mère le ressert dans ses langes. À un moment, ses mains sortent écartées, (signe de grand stress chez un prématuré), son visage est froncé et foncé, et je mets moi même ma main sur lui pour le contenir (Je pose ma main sur toi, pour t'aider, à te sentir bien toi, tu es né). Je lui chante son geste de stress et comment il peut se détendre sur les genoux et dans les soins de sa maman. La maman comprend, le tient mieux, l'entourant de ses bras, mains, regard et parole, tout son amour est là. Il se détend.

Elle est attendrie, lui caresse la joue avec son ongle. Or, on sait que les prématurés sont hyperesthésiques, c'est-à-dire ultra-sensibles au toucher, et qu'il vaut mieux tenir que caresser. Je chante les 1000 caresses de la maman. (C'est le plein de caresses, sur ta peau douce). Elle réagit en se reculant et disant « ah c'est vrai, il ne faut pas caresser ». Et elle lui fait un bisou. Je chante donc ce délicieux bisou, plus doux que les caresses ? Alors elle lui parle, très doucement. Je continue dans mes paroles incantées sur ce qui est + doux, les bisous ou les mots doux ? Un rondo se construit (forme élémentaire couplet/refrain).

C'est un beau moment car elle parle très doucement à son petit, elle est tout à fait avec lui et calme, l'appelle et lui dit combien elle a envie de le toucher. Elle est plus ouverte du visage, moins brusque et labile dans ses gestes. Elle a oublié l'écran. Il semble s'être endormi. [...] un temps dans lequel être en sécurité de sa mère et de lui-même, et qui a suffisamment duré pour s'installer.

Commentaire

Que se passe-t-il ici ? Notre rôle est d'aider la mère à se réapproprier sa maternité, à se l'autoriser en quelque sorte. Il faut « toucher » la mère, elle qui probablement se trouve encore dans un orage émotionnel complexe, où son effort pour « tenir » est important. La difficulté est alors de « toucher » sans tout faire s'effondrer ou se resserrer dans des mécanismes défensifs. Je crois que par mon écoute, les mouvements psychiques internes personnels qu'elle génère chez moi, et le chemin que je trouve pour les dire, un espace temps s'ouvre à la mère et donc à son enfant, dans lequel s'installer. Elle peut alors se représenter les besoins de son enfant et la manière dont elle peut les satisfaire. Je pense donc que ma présence dans un temps sans urgence, disponible et attentive, couplée aux images que j'évoque dans le chant qui raconte le réel, qui prend le temps de rêver, incite la mère à entrer dans sa capacité de rêverie (Bion). Nous assistons alors à une rencontre dans la dyade qui trouve/crée (Winnicott) ce qui est juste pour elle. L'enfant peut passer du statut d'objet de nourrissage à objet d'amour et de relation pour sa mère. Quant à elle, elle devient maman et non plus gestionnaire d'alimentation. Pour un moment elle m'a oubliée, ce qui est probablement le signe d'une relation maternelle primaire bien établie à ce moment-là.

Dans le détail : mon début de chanson, parlant de « ta peau douce », lui évoque tout de suite la fragilité de cette peau et le désagrément de son petit. J'imagine que c'est pourquoi je peux continuer à construire le chant et revenir interroger la nécessité ou non que cela cesse, sans que cela soit brutal à la mère.

Elle opte alors pour les bisous. Mais est-ce mieux ? Quelle sensation procure ce bisou à l'enfant ? Il éprouve déjà une multitude de sensations ininterprétables pour lui. Le bruit des machines, le toucher et les odeurs des soins par exemple. Du fait de son immaturité générale et de la prépondérance de la technique sur le relationnel rythmé,

sensoriel/maternel vivant, ses sensations/émotions [4] manquent de sens, de cohérence. Son extrême sensibilité peut s'en trouver envahie, agressée, dissociée peut-être. Il me semble que l'accroche de sens qu'il va pouvoir trouver dans le geste de la mère doit avant tout le « rassembler » dans une globalité désirante, c'est-à-dire le tenir dans son temps, son rythme extrêmement lent, son mouvement :

- Tenir son corps, sorti trop tôt de son environnement PROTÉGÉ et LIMITÉ où il apprenait l'équilibre en dansant dans le ventre de sa mère, au RYTHME de son coeur battant.
- Tenir son être dans une sensation globale RELIÉE à quelque chose de connu : la voix, l'odeur, le toucher de sa mère, et leur rythme, reconnaissables pour lui.
- Tenir ses premières sensations, inconnues et donc parfois inquiétantes et envahissantes, dans la CHAÎNE SIGNIFIANTE de l'ordre symbolique. Sa mère, dans une présence totale et complète, parlante et s'adressant à lui en toute sincérité lui donne probablement sensation de sécurité.

La seconde étape de la chanson se développe assez naturellement. Elle a l'avantage d'être construite sous la forme du rondo, donc d'être cyclée, et d'être aisée à retenir et à chanter (fondée sur 4 - 5 notes). Elle peut peut-être faire trace facilement et s'inscrire en mémoire, mémoire d'une expérience relationnelle intime et probablement réussie entre la mère et l'enfant.

Ce que nous pensons, c'est que le travail de musicothérapie a permis à la fonction maternelle primaire d'être choyée, momentanément restaurée peut-être, et à la pensée de la mère de s'élaborer, l'amenant à une attitude plus adaptée à la situation de son enfant.

Pour conclure

Plus généralement, nous remarquons que les soins d'alimentation qui se déroulent bien ont tous cette particularité d'exiger de nous que nous trouvions un rythme commun. La dyade est une entité en elle-même que nous ne pouvons dissocier lors du travail en sa présence, au contraire. Nous avons trouvé deux moyens pour la renforcer :

- « Mettre la mère dans le temps du bébé »,
- « Mettre du sens sur les éprouvés de chacun d'eux » en favorisant la représentation pour l'enfant de ses sensations, pour la mère des besoins de son bébé ainsi que de ses actes à elle. »

Pour favoriser cette inscription dans le temps et ce jeu des représentations, nous utilisons le véhicule poético-rythmo-musical qui active l'imaginaire tout en favorisant l'organisation du temps et l'ouverture à l'autre.

[1] M. Brémond *et al.*, « Devenir médical, psychologique et affectif à l'âge d'un an des prématurés indemnes de handicap sévère. Étude prospective cas-témoins », *Archives de pédiatrie*, issue 6, vol. 11, nov. 1999, p. 1163-1171.

[2] B. Larroque, EPIPAGE Studygroup, « Le devenir des enfants prématurés : effet d'une naissance prématurée sur le cerveau et ses fonctions »,

Lancet, 2008, 371, p. 813-20.

[3] Ces différences portent sur l'alimentation, le sommeil, les capacités motrices dont celle de la parole, les capacités cognitives (acquisitions - restitution), attentionnelles, et les capacités relationnelles. On peut constater aussi des problèmes de vision et d'audition. Voir à ce sujet « Évaluation à 6 ans du langage de l'enfant né grand prématuré sans paralysie cérébrale : étude prospective de 55 enfants », *Archives de Pédiatrie*, vol. 17, issue 10, p. 1433-1439.

[4] D. Anzieu cité par C. Druon, « Réanimation néonatale, observation du bébé prématuré : antagonisme ou complémentarité » in M. Soulé, (dir.), *La vie de l'enfant*, Toulouse, Érès, 2006, p. 48.