



HAL
open science

**Les liens d'attachement : un tremplin pour la vie.
Regard singulier du psychomotricien en Protection
Maternelle et Infantile**

Sonia Jegou

► **To cite this version:**

Sonia Jegou. Les liens d'attachement : un tremplin pour la vie. Regard singulier du psychomotricien en Protection Maternelle et Infantile. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01018134

HAL Id: dumas-01018134

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018134>

Submitted on 3 Oct 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

-Institut de Formation en Psychomotricité-

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien

Les Liens d'Attachement : un tremplin pour la Vie

Regard singulier du psychomotricien en Protection
Maternelle et Infantile.

JEGOU Sonia

Née le 13 janvier 1991 à Biarritz (64)

-Juin 2014-

Remerciements

Sans le soutien, la patience et la bienveillance de ...

Colette MORA, maitre de stage, maitre de mémoire mais avant tout psychomotricienne passionnée, qui par sa disponibilité, sa confiance, ses conseils, la transmission de son savoir et nos nombreux échanges a fortifié mon envie de m'investir pleinement dans la psychomotricité.

Elise GRELLIER, psychomotricienne, qui par ses conseils m'a guidée dans l'orientation de mes idées.

Mes parents et mes grands-parents, qui m'ont permis de devenir celle que je suis.

Mes sœurs : Tiffany et Morgane, Tasia et mes amis, qui de près ou de loin, m'ont apporté écoute et conseils, et qui ont été les gardiens de mon bien-être moral.

La promotion 2014 pour tous ces moments de partage et de convivialité pendant 3 ans.

Yannick, à l'autre bout du monde, toujours compréhensif et présent.

... ce mémoire ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui.

Un grand merci à tous.

Sommaire

Introduction 4

I. DE L'ATTACHEMENT A L'EXPLORATION PSYCHOMOTRICE... 7

A. Les liens d'attachement 7

1. Qu'est-ce qu'est l'attachement ? 7

2. Les différents types d'attachement 14

3. Aller vers l'exploration psychomotrice 18

B. L'enfant et son environnement : entre interaction et attachement. 22

1. Les compétences du nouveau-né 22

2. Les compétences parentales..... 28

3. Les interactions parent-enfant 35

C- Perturbations des interactions aux troubles de l'attachement..... 44

1. Des interactions perturbées..... 44

2. Les troubles de l'attachement 47

II- REGARD SINGULIER DU PSYCHOMOTRICIEN EN PMI.....	55
A. La protection maternelle et infantile	55
1. Présentation	55
2. Ses missions	56
3. La population accueillie.....	57
4. Travail en réseau.....	58
5. Une consultation type à la PMI	60
B. La place du psychomotricien en PMI	63
1- Sa spécificité.....	63
2- La consultation conjointe, un moment de complémentarité.....	70
3- Un moment d'échange et de partage : le groupe parents-enfants.....	73
4- Le projet « Murmures et petits pas »	80
Place et expérience de stagiaire.....	81
Conclusion.....	83
Bibliographie.....	85
Table des matières	87
Annexes	90

*« Ton mémoire pourrait refléter l'enfant que tu as été et que tu es ;
la mère que tu espères être et la psychomotricienne que tu deviendras ».*

Une amie de longue date.

Introduction

Après la validation de ma seconde année à l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux, j'ai souhaité poursuivre ma formation pratique avant l'entrée en 3^{ème} année. C'est pourquoi j'ai effectué un stage durant le mois de juin, dans le but de continuer à apprendre mon futur métier, et de découvrir une nouvelle population. J'ai pu accompagner une psychomotricienne sur ses deux mi-temps : en cabinet libéral et sur différentes antennes de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Ce dernier lieu de stage m'a permis d'appréhender les tout petits mais m'a surtout interpellée sur la place qu'un psychomotricien pouvait avoir dans ce lieu de consultation. Intervenir dans une consultation gérée par une puéricultrice et un médecin donne matière à réflexion. Dans l'objectif de prolonger cette réflexion et d'approfondir mes connaissances sur ce monde de la première enfance, j'ai poursuivi ce stage tout au long de ma troisième année. J'ai ainsi pris part aux différentes consultations les jeudis, sur deux antennes de PMI différentes. De plus, deux vendredis par mois, j'ai participé aux groupes « parents-enfants » animés par la psychomotricienne, une psychologue et une lectrice.

Tout au long de ces consultations, les questions que je me suis posées en juin, sont restées d'actualité :

Comment la psychomotricité trouve-t-elle sa place dans des consultations de PMI gérées par une puéricultrice et un médecin ?

Certes la psychomotricienne utilise des outils tels que des bilans qui en font en partie sa spécificité, mais dans un service tel que la PMI, où l'objectif est centré sur la prévention et le dépistage :

Quel est l'intérêt réel de cette présence ?

Les consultations sont courtes, autour d'un quart d'heure, et aucune certitude de suivi de l'enfant n'est possible ; il faut donc sur ce laps de temps très court être en capacité d'apporter un regard professionnel, apte à dépister d'éventuels retards ou problématiques, tout en étant investi dans la relation.

Dans les services de PMI, de nombreux thèmes liés à la petite enfance sont évoqués à chaque consultation : l'alimentation, le sommeil, la santé, les jeux, la marche, le langage... Mais les liens d'attachement enfant-parent(s) ont soulevé beaucoup de réflexions et d'interrogations. En début d'année, lors d'une consultation, une situation particulière m'a questionnée.

Une maman est venue avec sa petite fille, Eva, âgée de 4 mois et sa grande sœur âgée de 7 ans ; la situation familiale est un peu compliquée avec une procédure de divorce affectant la maman qui est notamment suivie sur le plan psychologique. Après passation du Brunet-Lézine révisé, il en est ressorti qu'Eva présentait un début de retard psychomoteur (pas d'esquisse de geste de préhension, pas de vocalise ...). Lorsque l'on discute avec cette maman sur les acquisitions de son bébé, elle nous répond : « Je ne sais pas, je ne vois pas, c'est sa sœur qui me raconte ». J'ai d'ailleurs observé que sur tout le temps de cette consultation Eva cherchait en permanence le regard de sa maman, et s'accrochait à celui de sa sœur.

Cette situation a soulevé de nombreuses questions : à quoi est dû ce retard psychomoteur ? Quelle est la relation entre cette mère et son enfant ? Quel type d'attachement est en train de se mettre en place ?

Je me suis alors intéressée à l'importance de la communication et des interactions précoces mère-bébé dans le développement des liens d'attachement.

Et en quoi les échanges précoces mère-enfant favorisent-ils la mise en place d'un attachement sécure ? Quel est le retentissement de cet attachement dans le développement psychomoteur de l'enfant ?

L'idée de mon mémoire a pris la forme de deux questions principales :

- 1- Quel est l'intérêt des liens d'attachement dans le développement psychomoteur d'un enfant ?***
- 2- Que peut apporter le regard du psychomotricien dans une structure préventive telle que la PMI ?***

Je commencerai la rédaction de ce mémoire en abordant l'attachement et tous les concepts qui y sont liés. Par la suite je m'intéresserai aux interactions précoces en développant les capacités du nourrisson et les compétences parentales, dans le but de créer un lien entre ces interactions et l'établissement de l'attachement. Enfin, toujours dans cette optique de montrer l'intérêt de ces liens d'attachement dans le développement harmonieux de l'enfant, j'expliquerai la place du psychomotricien dans les consultations et dans les groupes parents-enfants. Je développerai ainsi l'apport de son regard singulier mais complémentaire dans les objectifs de prévention et de dépistage de la PMI. Avant de conclure, je partagerai mes différents ressentis vécus au cours de ce stage.

Les temps de rencontre avec les enfants sont très courts, la psychomotricienne n'intervenant pas tous les jours dans le service, il est assez rare de revoir les enfants plusieurs fois de suite et d'établir un réel suivi. C'est pourquoi dans ce mémoire l'illustration de mes propos se fera par la présentation de différentes vignettes cliniques.

I. De l'Attachement à l'Exploration

Psychomotrice

A. Les liens d'attachement

Un lien d'attachement est un lien affectif qui se tisse entre le bébé et une personne privilégiée et discriminée, généralement il s'agit du parent notamment de la mère. Dans les théories relatives à l'attachement, on ne parle pas d'attachement entre le parent et l'enfant, mais de « lien de soins » ou « lien du soignant ». Ce sont le comportement de l'enfant et les réponses de son parent qui favorisent l'établissement des liens d'attachements. Ce besoin d'attachement est aussi primordial dans le développement de l'enfant que le fait de s'alimenter ou de dormir.

« La relation mère-enfant est aussi vitale pour le développement général du bébé que les vitamines ou les protéines pour le développement physique »¹ John BOLWBY.

1. Qu'est-ce qu'est l'attachement ?

a) Définition

D'après la définition du Larousse, *« l'attachement est un sentiment d'affection, de sympathie ou de vif intérêt qui lie fortement à quelqu'un, à un animal, à quelque chose »*. Tout au long de notre vie nous créons différents liens d'attachement avec les personnes qui nous entourent, ceci aussi bien d'un point de vue émotionnel, affectif ou sentimental.

« BOWLBY (1969) décrit l'attachement comme étant le produit des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique. C'est un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui. »²

¹ LABBE Jean, *La théorie de l'attachement*, issu de www.grainedemassage.fr.

² SAVARD Nathalie & PINEL JACQUEMIN Stéphanie, « L'attachement parent enfant », in *La théorie de l'attachement : approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance*, dossier thématique de l'ONED (www.oned.gouv.fr), 2010, p 10.

Concernant le bébé et la personne qui s'occupe de lui, de nombreuses études ont démontré qu'un lien spécifique se tisse entre ces deux êtres. C'est à partir de ces nombreuses observations qu'est apparue la théorie de l'attachement.

b) La théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement est considérée comme une notion importante aussi bien en psychologie qu'en psychopathologie. Elle découle de l'intérêt porté au lien mère-enfant et de l'impact des séparations précoces qui deviennent des sujets d'études et d'observations prédominants dès le milieu du XXème siècle, dans un contexte de guerre et de séparation mère-enfant. C'est en 1946, qu'Emmi PIKLER crée la pouponnière, rue Lóczy, pour accueillir les enfants orphelins et abandonnés, juste après la guerre. Dans ce lieu E.PIKLER apprend aux nurses « à observer les enfants, à essayer de comprendre ce que la position de leurs corps, leurs gestes et leurs voix expriment et à consacrer toujours assez de temps aux soins sans jamais se presser, à satisfaire leurs besoins selon les exigences de chacun »³. Le bébé devient un être actif à part entière, et l'importance des liens entre lui et la personne qui s'en occupe prend sens.

Le travail du psychanalyste et psychiatre John BOLWBY sur la conséquence des séparations mère-enfant et des carences maternelles pose les bases de la théorie de l'attachement. Pour J. BOLWBY, l'attachement est un besoin primaire et inné. Dès sa naissance le bébé est un être immature et vulnérable, il a besoin de sécurité et de protection. Il va alors s'attacher instinctivement à la personne qui s'occupe de lui, qui le soigne. C'est ainsi que le lien d'attachement se crée et que la réciprocité des interactions mère-enfant est prise en compte.

C'est en s'intéressant aux différentes études, aussi bien psychanalytiques de René SPITZ qu'éthologiques de Konrad LORENZ et Harry HARLOW, que J. BOWLBY développe cette théorie. K. LORENZ porte son étude sur le « phénomène d'empreinte », notamment chez les oies. Ce phénomène se traduit par un mécanisme d'acquisition rapide et définitive d'un lien entre un comportement instinctif et un élément extérieur.

³ www.pikler.fr

Cette étude permet de démontrer la fonction adaptative du lien d'attachement qui se crée entre le bébé et la personne qui s'en occupe. Dans les années 1940 R. SPITZ évoque le syndrome « d'hospitalisme ». Il démontre alors que les jeunes enfants séparés de leur mère et placés en institution, sans véritable contact humain, présentent au bout de quelques temps un syndrome grave de repli sur soi et un arrêt de l'évolution psychomotrice. Quelques années plus tard, c'est avec une étude sur les bébés singes qu' H. HARLOW prouve par ses « expériences de privation maternelle » que le réconfort du contact avec la mère a plus d'importance qu'un simple apport de nourriture.

Afin que le lien d'attachement se tisse entre les deux personnes, le bébé active son comportement d'attachement envers une figure discriminée : la figure d'attachement.

c) La figure d'attachement

La figure d'attachement est la **personne vers qui l'enfant dirige son comportement d'attachement**. Cette figure est donc choisie par l'enfant en fonction des réponses empathiques apportées à ses besoins. Généralement, il s'agit de la mère, mais il peut s'agir d'une toute autre personne significative pour l'enfant et qui peut répondre à ses besoins.

D'autre part le nourrisson peut avoir plusieurs figures d'attachement. Dans la plupart des cas le tout petit est capable de discriminer clairement et de focaliser son comportement d'attachement sur une personne spécifique. J. BOLWBY la nomme la « figure d'attachement principale », elle se constitue lors des 9 premiers mois de vie. Les autres personnes étant les « figures d'attachement subsidiaires ». Chaque figure d'attachement est spécifique, irremplaçable et non interchangeable.

L'établissement des liens d'attachement se fait car l'enfant dirige son comportement d'attachement vers cette personne spécifique et discriminée qu'est la figure d'attachement.

d) Le comportement d'attachement

Le comportement d'attachement consiste à **rechercher ou maintenir à proximité la figure d'attachement**, avec l'attente instinctive que celle-ci ôte les facteurs de stress et réponde aux besoins de l'enfant ; c'est un comportement contextuel.

A l'origine J. BOLWBY concevait l'attachement comme un système « start-stop ». Ce système est désactivé lorsque l'enfant ressent du confort tandis qu'il s'active lorsqu'il y a un ressenti d'inconfort ou de menace. Cependant Mary AINSWORTH souligne que si ce système est totalement désactivé alors l'enfant est vulnérable et en danger. J. BOLWBY prend en compte cette remarque et spécifie alors que ce comportement d'attachement est constamment activé mais à des degrés différents selon l'état émotionnel de l'enfant. De même que ce comportement d'attachement varie en fonction de l'âge et du niveau de développement.

Le comportement d'attachement peut être dirigé vers une figure d'attachement, vers une personne qui n'est pas une figure d'attachement mais qui peut le devenir ou vers une personne qui n'en est pas une et qui ne le deviendra jamais. Ce comportement se met en place petit à petit grâce aux stimuli que reçoit le bébé et qui lui permettent d'entrer en interaction avec son environnement. Le bébé est un être social qui est pourvu dès la naissance d'un répertoire de comportements instinctifs décrit par J. BOLWBY tel que l'agrippement, les pleurs, la succion, le sourire et plus tard le ramper et la marche, lui permettant de communiquer avec son entourage.

J. BOWLBY décrit 4 phases dans l'ontogenèse du comportement d'attachement :

✓ Avant 3 mois : l'orientation et les signaux émis par le bébé sont sans discrimination d'une figure particulière mais avec une préférence innée vers l'adulte d'origine familière. C'est généralement la mère qui y répond. On différencie les comportements d'attachement aversifs (les pleurs et les cris) qui amènent l'adulte à s'occuper du bébé ; les comportements de signalisation (babillage et sourire) qui conduisent l'adulte vers le bébé pour des échanges plaisants et permettent aussi un maintien de la proximité. Et les comportements actifs (attraper quelque chose, s'accrocher...) qui sont encore immatures à cette période.

Les réponses de l'adulte s'occupant de l'enfant, amènent les comportements aversifs à diminuer et incitent le développement des deux autres. Cette période est une phase de pré-attachement.

✓ De 3 à 6 mois : les signaux précédemment évoqués seront discriminés et orientés vers une (ou plusieurs) personne(s). L'enfant commence à contrôler ses différents types de comportement et devient capable de les mettre à profit pour atteindre la proximité physique avec une figure spécifique. Les sourires prononcés et dirigés font leur apparition. Il se dirige de plus en plus vers des personnes repérées et familières. En fonction des ses qualités de réponse le parent devient petit à petit une figure d'attachement pour l'enfant. Figure avec laquelle l'enfant sourit de manière plus prononcée et babille de plus en plus. A cette période les modèles internes opérants⁴ commencent à se mettre en place.

✓ De 6 à 9 mois et jusqu'à 3 ans : la relation d'attachement est sélective et devient franche, on le remarque lors des séparations quand la détresse de l'enfant apparaît. L'acquisition de la motricité volontaire, de la locomotion, permet à l'enfant d'être actif dans la relation et de pouvoir agir sur la proximité avec sa figure d'attachement. C'est à cette période que le bébé commence à manifester sa détresse lorsque son parent s'éloigne. Le rôle de la figure d'attachement prend tout son sens dans cette période où l'exploration de l'environnement apparaît et va prédominer.

⁴ = modèle mentaux que l'enfant se construit. Notion définie page 13

« Grâce à l'ensemble de ces acquisitions l'enfant passe du besoin de proximité avec sa figure d'attachement à celui de sa disponibilité, puis juste de son accessibilité en cas de détresse ou d'alarme »⁵. Les étrangers sont appréhendés de plus en plus prudemment. On retrouve là les prémices de l'attachement sélectif.

✓ Entre 2 ans et demi et 4 ans : Avec l'acquisition du langage et de nouvelles capacités cognitives la relation entre l'enfant et sa figure d'attachement se complexifie, J. BOLWBY la nomme « l'association ». L'enfant est en mesure de comprendre certains points de vue de l'autre, il agit alors dans le but d'atteindre certains avantages, notamment du point de vue relationnel (intérêt et soin). L'enfant a besoin d'avoir la conviction que sa figure d'attachement est toujours disponible et attentif à lui. Il peut se représenter mentalement la séparation et peut donc de mieux la supporter.

e) Le « Caregiving »

J. BOWLBY définit le « **caregiving** » comme le versant parental de l'attachement, c'est un système motivationnel que l'on pourrait traduire par « le prendre soin de » ; il s'établit du caregiver (le parent généralement) vers l'enfant. Il s'agit de prendre soin de l'autre aussi bien au niveau physique qu'affectif, « *dans des dimensions de protection, de consolation et de soutien à l'exploration, c'est une tâche extrêmement complexe qui est bien différente du simple fait d'aimer son enfant* ». ⁶ Dans la plupart des cas le caregiver est donc la figure d'attachement de l'enfant.

Les signaux qu'envoie l'enfant déclenchent le système de « caregiving » du parent, qui va y répondre de manière **cohérente, adéquate et prévisible**. Ce système peut être considéré comme réciproque au comportement d'attachement de l'enfant : la personne prend soin de l'enfant en réponse aux besoins d'attachement de ce dernier. Ce tuteur de soin a des comportements qui favorisent la proximité et le réconfort : bercer l'enfant, le rejoindre, le consoler, le retenir, l'appeler ... Quand le caregiver distingue que l'enfant est apaisé et en sécurité, alors il diminue son niveau d'activité du système de « caregiving ».

⁵ GUEDENEY Nicole & GUEDENEY Antoine, *L'attachement : approche théorique : du bébé à la personne âgée*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 3^{ème} édition, 2009, p.99.

⁶ Ibid, p.25.

f) Les Modèles Internes Opérants (MIO)

C'est au psychologue Kenneth CRAIK que J. BOWLBY a emprunté la notion de « modèle interne opérant ». Il s'agit des **modèles mentaux que l'enfant fabrique suite aux interactions avec son environnement et aux réponses données par sa figure d'attachement**. L'intelligence de l'enfant se structure et évolue par stades⁷, il acquiert la permanence de l'objet : les objets continuent d'exister même si l'enfant ne les voit pas.

J. BOWLBY a repris cette notion et explique que l'enfant établit des représentations mentales, conscientes et inconscientes, à partir de son environnement et des relations qu'il vit. Il se constitue ainsi des modèles mentaux qui lui seront utiles dans ses relations sociales futures, dans sa manière d'être et de comprendre les comportements d'autrui.

L'enfant développe des prédictions sur la réaction de ses proches à ses besoins d'attachement, mais développe aussi une représentation de soi (comme un être digne d'amour et de soin).

On note aussi, l'influence possible du tempérament de l'enfant comme facteur de protection ou de risque dans le rôle de caregiving du parent et donc dans le développement du type d'attachement.

Ce sont donc par ces différents processus : le comportement d'attachement de l'enfant et le caregiving du parent, que différents types d'attachement peuvent se mettre en place.

⁷ Travaux de Jean PIAGET

2. Les différents types d'attachement

C'est lors d'une étude d'observation en Ouganda, dans les années 60, que Mary AINSWORTH s'intéresse aux différents types d'attachement et étaye ainsi la théorie de J. BOLWBY. Son étude s'inspire de la méthode éthologique, elle observe l'enfant dans son milieu familial. Elle porte son attention sur les signaux d'attachement de l'enfant, les réponses données de la mère ainsi que la qualité des soins.

À son retour aux Etats-Unis, dans les années 70, elle reprend son observation à l'aide d'une situation standardisée : « la Situation Étrange » et décrit les différents types d'attachement. Il existe trois types de relation d'attachement : l'attachement sécurisé, l'attachement insécure-évitant et l'attachement insécure-ambivalent.

a) La Situation Etrange

Il s'agit d'une observation qui a pour but d'évaluer le comportement d'attachement de jeunes enfants de 9 à 18 mois. Elle se déroule durant une vingtaine de minutes durant lesquelles se succèdent moments de séparations et de retrouvailles entre l'enfant et son parent. Cette observation se fait aussi en présence d'une personne étrangère. Ces situations provoquent chez l'enfant un léger stress permettant d'activer expérimentalement un comportement d'attachement. Les réactions de l'enfant, notamment lors des retrouvailles avec la figure parentale, permettent de renseigner l'observateur sur la qualité de la fonction de « base de sécurité »⁸ de cette figure. Ces travaux de M. AINSWORTH ont permis de compléter les recherches sur la théorie de l'attachement en définissant différents types d'attachement possibles, qui sont classés selon leurs caractéristiques qualitatives.

Il est important de noter que dans la description des différents types d'attachement, le terme « figure d'attachement » est souvent remplacé par le nom « parent ». Ceci afin d'alléger la lecture, mais leur fonction est ici identique.

⁸ Figure de soutien, disponible et accessible pour l'enfant.

b) L'attachement sécure

C'est celui décrit par la théorie de l'attachement, il s'agit en effet du lien d'attachement optimal entre l'enfant et sa figure d'attachement. Lors de la séparation, l'enfant manifeste sa détresse mais peut être rassuré facilement par toute autre personne. Lors des retrouvailles, l'enfant accueille son parent et recherche la proximité (comme tendre les bras). Lorsqu'il se sent en difficulté face à une situation, il va se rassurer auprès de sa figure d'attachement et va ensuite pouvoir repartir explorer le monde. Ce sont des enfants qui savent que leurs signaux de détresse entraînent chez le parent une réaction rapide et adaptée. Cette relation attribue à la figure d'attachement sa fonction de « base de sécurité ». Elle est disponible, réconfortante, compréhensive, affectueuse et sensible. Elle répond rapidement et adéquatement aux besoins de l'enfant, tout en prenant plaisir dans la relation et le contact avec cet enfant.

Dans ce type d'attachement, l'enfant peut interagir avec son parent à distance par un simple regard, par la voix ou encore par le sourire. Dans des situations de mal-être, il est capable de se calmer rapidement en présence de son parent et de repartir à ses explorations.

Je rencontre Lisa lors d'une consultation PMI, elle vient d'avoir 9 mois. Afin d'évaluer son développement psychomoteur, je lui propose quelques items standardisés du Brunet-Lézine. Lisa est une petite fille souriante et curieuse. Elle commence à se saisir du jouet, puis se retourne vers sa mère qui lui sourit et la soutient verbalement : « oui va y ma chérie ». Lisa va alors reprendre son action et explorer ce jouet.

c) L'attachement inséure-évitant

L'enfant ne semble pas être affecté lorsque sa figure d'attachement s'éloigne ou même s'en va, le besoin de réconfort est absent. Lors des retrouvailles il n'exprime aucun soulagement, et ne va pas accueillir le parent, au contraire il fait preuve d'ignorance et d'évitement. Lorsqu'il est pris dans les bras, il n'exprime ni résistance ni recherche de conservation de ce contact. L'enfant gère son sentiment d'insécurité en inhibant son comportement d'attachement et en détournant son attention de tout ce qui relève de l'attachement. Il y a une absence totale d'attentes de l'enfant vis-à-vis de sa figure d'attachement, comme s'il avait renoncé à chercher affection, sécurité et besoin auprès d'elle.

Le parent n'est pas investi comme une « base sécurisante ». Ce dernier peut avoir un comportement intrusif ou de rejet envers l'enfant, il ignore les besoins du bébé ou y répond de manière inadaptée (agressivité, rejet...). D'autre part l'enfant peut établir facilement un contact avec une personne étrangère. Il est toujours très actif car il ne ressent que rarement son besoin d'attachement apaisé, et cela entraîne alors une certaine anxiété.

d) L'attachement inséure-résistant ou ambivalent

Lors de la séparation l'enfant exprime une détresse immédiate et de l'anxiété. Les retrouvailles se passent de façon ambivalente. L'enfant peut venir chercher activement le contact auprès de sa mère mais quand il est mis en place, il peut alors demander à s'en défaire. Une fois le contact défait alors l'enfant peut protester. Ce type d'attachement se caractérise par une véritable ambivalence des comportements de l'enfant, avec colère et dépression. Lorsque l'enfant est pris dans les bras, il peut être dans un état de résistance colérique tout en s'abandonnant dans le contact établi.

La figure d'attachement répond de manière inadaptée, incohérente et imprévisible aux sollicitations de l'enfant. Un même comportement de l'enfant peut être accueilli avec enthousiasme une fois et avec colère une autre. De ce fait l'enfant est incertain quant à la capacité de son parent à répondre à ses besoins, la « base de sécurité » n'est donc pas correctement établie car ambivalente. Il n'arrive pas à traduire le comportement du parent, et ne sait pas quoi faire pour le satisfaire.

e) L'attachement inséure-désorganisé

Mary MAIN & Judith SALOMON ont réexaminé les vidéos réalisées lors de la « Situation Étrange » afin de comprendre le comportement des enfants qui ne présentaient ni attachement sécure ni attachement inséure. Elles ont alors décrit un autre type d'attachement : l'inséure-désorganisé. L'enfant présente un comportement étrange envers sa figure d'attachement, manquant de stratégie, de cohérence et d'organisation. Il peut à la fois être évitant et ambivalent, sans diriger et organiser sa conduite. Il utilise un peu toutes les stratégies présentes dans les attachements de type sécure et inséure. Ces comportements pouvant être opposés donnent alors une impression de désorganisation (ex : venir vers la personne mais en tournant la tête). La figure d'attachement est pour l'enfant à la fois source d'apaisement et source de peur.

3. Aller vers l'exploration psychomotrice

De nombreux systèmes motivationnels régissent nos vies et nos comportements, ceux qui sont en relation avec l'environnement, nous permettent de créer ce lien d'attachement unique et durable avec une personne spécifique.

a) La base de sécurité, un rôle essentiel

C'est M. AINSWORTH qui définit le concept de « base de sécurité » à partir de ses observations des différentes réactions des enfants de la « Situation Étrange ».

Il y a une véritable interaction entre le comportement d'attachement de l'enfant et le système de « caregiving » du parent, l'un ne pouvant fonctionner sans l'autre et vice et versa. Par l'activation de ce système, le parent est alors en mesure de répondre adéquatement à l'enfant et donc de lui proposer « une base de sécurité » sur laquelle il peut compter pour débiter ses explorations.

Dès les premiers moments de vie l'enfant crée un lien particulier avec une figure d'attachement et au fil de son développement il acquiert la locomotion (ramper, se déplacer à quatre pattes, marcher). Il va alors avoir envie de découvrir et parcourir l'environnement qui l'entoure. Cette figure d'attachement qui est pour lui une personne de confiance prend, dès les 6 mois de l'enfant, le rôle de base de sécurité. Lorsque l'enfant a envie d'aller explorer le monde et qu'il se sent en sécurité il s'éloigne de son parent. À tous moments de détresse ou d'inquiétude il cherche alors la proximité et la sécurité auprès de sa figure d'attachement, la base de sécurité devient alors un « havre de sécurité ».

La base de sécurité assure le rôle de figure de soutien, disponible, accessible et présente pour l'enfant. Au début de la vie la proximité physique est essentielle pour le soutien de la sécurité, mais au fur et à mesure cela devient un concept mentalisé et émotionnel.

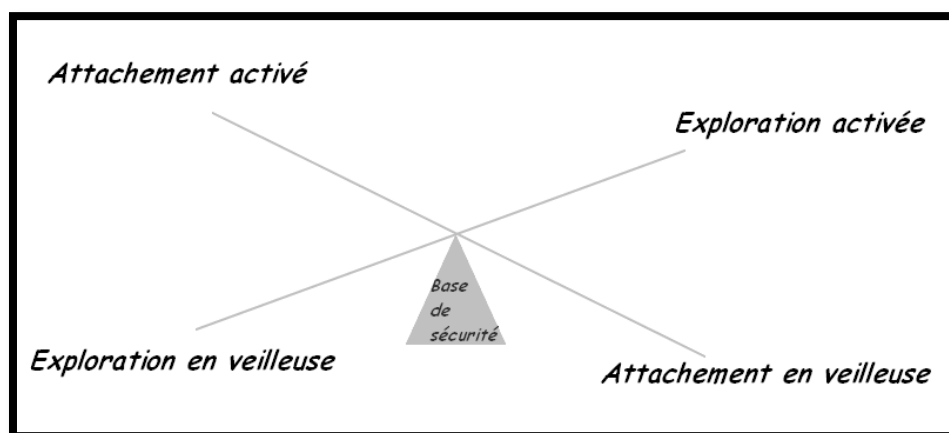
Quand l'enfant établit cette base de sécurité il peut aller explorer sereinement le monde qui l'entoure.

b) Le système exploratoire

J.BOLWBY a démontré qu'il y avait une véritable concordance entre les comportements d'attachement et les comportements d'exploration. Quand l'enfant a réussi à satisfaire ses besoins de proximité il considère alors sa figure d'attachement comme base de sécurité et explore le monde.

Le système exploratoire, tout comme le comportement d'attachement, est un système motivationnel. Ces deux systèmes sont étroitement liés et sont activés par des signaux antagonistes. Entre 6 et 9 mois, l'enfant entre dans une période où la constitution avec sa figure d'attachement est établie, le système exploratoire peut prendre place. C'est un âge où il est curieux et tout objet (animé ou non) nouveau et/ou complexe de son environnement suscite son intérêt. Il s'éloigne de son parent pour aller découvrir, tout en gardant une certaine distance où il se sent en sécurité. Puis en développant ses capacités de locomotion et ses processus cognitifs, vers 1 ½ an l'enfant acquiert la permanence de l'objet, et des capacités d'imitation et de communications orales ; son système exploratoire devient alors plus élaboré. Ce système est lié à la maîtrise et à la curiosité, curiosité qui l'aide à apprendre et comprendre son environnement en extrayant les informations nécessaires.

Il y a un véritable système de balance entre le système exploratoire et le comportement d'attachement : le premier s'active quand l'autre diminue et inversement. Et la base de sécurité soutient cette balance « attachement-exploration »⁹. La constitution des liens d'attachement permet alors à l'enfant de développer une **véritable autonomie et non une dépendance**.



⁹ GUEDENEY Nicole, « Attachement et petite enfance », www.clinique-transculturelle.org, 2010.

c) Les enjeux des différents types d'attachement dans l'exploration

« *Les premières années sont essentielles pour le développement de l'attachement et montrent le rôle de l'environnement dans la forme que prendra cet attachement* »¹⁰. Les différents types d'attachement qui se mettent en place ont une incidence certaine sur le développement de l'enfant. L'attachement sécurisé est alors considéré comme un facteur de protection dans l'évolution future de l'enfant, alors que les attachements insécures (évitants et résistants) seraient des facteurs de risque.

L'enfant ayant un attachement sécurisé est en mesure d'acquiescer une confiance en ses capacités, d'exprimer ses besoins et de se sentir en sécurité. Il pourra alors établir une relation positive avec ses pairs et se développer de manière harmonieuse. Ceci en explorant son environnement, en l'investissant et en l'intégrant. Il est capable de se séparer puis d'attendre une réponse et plus tard d'établir un lien d'attachement avec quelqu'un de plus petit que lui.

Lorsque l'enfant développe un attachement insécure, il fait appel à des stratégies défensives : stratégie d'inhibition dans l'attachement évitant et stratégie d'hyper-activation dans l'ambivalent (résistant). Il peut posséder une image de soi négative, avoir des difficultés de maîtrises émotionnelles et avoir du mal à faire des demandes. En réalité l'enfant s'adapte, et trouve un compromis entre ce qu'il a besoin et ce que ses figures d'attachement peuvent lui donner ou peuvent tolérer de ses besoins. Par conséquent il n'investit pas de façon optimale les différents stimuli de l'environnement qui l'entourent. De ce fait son exploration du monde n'est pas idéale.

Dans l'attachement désorganisé, l'enfant ne fait preuve d'aucune stratégie, il peut alors se retrouver socialement isolé et avoir des relations conflictuelles avec ses pairs et ses parents. L'impact sur son développement n'est pas négligeable. Il s'agit du lien d'attachement le plus déficitaire.

Il faut tout de même prendre en compte que ces attachements insécures et désorganisés, ne sont certes pas optimaux mais sont le reflet de l'établissement d'un lien entre l'enfant et son parent. Ils ne sont donc pas considérés comme pathologiques.

¹⁰ GUEDENEY Nicole & GUEDENEY Antoine, *L'attachement : approche théorique : du bébé à la personne âgée*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 3^{ème} édition, 2009, p.101.

d) Entre attachement et exploration, l'exemple de Dounia

Je rencontre Dounia au cours d'une consultation de PMI, elle a 17 mois et 15 jours. C'est le premier enfant de Madame et le quatrième de Monsieur qui n'est présent que le soir au domicile après son travail. Dounia est gardée exclusivement par sa mère, ne rencontre pas d'autre enfant, mère et fille dorment dans le même lit la nuit. C'est une petite fille qui n'obéit pas aux interdits parentaux, qui est très agitée et qui « fatigue beaucoup » sa mère (dixit les propos de Madame). Lors de la consultation Dounia monte et descend du tapis sans faire preuve de prudence, elle tombe, se relève, puis court à toute allure dans les jouets, elle ne semble pas avoir conscience des limites et du danger. Lorsque je lui propose un jeu, elle ne s'y intéresse que très peu et passe vite à autre chose. La maman de Dounia nous fait ressentir son agacement, dès que sa fille vient vers elle, elle la porte et la pose plus loin près des jeux, ceci sans aucune verbalisation. Au cours de cette rencontre, Dounia essaie à plusieurs reprises d'entrer en interaction avec sa mère, par des mots, des gestes, en venant contre elle, mais en vain. Madame raconte ses difficultés avec Dounia à la puéricultrice, et n'apporte pas de réponses à sa fille.

On observe l'inhibition de Dounia dans son exploration, elle investit certes tout l'espace mais ne s'en saisit pas, elle se dirige vers un jouet puis revient vers sa mère, puis repart et ainsi de suite. D'autre part on observe les comportements inadaptés de la mère, qui n'offre apparemment pas une « base de sécurité » permettant à Dounia d'inhiber son comportement d'attachement et favoriser son système d'exploration. Entre cette petite fille et sa mère, il pourrait se mettre en place un attachement de type insécuré.

B. L'enfant et son environnement : entre interaction et attachement.

« *Un bébé, ça n'existe pas* »¹¹, Donald WINNICOTT débutait souvent ses interventions par cette affirmation, devenue maintenant célèbre, et plus connue sous la formulation : « Un bébé seul, ça n'existe pas ». Lorsque l'enfant naît il se caractérise par sa **néoténie**, il ne peut pas vivre sans un environnement portant, soutenant et répondant à ses besoins. Toutefois le nourrisson est doué de compétences innées lui permettant d'entrer en interaction avec son environnement et par la suite d'établir un lien d'attachement avec une figure discriminée. L'enfant se développe donc dans un milieu qui agit sur lui même mais qu'il est capable de modifier en retour. Dans la plupart des cas, la personne principale qui interagit avec l'enfant est sa mère.

1. Les compétences du nouveau-né

« *Si l'adulte qui s'occupe de lui sait agir en modérateur, le nouveau né montre des capacités remarquables d'assimilation et de réponse au monde qui l'entoure* ». ¹²

Depuis les années 60, l'enfant n'est plus considéré comme un être passif mais comme un être doué de compétences. Ces compétences lui permettent d'entrer en interaction avec ses parents et ainsi d'influencer les comportements et réactions de ceux-ci, et de son entourage en général. La mise en place des interactions et de l'attachement est favorisée par la découverte que font les parents des compétences de leur enfant.

¹¹ WINNICOTT Donald, *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot, 2006, p.20.

¹² BRAZELTON T.Berry, *La naissance d'une famille, ou comment se tissent les liens*, éd Stock, 1983, p.197.

a) Les capacités sensorielles

Bien que l'enfant soit immature à la naissance (néoténie), il possède déjà de nombreuses compétences sensorielles fonctionnelles dès la vie intra-utérine, ce sont les compétences sensorielles de base. En effet le bébé vient au monde doté d'un équipement sensoriel qui, bien qu'inachevé, est déjà riche, performant et lui permet de recevoir des stimuli du monde extérieur et particulièrement ceux venant de sa mère. L'enfant naît dans un « bain de sensations » qu'il apprend à discriminer au fur et à mesure que ses compétences sensorielles s'affinent par maturation nerveuse et échanges affectifs si les conditions environnementales s'y prêtent.

« Y voit-il ? », l'importance de la **capacité visuelle** se retrouve dans cette question posée dès la naissance du nourrisson par les parents. L'enfant présente une sensibilité à la lumière dès le 7^{ème} mois de grossesse. A la naissance, le système visuel du nouveau-né n'est pas encore mature. Cependant il peut diriger son regard et fixer un objet proche à environ 25 centimètres de distance, ce qui correspond à la distance entre les yeux du bébé et ceux de sa mère lors de la tétée. Ce regard du bébé dès la période néonatale peut être une manière d'amplifier la force du lien affectif avec sa mère. On sait d'ailleurs que le bébé préfère regarder préférentiellement le visage humain, notamment les yeux et la bouche, plutôt qu'un objet.

« *Le comportement réactif du nouveau-né aux signaux auditifs est tout aussi riche que dans le cas des signaux visuels. Un nouveau né entend : tout un ensemble complexe de réactions comportementales viennent le confirmer* »¹³. In utero, le fœtus peut réagir à un bruit extérieur par des mouvements actifs et des variations cardiaques. À la naissance, l'organisation auditive est très proche de celle d'un adulte, et dès le 2^{ème} jour, le nouveau-né réagit à la voix de sa mère. Le bébé va rapidement être capable de discriminer les stimuli sonores mais la voix humaine a des effets qui se distinguent des autres sons puisqu'elle est plus susceptible de déclencher des sourires chez l'enfant.

¹³ Ibid, p. 203.

Dès sa naissance les **capacités gustatives** de l'enfant sont fonctionnelles, il perçoit les 4 saveurs primaires (sucré, salé, acide, amer), avec une préférence dès la naissance pour le sucré.

Des études ont démontré la **capacité de l'enfant à reconnaître l'odeur** de sa mère. Lorsque deux compresses imbibées de lait maternel lui étaient présentées : une avec l'odeur d'une autre femme au même stade d'allaitement, l'autre avec l'odeur de sa mère : l'enfant se tourne vers cette dernière compresse. Dès les jours qui suivent sa naissance, après avoir assimilé des informations nécessaires dans son environnement, le bébé est capable de manifester son aptitude discriminatoire. Cette capacité à différencier l'odeur de sa mère, facilite la recherche et la prise de sein maternel.

Le **toucher** est mature dès la naissance, et représente une des premières modalités de communication du bébé. La peau est le premier organe des sens à se mettre en place in utero, dès la 8^{ème} semaine. Durant la grossesse, dans le liquide amniotique par la multitude de capteurs sur toute la surface du corps, l'enfant a un sentiment de contenance. La naissance a elle un effet de discontinuité chez l'enfant, qui a alors besoin d'être contenu en étant porté et touché par ses parents. Le toucher est le premier moyen de communication.

Ashley MONTAGU insiste sur l'importance du toucher et de la peau : « *Le petit enfant a besoin d'apprendre sur la base solide du toucher ce que signifie l'intimité, la proximité, la distance et l'éloignement [...] Contrairement à l'ouïe et la vue, le toucher nous fait ressentir des choses à l'intérieur de nous même.* »¹⁴

¹⁴ DE AJURIAGUERRA Julian, « La peau comme première relation, du toucher aux caresses » in, *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, coordonné par JOLY Fabien & LABES Geneviève, volume 3, Paris, Papyrus 2010, p. 327.

b) Les capacités motrices

L'enfant, à la naissance, est un être doué de compétences sensorielles mais c'est aussi un être en mouvement alternant phase de tension et phase de détente. Ses mouvements sont bilatéraux, incontrôlables, ne répondent à aucun but concret et paraissent indépendants à toutes stimulations. L'enfant au départ a donc une motricité spontanée, qui, au fil de la maturation neurologique devient volontaire. On retrouve vers 4 mois les premiers gestes volontaires avec la préhension. Chez le nouveau né la motricité est essentiellement réflexe sauf si on le place en situation de motricité libérée.

❖ La motricité réflexe

La motricité du nouveau-né est dite « réflexe », elle se caractérise par des gestes qui affectent tout le corps et paraissent incohérents. Elle se compose des réflexes archaïques qui disparaissent pour les premiers en quelques semaines. On retrouve notamment le **réflexe de succion** déclenché par le contact du mamelon, ou de la tétine. Un des réflexes les plus connus est le réflexe d'agrippement de la main ou de « **grasping** » ; lorsque l'on stimule la paume de la main du bébé celui-ci la referme automatiquement. L'intérêt notamment de ces deux réflexes archaïques est son intervention directe dans les interactions parents-nourrissons, elle sert de support aux parents pour forger leur représentation de leur enfant. Par exemple dans le « grasping », le bébé sert la main de sa mère, ce qui va engendrer chez elle une certaine émotion.

❖ La motricité libérée

Le docteur Albert GRENIER décrit la motricité libérée chez les nouveau-nés de 10 à 30 jours. Il part du postulat que si une motricité néonatale volontaire existe, son exécution est parasitée par des mouvements irrépressibles en lien avec la motricité réflexe. Avec son équipe il s'est rendu compte que lorsque le bébé est maintenu en position assise et que sa nuque est soutenue par la main de l'examineur alors la motricité réflexe et les mouvements spontanés cessent. Dans cette position l'enfant est en mesure d'entrer en communication, de fixer un objet, et d'esquisser des gestes précis et non parasités vers un objet qu'on lui présente.

Une communication intense peut s'établir entre l'examineur et le nouveau-né. C'est cet ensemble de performances qui constitue la motricité libérée. En mettant l'enfant en situation de motricité libérée on peut amener le parent à interagir avec lui en lui parlant, en lui souriant, de manière à obtenir vocalises, sourires, mouvements des lèvres et de la langue de la part du bébé. Les parents découvrent alors le besoin de communication de leur enfant, ce qui induit les interactions et favorise la mise en place de l'attachement.

En fonction de son état de vigilance, la motricité et les compétences sensorielles de l'enfant lui permettent d'être actif dans l'interaction.

e) Les états de vigilance

Le nouveau-né contrairement à l'adulte ne vit pas au rythme de l'alternance entre la veille et le sommeil. Il est soumis à une succession rapide d'états de vigilance durant lesquels ses compétences s'exercent. C'est H. PRECHTL qui définit les 5 états de vigilance (ou 6 selon les textes) chez le bébé. Ces différents états « *correspondent à des régimes de fonctionnement de l'organisme qui jouissent d'une relative autonomie. Le passage d'un état à un autre se manifeste pour des raisons internes ou externes par une brusque transition* »¹⁵. Ils se déclinent en 5 états :

- Etat 1, le sommeil calme : les yeux fermés, la respiration régulière : le bébé dort.
- Etat 2, le sommeil actif ou agité : les yeux fermés, la respiration irrégulière : le bébé rêve ou est en phase de réveil.
- Etat 3, la veille calme : les yeux ouverts, peu de mouvements : le bébé est éveillé, disponible pour interagir.
- Etat 4, la veille agitée : les yeux ouverts, beaucoup de mouvements : le bébé est éveillé et s'agite.
- Etat 5, l'agitation : les yeux ouverts et/ou fermés : le bébé pleure, crie.

¹⁵ RONDAL Jean-Adolphe et ESPERET Eric, *Manuel de Psychologie de l'enfant*, éd Mardaga, 1999, p. 203.

Le bébé est capable de s'adapter et de moduler son état selon son niveau d'activité motrice et son vécu affectif. Par cette aptitude il peut soit se saisir des stimuli et être attentif, soit s'en protéger s'ils sont envahissants ou néfastes.

C'est en s'endormant que l'enfant assure sa survie face à des stimuli importuns qui l'obligerait à avoir des réactions exigeant trop de ses systèmes physiologiques encore immatures ; cette capacité est l'**habituat**ion.

« Cette aptitude à exclure ce à quoi il ne veut prêter attention lui donne toute liberté de choisir les stimuli auxquels il veut répondre »¹⁶.

Le bébé est réellement un être actif en étant plus ou moins présent dans la relation.

La modulation de ces états est dépendante de chaque bébé et de leurs différences. Le nouveau-né exerce lui même un contrôle sur ses états, mais c'est le parent par ses réponses qui va profondément influencer leur régulation. Dans toutes interactions, ces états ont une incidence et sont déterminants jusqu'à conditionner celles-ci. C'est en état 3, quand l'enfant est calme et éveillé qu'il est le plus à même à être en interaction. A partir de 3 mois, l'enfant dort moins, il est alors possible pour les parents de mieux observer leur enfant et ses capacités, afin de le comprendre.

Toutes ces compétences sensorielles, motrices, d'adaptation sont uniques pour chaque bébé, il y a une grande variabilité individuelle et interindividuelle. L'utilité de ces capacités se retrouve dans les interactions, notamment avec les parents, eux aussi doués de compétences parentales.

¹⁶ BRAZELTON T. Berry, *La naissance d'une famille, ou comment se tissent les liens*, éd Stock, 1983, p.196.

2. Les compétences parentales

« Pour pouvoir comprendre en quoi consiste le travail de maternage de l'enfant, les parents doivent d'abord être capable de comprendre cet enfant et l'extraordinaire potentiel dont il est doté quand il vient au monde »¹⁷

La grossesse est le premier événement émotionnel qui permet aux parents de se préparer à leur nouvelle relation en tant que père et mère. Avec l'arrivée de l'enfant, ils vont accéder à la **parentalité** ; c'est un ensemble de réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents et de s'approprier la responsabilité que cela signifie. Ils doivent découvrir la sensibilité et les capacités de leur bébé, car ce dernier à tout à apprendre de lui. Il a besoin d'eux pour assimiler les différents messages qui lui permettront de s'adapter à son environnement, sa culture et sa famille. Pour le bon développement de l'enfant, et la mise en place d'un attachement sécurisant les parents, par leurs capacités spécifiques de père et de mère, doivent répondre aux besoins de l'enfant et favoriser ses apprentissages.

a) La mère, relation dyadique avec son enfant.

« C'est principalement avec Mélanie KLEIN que l'on commence à envisager l'existence d'un lien de l'enfant à sa mère, qui soit non plus seulement physiologique, mais aussi psychologique. Selon M. KLEIN (1935) l'enfant construit ses premières structures mentales en formant une image de sa mère comme « bon sein » ou « mauvais sein » »¹⁸

La mère, au-delà des soins qu'elle donne à son enfant, a un rôle essentiel et primordial dans le développement de celui-ci. Par sa présence et ses actions elle contribue au bon développement psychique, physique, affectif et social de son bébé.

¹⁷ Ibid, p. 171.

¹⁸ MILJKOVITCH Raphaëlle, *Attachement au cours de la vie*, PUF, 2001, p. 23.

Dès la grossesse, la mère est en lien avec son enfant, elle lui parle, elle l'imagine, elle anticipe et elle se projette.

Lors de l'accouchement, la rencontre entre le nourrisson et sa mère est une « période sensible » où le premier contact réel se crée. La mère commence par entendre les pleurs de son enfant qui cesseront rapidement, puisque les heures suivant sa naissance il reste généralement en état 3. Elle le prend dans ses bras et découvre le corps de son bébé, qu'elle effleure d'abord du bout des doigts. Les premiers regards mutuels ont lieu et la mère communique avec son enfant. Dès le début de la vie, l'interaction mère-enfant se fait par différents canaux : auditifs, tactiles, visuels et verbaux. C'est **durant cette période que le lien d'attachement entre le bébé et sa mère va réellement commencer à se créer.**

Comme nous l'avons vu précédemment par ses compétences précoces, l'enfant est en mesure de communiquer avec sa mère et de lui envoyer des signaux, auxquels elle réagira par ses capacités maternelles.

« L'enfant s'attache à sa mère grâce à sa motricité innée et la mère aide ce processus en satisfaisant les besoins corporels et psychiques de son bébé [...] ? Il a besoin que quelqu'un parle pour lui, marche pour lui, pense pour lui avant d'atteindre lui même ces niveaux d'aptitude. »¹⁹

¹⁹ ROBERT OUVRAY Suzanne, *L'enfant tonique et sa mère*, Desclée de Brouwer, 2007, p.196.

❖ La mère « suffisamment bonne » pour son enfant

Ce terme de « mère suffisamment bonne » ou « mère ordinaire normalement dévouée » a été employé par D. WINNICOTT pour qualifier la mère qui permet à son enfant, au delà des soins, de recevoir des stimulations, ni trop ni pas assez. Ceci permet à l'enfant de se structurer et de se narcissiser, pour cela la mère intervient dans cette maturation en lui offrant un **environnement « suffisamment bon »** dépendant de trois aspects.

Le **holding** est la façon dont elle porte son bébé, aussi bien physiquement que psychiquement. Dans ces moments de portage à valeur affective la mère est contenante, rassurante, elle permet à l'enfant de mettre en place sa capacité d'exister et de se sentir comme une unité différenciée.

Le **handling**, que l'on pourrait traduire par « le maniement », il s'agit de la manière dont l'enfant est soigné, mobilisé par sa mère. Les effets du handling, se retrouvent dans le développement du fonctionnement mental et dans la relation psyché-soma.

L'**object-presenting**, c'est la capacité de la mère à mettre un objet à la disposition de l'enfant selon ses besoins, ni trop tôt ni trop tard, afin de lui permettre d'avoir l'impression de l'avoir créée.

Cette capacité d'adaptation de la mère aux premiers besoins de son enfant se retrouve dès les premières heures de leur relation, elle est inhérente à sa condition psychologique : « **la préoccupation maternelle primaire** ». Cet état est comparable à l'intuition, il s'installe entre la mère et son enfant, par plusieurs canaux sensoriels, un tissu non verbal lors de leurs moments d'échanges (jeux, soins...) qui permet à la mère d'être empathique à l'égard de son enfant. Elle l'écoute, elle le comprend et satisfait au mieux ses désirs pour lui permettre d'acquérir le sentiment continu d'exister.

Suzanne ROBERT-OUVRAY parle d'**anxiété maternelle** comme étant « *l'état normal de disponibilité sensorielle, affective et émotionnelle dans lequel se trouve la femme après son accouchement* »²⁰ et les semaines suivantes. Cet état lui permet de répondre à son enfant avec une certaine sensibilité.

²⁰ Ibid, p.101

❖ La sensibilité et les réponses maternelles

La sensibilité maternelle est un préalable à l'organisation de l'attachement de l'enfant à sa mère. Cette sensibilité concerne la capacité de la mère à être sensible aux signaux et aux communications de son enfant. Elle comporte plusieurs étapes : la mère a conscience de ces signaux et les interprète de la façon la plus juste possible. Puis elle choisit une réponse appropriée et l'applique au plus vite. Une mère sensible est disponible, empathique et attentive au comportement de son enfant. Aux travers des signaux que l'enfant envoie à sa mère, il tente de réguler son interaction avec elle. C'est donc par ses réponses que la mère apporte sa contribution pour atteindre et rétablir l'état d'homéostasie de son nourrisson.

Chaque bébé est sensible différemment face aux stimuli extérieurs et intérieurs, d'où l'importance de la fonction de **pare excitation** de la mère. Elle doit être en mesure d'évaluer l'excitabilité de son enfant et d'y apporter les réponses nécessaires en dosant la quantité d'excitation qu'elle lui apporte en fonction de son âge de développement. Par son rôle de pare-excitation la mère filtre les stimulations extérieures trop intenses que l'enfant ne peut pas supporter parce qu'immature. Chaque nourrisson est sensible aux mobilisations, ce qui est ressenti par la mère qui adapte son geste à l'état de conscience de l'enfant.

Lors de la grossesse le bébé est contenu dans le milieu aqueux intra-utérin, à sa naissance il arrive dans un milieu aérien où le sentiment de limites et de contenance fait défaut. Le rôle de la mère est de le nourrir, le contenir, le toucher, le rassurer. Il s'agit aussi de le protéger des stimuli jusqu'à ce qu'il puisse assumer seul cette fonction de pare excitation.

Par ses compétences, ses attitudes, ses affects et sa capacité d'interprétation la mère crée un climat propice aux interactions précoces entre elle et son bébé, ainsi qu'à l'intégration des expériences psychomotrices du nourrisson.

b) Le père, sa place dans l'interaction

Contrairement à la mère, le père réalise réellement son rôle lors de l'accouchement quand il rencontre son enfant. De plus en plus de recherches s'intéressent au rôle du père aussi bien au niveau de sa relation avec l'enfant qu'au niveau de sa place dans la relation mère-enfant. Tout comme la mère, le père peut être investi par l'enfant comme base de sécurité lors du comportement d'exploration. Dans la « Situation Étrange » de M. AINSWORTH, les différents types d'attachement entre le bébé et le père existent. Comme nous l'avons vu précédemment, la figure d'attachement primaire de l'enfant est généralement sa mère, mais le père fait partie intégrante des pluralités des figures privilégiées que l'enfant recherche. Dans cette relation triadique, le père intervient de 2 façons : par une forme indirecte au travers de la relation conjugale et du soutien qu'il offre à la mère et par une interaction directe avec le bébé.

❖ Un soutien à la dyade mère-enfant

Le père est « *tout ce qui empêche la mère d'être fondue et confondue avec son enfant* »²¹, c'est le **tiers séparateur**. Il dispose d'un rôle de médiateur dans cette relation mère-enfant qui peut s'avérer très fusionnelle. Il représente donc la première différence entre l'enfant et sa mère ; ce qui lui permet de réguler l'interaction entre ces deux êtres. Ce rôle permet d'éviter la toute puissance de la mère dans cette fusion qu'elle crée avec son enfant durant la grossesse puis en post-natal. C'est parce que le père contient, rassure, soutient la mère, que celle-ci peut entretenir une relation saine avec leur enfant.

Suzanne ROBERT OUVRAY explique que ce rôle du père est possible car préalablement il y a un attachement bébé-mère, et que « *la première fonction du père sera d'aider l'attachement afin de favoriser le détachement* »²². Dans un premier temps la mère entre en relation dans sa fonction maternelle primaire et dans son rôle de nursing, puis le père dans sa fonction de tiers séparateur. Mais dès les premiers moments de la vie du bébé la place du père est essentielle.

²¹ Ibid, p. 135

²² Ibid, p.139

❖ Sa singularité dans l'interaction père-bébé

Dans les générations précédentes la représentation du père était celle de l'homme en tant que tiers séparateur, responsable des aspects financiers et économiques du foyer, représentant de l'autorité dans l'éducation. Il aurait une approche plus ludique, excitante, physique dans le jeu et les interactions avec son enfant seraient plus ponctuelles.

Au fil des études et intérêts portés sur les interactions père-bébé, les idées commencent à changer, le contrôle de la fertilité donne une place particulière au père et culturellement la place du père évolue. C'est alors que depuis les années 1975, on accorde au père un rôle de figure d'attachement fiable.

Il s'investit de plus en plus dans la vie quotidienne comme acteur dans le développement de l'enfant. Sa présence trouve sa place dans une participation aux soins du premier âge de l'enfant, il n'y a pas que la mère qui a ce rôle de « nursing » et « caregiving ».

L'enfant a besoin de la version maternelle mais aussi de la version paternelle des réponses à ses signaux. Par la particularité de chacun de ses parents, l'enfant apprend à varier ses messages en fonction du partenaire à qui il s'adresse. En effet, que ce soit la mère, ou le père, leurs approches sont différentes, ce qui permet à l'enfant d'appréhender son environnement, de comprendre différentes choses, de vivre et ressentir des interactions divergentes et ainsi de distinguer les différentes personnes.

Cette diversité des interactions, se retrouve dans la différence tonique et posturale du père par rapport à la mère, mais aussi dans sa contenance, sa consistance musculaire, l'aspect de sa peau, le ton de sa voix, dans les échanges verbaux et non verbaux.

Le père a donc une place singulière et complémentaire à la mère, ce qui permet à l'enfant de faire l'expérience de différentes interactions mais en même temps similaires. Le portage de l'enfant, le contact peau à peau et l'accordage affectif du père sont tout autant indispensables pour l'enfant que ceux de sa mère.

« Le père a été reconnu comme « figure d'attachement secondaire » depuis trente ans et il apparaît aujourd'hui comme pouvant constituer, au même titre que la mère ou tout autre personne familière, une « base de sécurité » parfaitement fiable. Encore faut-il qu'il se montre suffisamment impliqué dans les soins, le jeu et l'éducation première... »²³

Il faut que chaque partenaire de la relation familiale trouve sa place où le père au delà de sa fonction d'enveloppe de la famille a aussi un rôle singulier auprès de son enfant.

« Cette richesse du répertoire du nouveau né met à la disposition des parents des moyens très divers d'apprendre à le connaître »²⁴. Cette richesse soutient les parents dans leurs rôles et les amène à interagir avec leur enfant.

Des compétences du bébé et des capacités parentales naissent les interactions parent-enfant.

²³ LE CAMUS Jean, « Observation ethopsychologique et son application à l'étude du rôle précoce du père », in *Observer un bébé avec attention ?*, sous la direction de DUGNAT Michel, Erès, 2001, p. 33.

²⁴ BRAZELTON, T.Berry, *La naissance d'une famille ou comment se tissent les liens*, éd Stock, 1983, p. 206.

3. Les interactions parent-enfant

Depuis une trentaine d'années, les chercheurs s'intéressent aux relations entre l'enfant et son environnement, c'est un **moment d'échange bidirectionnel** où le bébé est non seulement soumis aux influences des parents mais où il est aussi à l'origine de modifications importantes chez eux. C'est par l'ensemble des signaux qu'il adresse (sourires, pleurs, regards...) qu'il contribue à déterminer le vécu de ses parents, leur satisfaction, leur inquiétude, leur culpabilité, leur sentiment de confiance parentale ...etc. La plupart du temps on parle d'interaction entre le bébé et sa mère, cette dernière étant généralement la partenaire privilégiée du tout petit. Il est pour autant évident que l'enfant va se construire psychiquement, physiquement, émotionnellement, socialement via l'influence de toutes les personnes qui l'entourent et particulièrement son père.

Ce sont notamment Serge LOBOVICI, Philippe MAZET et Jean-Pierre VISIER qui par leurs nombreuses recherches ont défini 3 niveaux d'interactions : comportementales, affectives et fantasmatiques. Dans les interactions mère-bébé, les deux partenaires sont actifs et on retrouve une harmonie, une mutualité et une réciprocité.

a) Les interactions comportementales

Ces interactions se caractérisent par la manière dont le comportement entre l'enfant et sa mère s'accommode l'un par rapport à l'autre. Elles sont directement observables et s'expriment par différents canaux : visuels, vocaux et corporels.

❖ Les interactions visuelles : le regard

« Dès que le nouveau-né lève les yeux sur ses parents, et que son expression s'éclaire tandis qu'il les dévisage, s'instaure l'un des principaux systèmes de communication entre eux »²⁵. Le regard constitue la première modalité d'échange et de communication entre l'enfant et sa mère.

²⁵ Ibid, p. 201.

Comme évoqué précédemment, dès la naissance l'enfant est doué d'une capacité visuelle, qu'il investira notamment dans les moments de tétées. Dès ses 15 jours on remarque que lorsque le bébé tète, il cherche et fixe le visage de sa mère. Cet échange de regard constitue ce que l'on nomme des épisodes de **regard mutuel**. Durant cet instant la mère se sent gratifiée et valorisée par le regard que lui adresse son enfant, elle réalise qu'elle n'est pas réduite qu'à un fonctionnement alimentaire. C'est souvent à partir de ces moments que les mères évoquent leur sentiment d'amour pour le bébé.

« *Que voit le bébé quand il tourne son regard vers celui de sa mère ? Généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit* ». ²⁶ Il y a une permanente modulation du visage et des mimiques de la mère en fonction de ce qu'elle perçoit chez le bébé, de cette façon elle essaie de lui communiquer ce qu'elle a perçu de son état affectif. On note un véritable échange non verbal entre la mère et le nourrisson dès les premiers instants de vie commune, ce qui concourt à l'établissement des liens affectifs et donc des liens d'attachement.

On sait d'ailleurs que les bébés ont une préférence visuelle pour les objets complexes et les visages humains, ce qui peut laisser penser que le bébé est « programmé » pour diriger son attention vers le visage et le regard de l'adulte pour entrer en interaction avec lui.

❖ Les interactions vocales

- *Les cris et les pleurs*

On pourrait considérer les cris et les pleurs comme un premier langage du bébé. Ils lui permettent de signaler ses besoins, sa douleur ou son inconfort. Les cris du bébé sont pour les parents un véritable signal d'alerte, d'urgence qui pousse à agir pour mettre fin à cet état de détresse de l'enfant. Ces cris influencent le vécu des parents par leur fréquence, leur durée et leur intensité qui varient d'un enfant à l'autre. Ce vécu, souvent pénible, paraît essentiel. Sans les cris et les pleurs du bébé, il n'y aurait pas ce « sentiment d'urgence » et le parent devrait être en mesure de deviner quand le nourrisson a faim, est souillé ... etc.

²⁶ WINNICOTT Donald, *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975, p. 205.

On remarque là que c'est véritablement le bébé, par ce signal, qui est à l'origine d'un moment d'interaction parent-nourrisson. Et c'est le parent qui donne du sens au cri, qui permet à l'enfant de faire un lien entre son cri ou ses pleurs et la réponse reçue. Le bébé apprend petit à petit à adapter ses signaux à une demande particulière. Autre cette fonction d'appel, les cris et les pleurs permettent à l'enfant de se protéger des stimuli extérieurs trop envahissants et donc de s'isoler du monde extérieur. Dans ces situations, le parent vient rassurer son enfant, le réconforter, le prendre dans les bras ; on retrouve la notion de proxémie. Les cris et les pleurs lui permettent de décharger l'énergie emmagasinée et de passer d'un état de demi-éveil à un état de sommeil.

D'un point de vue éthologique, J. BOWLBY a noté l'importance de ces cris dans le développement des liens d'attachement. Ce comportement de l'enfant favorise le rétablissement de la proximité avec la figure d'attachement, « *or cette proximité, cette réduction de la distance, constituent un critère essentiel permettant de définir d'une manière opérationnelle et mesurable l'attachement mère-nourrisson* »²⁷. Cette importance est soulignée par L. SANDER et H. JULIA, pour qui les cris forment l'équivalent « *d'un cordon ombilical acoustique* ». ²⁸ Au fil du développement de l'enfant, ces cris évoluent vers le babillage.

- *Le langage de la mère à son bébé*

Dès les premiers instants de vie du bébé, la mère utilise la parole pour communiquer avec son enfant. La mère, comme le père, adapte sa voix quand elle s'adresse à un tout petit. La prosodie du langage maternel que ce soit les intonations ou le rythme a une importance parfois supérieure à la signification des mots. Les nourrissons sont sensibles au timbre de la voix, à la rythmicité, à l'intonation, à tel point que leur motricité paraît en synchronie avec le langage maternel. Durant la grossesse, la voix maternelle est pour le bébé à la fois un stimulus intérieur et un stimulus extérieur, ce qui lui permet de vivre une certaine continuité entre sa vie dans le ventre de sa mère et sa vie après l'accouchement dans le monde extérieur.

²⁷ MAZET Philippe & STOLERU Serge, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, développement et interactions précoces*, Paris, Masson, 3^{ème} édition, 2003, p. 109.

²⁸ LEBOVICI Serge & STOLERU Serge, *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste – Les interactions précoces*, Paris, Bayard, 2003, p 162.

La voix de sa mère lui permet d'avoir des repères sensoriels qui vont favoriser la mise en place de l'attachement. La voix des pères trouve aussi son importance par sa tonalité grave. Durant la grossesse, les sons entendus par le bébé étaient filtrés par la paroi utérine, ils étaient donc perçus comme assez graves. De ce fait la voix du père, notamment dans les premiers mois de la vie, a une fonction rassurante.

❖ Les interactions corporelles : dialogue tonique et contact peau à peau

Henri WALLON est le premier à lier émotion et tonus. Il part du postulat de la néoténie du bébé à la naissance, qui communique avec son parent par ses réactions toniques. Julian DE AJURIAGUERRA reprend cette notion et met en évidence la fonction du tonus dans les relations inter-humaines : *« l'enfant, dès sa naissance, s'exprime par le cri, par les réactions toniques axiales, par des grimaces ou gesticulations où parle tout le corps. Il réagit aux stimulations ou interventions extérieures par l'hypertonie, ou se laisse aller à une paisible relaxation. Mais c'est par rapport à autrui que ces modifications toniques prennent leur sens, et ce sont ces réactions expressives que la mère interprète et comprend. »*²⁹.

Durant les premiers mois de sa vie, le bébé communique avec sa mère par le canal privilégié qu'est le tonus. Ce tonus étant lié aux émotions, il s'instaure entre eux ce que J. DE AJURIAGUERRA nomme le **dialogue tonico-émotionnel**. D'après J. DE AJURIAGUERRA *« cette notion correspond au 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. »*³⁰. Le bébé exprime quelque chose à sa mère, qui elle, y donne du sens et apporte une réponse. J. DE AJURIAGUERRA parle d'ailleurs d'hypertonie d'appel et d'hypotonie de soulagement.

²⁹ <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation2/POLY.Chp.4.html>

³⁰ DE AJURIAGUERRA Julian, « Organisation neurophysiologique de certains fonctionnements : des mouvements spontanés au dialogue tonico-postural et aux modes précoces de communication » in, *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, coordonné par JOLY Fabien & LABES Geneviève, volume 3, Paris, Papyrus 2010, p.314.

Ce dialogue tonique se caractérise donc par l'ensemble des échanges entre le bébé et son parent. Il y a un véritable ajustement corporel entre les deux partenaires. La notion de **holding** de D. WINNICOTT fait partie intégrante de ce dialogue tonique. Elle fait naître chez l'enfant le sentiment d'exister et de se sentir un être différencié.

S. ROBERT-OUVRAY évoque elle le terme d'**ajustement tonico-affectif** qui a « *une fonction de réglage entre les différents registres de communication qu'utilisent le bébé et sa mère. Il s'agit d'un accordage pratiquement inconscient entre les signaux moteurs et émotionnels du bébé et ceux de la mère chargés d'affects liés à son histoire.* »³¹. Par ses variations toniques la mère permet à l'enfant de saisir les différents états psychocorporels qu'il ressent, ce qui lui permet de découvrir comment exprimer ses besoins à sa mère.

Dialogue tonico-émotionnel, holding, ajustement tonico-affectif sont intimement liés au **contact peau à peau**. Comme évoqué précédemment, H.HARLOW montre l'importance des contacts corporels dans le développement de la relation et de l'attachement. Dans les premiers moments de la vie, ce contact peau à peau est essentiel pour le développement de l'enfant, on le retrouve lors du nourrissage, des soins, dans les moments de tendresse, de rassurance. Il s'agit des caresses, des baisers, des chatouillements. Par ses réponses l'enfant invite sa mère à continuer ou au contraire à arrêter. C'est grâce à ces premiers contacts peau à peau, que l'enfant construit ses sentiments de contenance, d'enveloppe et de limites.

³¹ ROBERT OUVRAY Suzanne, *L'enfant tonique et sa mère*, Desclée de Brouwer, 2007, p.132.

b) Les interactions affectives

Les interactions affectives découlent de l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et celle de sa mère. Lors des 6 premiers mois de la vie de l'enfant, la communication entre le nourrisson et sa mère est quasi exclusive et s'intéresse peu à l'environnement. L'expression des affects du bébé s'affine avec l'âge et la maturation neurologique. Durant les premiers mois il exprime son état émotionnel selon deux modalités : la résolution tonique pour signifier un plaisir (hypotonie de soulagement) et la tension pour signaler un état de détresse (hypertonie d'appel). Les modalités de communication utilisées lors des interactions comportementales sont en lien direct avec ces interactions affectives ; elles sont intimement liées, les premières servent de support aux secondes.

Jusqu'à 6 mois, les interactions affectives entre le nourrisson et sa mère sont essentielles. La mère par sa capacité d'empathie³² perçoit ce que l'enfant ressent et y répond par des mots, des gestes, des mimiques... Il y a un véritable phénomène de concordance entre le discours de la mère et les réactions du bébé. Le bébé ne comprend pas le sens des mots, mais il est sensible à l'affect que sa mère lui transmet par la prosodie de sa voix et son ajustement tonique.

Dans ces interactions affectives, on retrouve un phénomène important décrit par Daniel STERN : l'**accordage affectif** où chaque partenaire reproduit l'état affectif de l'autre dans des modalités sensorielles différentes. Il ne s'agit pas d'une imitation au sens strict mais d'une **imitation transmodale**. C'est-à-dire que le canal sensoriel utilisé par la mère pour traduire le comportement de son bébé sera différent de la modalité sensorielle utilisée par le nourrisson. L'enfant « *a besoin de découvrir que ses propres expériences ne sont pas uniques et de percevoir que la vie intérieure peut se partager, sinon il se sentira profondément isolé psychologiquement, seul dans le monde qui l'entoure* »³³. L'accordage affectif prend appui sur le dialogue tonico-émotionnel et permet aux parents et au nourrisson de partager une même expérience.

³² Empathie = faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. Dictionnaire Larousse.

³³ MAZET Philippe & STOLERU Serge, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, développement et interactions précoces*, Paris, Masson, 3^{ème} édition, 2003, p. 91.

Joan a 9 mois, il est assis sur les genoux de sa maman. Face à lui sur le bureau, il y a plusieurs cubes, il en saisit 2, un dans chaque main et les frappe l'un contre l'autre ; étonné du bruit il se tourne vers sa mère. Il recommence, c'est alors que sa maman prononce des « aaaa » lorsque Joan s'apprête à faire le mouvement et « bam » lorsqu'il frappe les cubes l'un contre l'autre. Joan se tourne vers sa mère, lui sourit et recommence tout en prêtant une grande attention à la réaction de sa mère et à ses vocalises.

Dans cet échange entre le bébé et sa mère, on remarque l'importance des réponses de la mère qui répond par la voix aux gestes de son enfant.

« Le bébé bouge et la mère parle. Il se crée un accordage affectif entre les deux modes d'expression qui passe par la tonicité »³⁴.

Le développement affectif est essentiel à la communication mère-enfant, elle a notamment été décrite par R. SPITZ. C'est ainsi qu'à partir de 2 mois, l'enfant est en capacité de répondre par un sourire. La mère se sent alors gratifiée et peut penser, à juste raison, que son enfant, comme elle, ressent un sentiment de bonheur. Cela signifie qu'elle a correctement perçu les signaux, les a déchiffrés et y a répondu de manière adéquat, ce qui favorise cette interaction harmonieuse. Entre 7 et 8 mois l'enfant est confronté à l'angoisse, avec la « peur de l'étranger » ou « angoisse du 8^{ème} mois ». Cette angoisse témoigne de la maturation de l'enfant qui est capable de discriminer les visages étrangers des visages familiers. A 18 mois, l'enfant acquiert la maîtrise du « Non » ce « *qui a des conséquences d'une très grande portée pour le développement mental et émotionnel de l'enfant ; elle présuppose qu'il a acquis son premier pouvoir de jugement et de négation* »³⁵.

L'ensemble de ces affects, mais aussi la joie, la tristesse, les colères ...etc que peut ressentir l'enfant influent sur l'expression de ses besoins et donc sur les réponses nécessaires du parent, donc de manière plus générale sur la nature de l'interaction.

³⁴ ROBERT OUVRAY Suzanne, *L'enfant tonique et sa mère*, Desclée de Brouwer, 2007, p. 105.

³⁵ SPITZ René, *De la naissance à la parole*, PUF, 1968, p142.

c) Les interactions fantasmatiques

L'interaction fantasmatique, inconsciente, a été étudiée par Léon KREISLER & Bertrand CRAMER, elle est définie comme une influence réciproque de la vie psychique de la mère et de son bébé.

« Dans cette approche, les deux partenaires ne sont plus considérés seulement en tant que sujet présentant des comportements observables ou des expressions manifestant leurs états affectifs [...] L'interaction fantasmatique est alors l'étude de la manière dont les fantasmes des partenaires trouvent leur expression dans l'interaction et la manière dont les fantasmes de chaque partenaire répondent à – et modifient- ceux de l'autre »³⁶ . Même avant sa conception, l'enfant est déjà fantasmé par la mère ; l'enfant fantasmatique est l'enfant du désir de maternité, il renvoie à l'identification qui s'est mise en place face à notre propre mère. Le désir de grossesse amène à penser au bébé imaginaire. Ce bébé est porteur de la vie imaginaire de la mère, de ses rêves. La mère a déjà envisagé son sexe, son avenir, son prénom.

Dès la grossesse, *« le bébé a une double fonction dans la vie mentale de la mère : il est l'enfant fantasmatique, marqué par ses conflits intrapsychiques ; il est l'enfant imaginaire qui se développe à partir de ses pensées latentes »³⁷*. La naissance représente la confrontation entre le bébé imaginaire et le bébé réel.

Du côté du bébé, l'activité fantasmatique compose l'une des modalités émergentes de son activité mentale, qui se construit en partie à partir de celle de ses parents.

³⁶ MAZET Philippe & STOLERU Serge, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, développement et interactions précoces*, Paris, Masson, 3^{ème} édition, 2003, p 119

³⁷ LÉBOVICI Serge, « Interaction fantasmatique et transmission intergénérationnelle », in *Psychiatrie du bébé, nouvelles frontières*, sous la direction de CRAMER Bertrand, éd Eshel, 1988, p 323.

d) Les interactions et l'attachement

Lorsque l'on s'intéresse à la construction des liens d'attachement, deux angles d'approche prédominent : les compétences du bébé et les interactions entre le bébé et ses parents. C'est par les compétences précoces du nouveau-né, les réponses et anticipations parentales que les interactions se créent. Aux premiers jours de sa vie l'enfant est totalement dépendant de ses parents, notamment de sa mère, c'est de celle-ci qu'il apprend quelles sont les activités qui lui permettent de survivre. Lorsqu'il fera le lien entre ses comportements et les réponses de sa mère alors il sera en mesure d'agir sur elle. Petit à petit il considérera sa mère comme une personne de confiance, les interactions et relations évolueront et elle deviendra sa figure d'attachement principale. Le comportement d'attachement du nourrisson vient renforcer et compléter les compétences précoces sensorielles, motrices et affectives pour permettre un développement harmonieux des interactions précoces parent-nourrisson.

Tous les systèmes interactionnels utilisés par le bébé, en particulier les interactions comportementales, contribuent à maintenir la proximité avec la mère, sa figure d'attachement.

Les interactions affectives permettent à la mère de se sentir gratifiée, les sentiments d'affection que lui renvoie l'enfant favorisent son investissement physique, psychique et émotionnel envers celui-ci. De ce fait, les liens d'attachement évoluent et se renforcent. La mère va petit à petit investir pleinement et sereinement son rôle de caregiver puis celui de base de sécurité. Quant aux interactions fantasmatiques, il a été démontré que dans les trois quarts des cas, le type d'attachement du nourrisson à la mère est du même type que l'attachement qui existait entre cette dernière et sa propre mère.

De récentes études établissent l'idée d'une transmission intergénérationnelle de l'attachement, entre la figure d'attachement principale et l'enfant ; il s'agirait d'un « *processus selon lequel le parent agirait avec son enfant en conformité avec les traitements reçus durant son enfance, lui transmettant ainsi son type d'attachement* »³⁸. C'est un phénomène complexe, en cours d'étude, et qui serait lié à de nombreux facteurs génétiques, biologiques, psychologiques et écologiques.

³⁸ GUEDENEY Antoine & GUEDENEY Nicole, *L'attachement : approche théorique, du bébé à la personne âgée*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 3^{ème} édition, p 49.

C- Perturbations des interactions aux troubles de l'attachement

Cette partie est exclusivement orientée sur la mère et son enfant ; les perturbations inhérentes à la grossesse ont été majoritairement étudiées chez la femme, et non chez l'homme. Mais il n'en reste pas moins évident que la grossesse et l'accouchement ont aussi un impact chez le père.

La grossesse et l'accouchement, au-delà des changements corporels, engendrent chez la mère de vives émotions : la joie, la fierté mais aussi la crainte de ne pas être « à la hauteur », les doutes. Aucune mère n'échappe à ces ressentis qui, s'ils sont trop importants, peuvent être la cause d'une perturbation dans la relation mère-enfant. L'origine des troubles interactionnels peut être propre à la mère, à l'enfant ou aux deux. Dans les cas les plus extrêmes, ce déficit interactionnel entraîne chez l'enfant un trouble de l'attachement.

1. Des interactions perturbées

a) Inadaptation des réponses et signaux dans la relation

A une même stimulation chaque enfant ne réagira pas de la même manière, la mère doit tenir compte des capacités d'attention et des signaux de son enfant pour ne pas être dans une **hyperstimulation**. Si la mère n'accorde pas d'intérêt aux messages envoyés par le bébé, ce dernier n'intègre pas que ses appels ont valeur de communication et de régulation. Il y a alors un risque que le nourrisson inhibe les manifestations de son vécu affectif.

A l'inverse on peut retrouver des comportements d'**hypostimulation** de la part de la mère, qui peuvent être dus à une dépression avec un sentiment d'incapacité qui l'amène à réduire ses échanges avec son enfant. La raison de cette hypostimulation peut aussi se retrouver chez l'enfant, qui par la nature de ses signaux ne fait pas connaître son besoin (peu expressif, cri faible...). Par son manque d'expressivité l'enfant provoque la diminution du niveau de stimulation proposé par sa mère.

Un **défaut de réciprocité** entre les comportements de l'enfant et de la mère peut aussi être à l'origine de perturbations relationnelles. On retrouve par exemple, un évitement de regard, une discordance physique entre les efforts de l'un par rapport à l'autre, soit un dialogue tonico-émotionnel inadapté à l'autre ou encore une absence de transmodalité (la mère ne réagissant pas aux vocalises de l'enfant).

b) La prématurité

La prématurité est un contexte de naissance qui représente souvent une épreuve difficile à surmonter pour les parents et où les interactions sont caractéristiques de la situation. En effet le très petit poids de l'enfant l'oblige bien souvent à rester hospitalisé quelques jours, les parents rentrent chez eux sans l'enfant. Il s'installe bien souvent une carence au niveau des contacts physiques. Cette séparation mêlant choc affectif et vécu douloureux, privent le parent et le nourrisson des premières interactions.

c) La naissance, origine de troubles chez la mère

La naissance d'un enfant induit un bouleversement, physique, psychique, émotionnel, affectif et social chez la mère. Cette dernière se retrouve alors bien souvent fragilisée, stressée, fatiguée, ce qui laisse apparaître certains troubles.

La « **baby-blues** » se manifeste généralement 3 jours après la naissance et peut durer quelques jours. Il s'agit d'un trouble de l'humeur transitoire chez la mère qui se caractérise par exemple par une irritabilité, des pleurs, une grande fatigue, voire des crises d'angoisse. Cet état est causé par le bouleversement hormonal dû à la grossesse et à l'accouchement, s'il persiste plusieurs semaines on parle alors de **dépression post-partum**. On retrouve l'importance de la présence du conjoint et père en tant que soutien dans la relation.

La **dépression post-partum**, survient généralement autour de la 3^{ème} semaine mais peut apparaître toute l'année qui suit l'accouchement. Elle se manifeste par une perte de confiance en soi, mais aussi une culpabilité, un découragement, une anxiété, des pleurs constants, un épuisement, une irascibilité.

La volonté excessive de réussite dans sa maternité, soutenue par la forte pression sociale, peut être à l'origine de cette dépression chez la mère. Ce qui l'amène à ne plus s'investir avec plaisir dans les interactions, à culpabiliser, à ne pas proposer à l'enfant suffisamment de sensation et un accordage idéal. Cette dépression maternelle peut engendrer chez son bébé, encore immature psychiquement, des signes dépressifs. Il existe donc un trouble de la relation qui ne permet pas à l'attachement de se faire sur de bonnes bases.

La **psychose puerpérale** est une décompensation psychopathologique du post-partum qui survient dans les heures et les jours suivant l'accouchement. Elle comprend notamment des hallucinations, une coupure avec la réalité qui favorise un acte suicidaire ou homicidaire. La prise en charge de ces mères se fait avec leur enfant dans des unités psychiatriques spécialisées afin de favoriser l'établissement des liens d'attachement.

La mise en place des interactions et des relations lors des premières semaines de vie de l'enfant avec sa mère, mais aussi avec son père, est importante dans la construction de son sentiment de sécurité interne, ce qui favorisera un attachement sécurisé donc un développement psychomoteur harmonieux et une santé mentale de bonne qualité.

« La corrélation la plus importante entre le développement de l'enfant et la dépression postnatale est retrouvée dans le fait que les enfants de mères déprimées présentent significativement un attachement insécurisant dans les trois quarts des cas »³⁹

Une perturbation des interactions précoces, peut être à l'origine des attachements insécurisants de types évitant et ambivalent, et des attachements désorganisés. Ils ne sont pas pathologiques, il s'agit de « variations de la normale »⁴⁰ car il existe bien un lien d'attachement entre l'enfant et la figure d'attachement. La variation se retrouve dans les adaptations de l'enfant envers les réponses de sa figure d'attachement.

Les troubles de l'attachement peuvent être inhérents à une perturbation sévère des interactions précoces dues à diverses raisons.

³⁹ MAZET Philippe & STOLERU Serge, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, développement et interactions précoces*, Paris, Masson, 3^{ème} édition, 2003, p.363

⁴⁰ PIERREHUMBERT Blaise, *Le premier lien, théorie de l'attachement*, éd Odile Jacob, 2003, p 333.

2. Les troubles de l'attachement

Depuis la classification des différents types d'attachement par M. AINSWORTH, de nombreuses personnes se sont intéressées aux troubles de l'attachement afin de savoir quel comportement était révélateur d'un attachement pathologique. Le trouble de l'attachement désigne les désordres émotionnels et comportementaux.

Les troubles de l'attachement ont été répertoriés dans deux classifications internationales : le DSM-IV-TR⁴¹ et la CIM-10⁴².

a) Les troubles de l'attachement selon les classifications internationales

❖ CIM-10 et DSM-IV-TR

Le trouble de l'attachement est caractérisé par l'expression d'un mode de relation gravement perturbé, inapproprié au stade de développement de l'enfant et qui se retrouve dans la plupart des situations vécues par l'enfant. Ces troubles ne sont en aucun cas en lien avec des troubles envahissants du développement ou imputables à un retard de développement. Ils débutent avant l'âge de 5 ans. L'origine se trouve souvent dans des soins carencés ou maltraitants. Il peut s'agir d'une négligence persistante des besoins émotionnels élémentaires de l'enfant ou de ses besoins physiques ou encore d'un changement répété du caregiver ce qui empêche l'établissement d'un lien d'attachement stable.

Les négligences précoces graves et l'indisponibilité du caregiver sont indéniables pour expliquer un trouble de l'attachement, mais cela n'est pas suffisant : tous les enfants vivants dans de telles conditions ne développent pas pour autant un trouble de l'attachement.

L'origine des troubles de l'attachement n'est pas imputable à des caractéristiques de l'enfant (retard mental,...), mais au contexte négatif dans lequel il vit. C'est alors la vulnérabilité de certains enfants qui favorise le développement de ces troubles. Dans ces troubles il y a un manque implicite d'une figure d'attachement préférée et identifiable.

⁴¹ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition, texte révisé.

⁴² Classification International des Maladies, 10^{ème} révision.

Le DSM-IV-TR⁴³ classe le trouble réactionnel de l'attachement en deux sous types distincts : désinhibé et inhibé. La CIM-10⁴⁴ classifie les troubles selon deux catégories : le trouble de l'attachement avec désinhibition et le trouble réactionnel de l'attachement. Il existe de nombreuses corrélations entre ces deux classifications.

<u>CIM-10</u>	<u>DSM-IV-TR</u>
TROUBLE DE L'ATTACHEMENT AVEC DESINHIBITION	TROUBLE REACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT DE TYPE DESINHIBE
<i>Comportement d'attachement généralisé et non sélectif Sociabilité indifférenciée, relations non discriminatives</i>	
<i>Manque de régulation dans les échanges avec les personnes non familières Difficulté à former des relations avec les pairs. Possible association de perturbation émotionnelle et de trouble du comportement.</i>	<i>Manque d'inhibition face aux personnes non familières</i>
TROUBLE REACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT	TROUBLE REACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT DE TYPE INHIBE
<i>Réactions de l'enfant inhibées, hypervigilantes, ambivalentes voire contradictoires.</i>	
<i>Perturbations émotionnelles avec un air misérable, absence de réaction et un retrait et/ou des réactions agressives à sa détresse et celle des autres. Induit réduction de ses relations avec ses pairs</i>	<i>Incapacité à s'engager dans des réactions sociales Inhibition dans la recherche et l'acceptation de réconfort</i>

⁴³ Ibid

⁴⁴ PRIOR Vivien & GLASER Danya, *Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement*, Bruxelles, De Boeck, 2010, p199.

« Les manuels diagnostiques DSM et CIM réservent ainsi la description des troubles de l'attachement à des réactions exceptionnelles et spécifiques dont la prévalence, très rare, ne reflète pas la pratique clinique courante et l'abondance de situations - peut être moins lourdes- dans lesquelles l'enfant présentent des symptômes (difficulté de séparation, problème d'endormissement, troubles de l'alimentation par exemple), qui sont manifestement accompagnés de difficultés relationnelles. »⁴⁵

❖ Le DSM-V⁴⁶

La 5^{ème} édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux a été publié en mai 2013. Actuellement la version française n'est pas encore éditée, c'est à l'aide d'une diapositive faite dans le cadre des « journées d'appropriations du DSM-5, pour les cliniques d'évaluation diagnostique de la Montérégie » que j'ai pu m'intéresser à l'évolution des caractéristiques concernant les troubles de l'attachement.

Dans le DSM-IV-TR, on parle des troubles réactionnels de l'attachement de type inhibé et désinhibé, dans le DSM-V ils deviennent respectivement le **trouble réactionnel de l'attachement** et le **trouble de l'engagement social désinhibé**. Leur étiologie est identique (carences de soins extrêmes) mais ce sont deux troubles bien distincts dans la mesure où ils ont des différences sur les plans des manifestations, de l'évolution et de la réponse aux interventions.

Au niveau des modifications apportées, l'âge minimum pour poser le diagnostic est de 9 mois. D'autre part le critère de négligence des besoins physiques a été supprimé et remplacé par le critère suivant : « *élevé dans un contexte particulier qui limite de façon sévère les opportunités à former des attachements sélectifs (ex : institutions...)* »⁴⁷.

On remarque alors que dans le DSM-V, le type désinhibé décrit dans le DSM-IV disparaît au profit d'un terme plus généraliste : trouble de l'engagement social désinhibé, où le lien avec l'attachement semble disparaître.

⁴⁵ PIERREHUMBERT Blaise, *Le premier lien, théorie de l'attachement*, éd Odile Jacob, 2003, p.334.

⁴⁶ Informations issues de la diapositive : Journée d'appropriation du dsm-5 pour les cliniques d'évaluation diagnostique de la Montérégie. (<http://www.autisme.qc.ca>)

⁴⁷ Ibid, diapositive 103.

b) Critères alternatifs des troubles de l'attachement

Au début des années 2000, Charles ZEANA et N.BORIS reprennent les recherches sur l'attachement en y incluant des expériences cliniques. Ils se basent sur le comportement et le développement de l'enfant, de 0 à 3 ans, plutôt que sur les circonstances étiologiques.

Ils définissent alors 3 critères qui caractérisent les troubles de l'attachement : le **trouble de l'absence d'attachement**, le **trouble de la base de sécurité** et le **trouble de la rupture du lien d'attachement**.

❖ Le trouble de l'absence d'attachement⁴⁸

Ce trouble décrit par C.ZEANA et N.BORIS est proche de ceux décrits dans le DSM-IV-TR et le CIM-10 ; il se subdivise en **trouble de l'attachement avec retrait émotionnel** et **trouble avec sociabilité indistincte**.

Ils se caractérisent par une absence d'attachement sélectif à une personne, et une absence de variation de comportement de l'enfant en fonction de la situation. L'enfant a des difficultés dans l'auto-régulation et l'autoprotection, dans la recherche de réconfort et de réassurance, dans l'expression de l'affection, dans la coopération et dans l'exploration.

- *Le trouble d'attachement avec retrait émotionnel :*

L'enfant est en retrait, inhibé et sans attachement à une figure spécifique. Il n'explore pas l'environnement.

- *Le trouble avec sociabilité indistincte :*

L'enfant va rechercher le confort et les interactions sociales auprès des personnes non familières sans faire preuve d'aucune réticence appropriée à son âge. Il a souvent des difficultés à se protéger.

⁴⁸ GUEDENEY Nicole & GUEDENEY Antoine, *L'attachement : approche clinique*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2010, p. 90.

« Si les enfants s'attachent toujours même aux pires donneurs de soins, il n'en reste pas moins que devenus plus âgés ils n'ont plus de manifestation de lien ou d'empathie envers autrui, d'où cliniquement l'absence d'attachement. »⁴⁹

❖ Le trouble de la base de sécurité⁵⁰

Contrairement au DSM-IV-TR, dans ce trouble la relation entre l'enfant et une personne distincte est prise en considération, bien que celle-ci soit distordue. Le trouble est alors spécifique à une relation donnée, il se décline en 4 catégories :

- *Le trouble de l'attachement avec mise en danger :*

Le but de l'attachement est la sécurité et la protection. Dans ce type de trouble, avec l'acquisition de la mobilité l'enfant se met en danger, en partant explorer sans vérifier à aucun moment la présence et la proximité de sa figure d'attachement. Par cette mise en danger l'enfant recherche l'attention et la protection du parent.

- *Le trouble de l'attachement avec accrochage et exploration inhibée :*

À contrario du trouble précédent, ici l'enfant n'explore pas son environnement. Cette inhibition est spécifique à certaines situations inhabituelles ou lorsqu'il y a une personne étrangère, et ceci en présence de la base de sécurité, qu'il n'investit donc pas.

- *Le trouble de l'attachement avec vigilance et compliance excessive :*

Ce trouble est proche de l'attachement désorganisé. L'enfant est exagérément conciliant face aux demandes de ses parents et fait preuve de restriction émotionnelle. Il est hypervigilant et semble craindre de déplaire au caregiver.

⁴⁹ Leclerc Marc-Yves, *Le tour du monde...de la théorie de l'attachement...en moins de 80 diapositives*, 2008, p.16, (www.omnipsy.org).

⁵⁰ GUEDENEY Nicole & GUEDENEY Antoine, *L'attachement : approche clinique*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2010, p. 90, 91.

- *Le trouble de l'attachement avec renversement des rôles :*

L'enfant se préoccupe du bien être émotionnel et psychique de son parent et non l'inverse, on retrouve là la notion de « parentification »⁵¹. L'enfant cherche à protéger sa figure d'attachement et devient alors très attentif aux signaux qui indiquent un besoin de soutien chez celle-ci. L'enfant va alors faire tout ce qui est possible pour rester à proximité d'elle. Il assure une charge émotionnelle qui n'est pas appropriée à son développement. Il a une forme de contrôle sur son parent qui peut être punitive ou une sollicitude excessive.

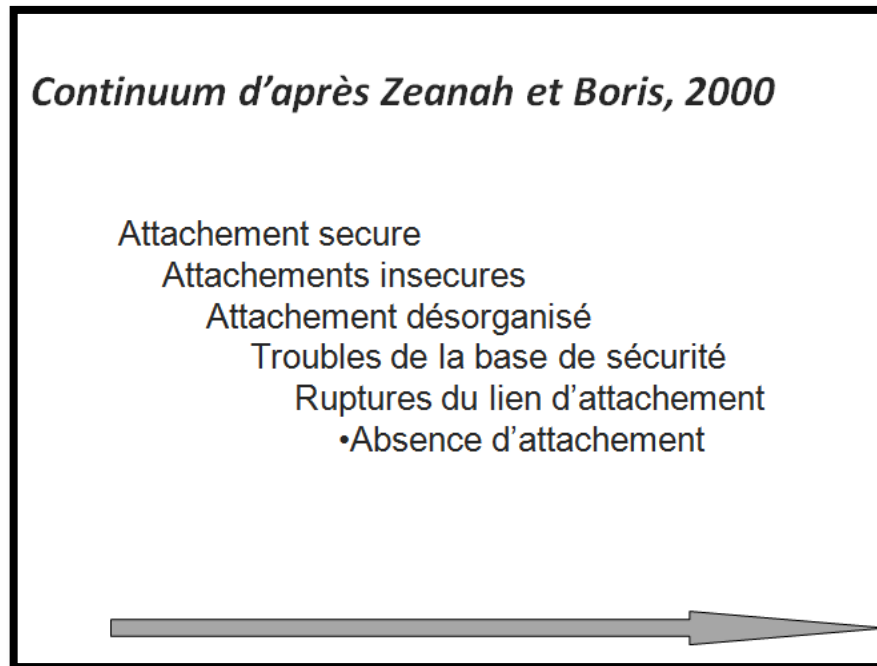
❖ La rupture du lien d'attachement

L'enfant perd sa figure d'attachement, les troubles apparaissant sont réactionnels à cette perte. Ce sont J. ROBERTSON et J. BOWLBY qui ont décrit les critères de ce trouble présent chez les enfants qui sont séparés subitement de leur parent sur une période plus ou moins longue. Ces derniers vont développer le « **syndrome triphasique** » qui se manifeste par un état de protestation puis de désespoir et enfin de détachement. La perte de la figure d'attachement lors de la petite enfance est un traumatisme. Il peut être difficile de distinguer ce trouble du trouble réactionnel de type inhibé. En effet l'enfant a un affect atténué et montre un retrait social.

La réaction de l'enfant est « normale » face à cette situation « anormale ». On peut alors se questionner sur l'utilisation du terme « trouble » dans ces circonstances. Il doit être utilisé dans le sens où il s'agit de réels signaux d'alerte de la détresse de l'enfant.

⁵¹ La parentification, c'est le fait d'agir en lieu et place de son parent et de n'en tirer aucune reconnaissance.

Pour C. ZEANAH & N. BORIS, l'évolution des attachements organisés aux attachements désorganisés vers les attachements dit pathologiques peuvent s'illustrer ainsi : ⁵²



⁵² « L'abandon et les troubles de l'attachement », (www.diplomatie.gouv.fr)

Liens d'attachement et psychomotricité : quelles relations ?

Je reprendrai la citation de J. BOWLBY selon laquelle « *La relation mère-enfant est aussi vitale pour le développement général du bébé que les vitamines ou les protéines pour le développement physique* »⁵³ .

J. BOWLBY a œuvré pour définir et démontrer l'importance de la théorie de l'attachement. En effet sans la présence de la mère, ni son caregiving, l'enfant ne peut établir de liens d'attachement et sans attachement il ne peut grandir de façon harmonieuse mais surtout sécurisante. Il ne suffit pas de nourrir un enfant, il faut en prendre soin, l'écouter, lui parler, échanger ... il faut être en interaction avec lui. Les compétences du bébé et des parents donnent naissance à différentes interactions, ce qui favorise l'établissement des liens d'attachement.

Mais la psychomotricité dans tout ça ? La petite enfance est au cœur des recherches et des théories de la psychomotricité, notamment en ce qui concerne le développement psychomoteur. Ce développement psychomoteur ne peut être harmonieux sans un environnement « suffisamment bon » et étayant pour soutenir l'enfant, sans la présence d'échanges mais surtout de liens d'attachement. Alors comment un psychomotricien peut-il intégrer cette notion d'attachement dans sa pratique ? Il peut de par sa spécificité intervenir dans plusieurs institutions telles que des crèches, des CAMSP⁵⁴, des services de néonatalogie, des lieux d'accueil parents-enfants... mais aussi des PMI ; où attachement parent-enfant est au cœur des relations.

Dans la partie qui va suivre, je m'intéresserai à la place du psychomotricien dans une équipe pluridisciplinaire d'un service de PMI.

Quel regard apporte-il ? Comment ? Dans quel but ?

Comment peut-il soutenir les liens d'attachement pour favoriser le développement harmonieux d'un enfant ?

⁵³ LABBE Jean, *La théorie de l'attachement*, issu de www.grainedemassage.fr.

⁵⁴ CAMSP : Centre d'Aide Médico-Sociale Précoce

II- Regard singulier du psychomotricien

en PMI

A. La protection maternelle et infantile

1. Présentation

Le service de Protection Maternelle et Infantile fait partie des missions assumées par le Conseil Général. L'action sociale et médico-sociale est une mission majeure des conseils généraux, dont l'un des principaux objectifs est de « *Protéger l'enfance et la famille* »⁵⁵. La PMI a pour vocation d'assurer la prévention et le dépistage dans le domaine de la santé, mais aussi dans celui du développement de l'enfant à travers toutes ses composantes : vision, audition, développement psychomoteur, du langage et psychoaffectif. Elle assure aussi le suivi des enfants placés par l'Aide Sociale à l'Enfance.

La Protection Maternelle et Infantile est créée en 1945, au sortir de la seconde guerre mondiale, l'objectif premier étant de lutter contre la mortalité infantile. La politique de prévention concerne toute la population et vise à protéger les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans. C'est alors que des consultations de suivi de grossesse et de pédiatrie préventive se mettent en place, ainsi que des visites à domicile par les infirmières. En 1970, dans le cadre du « programme périnatalité », les services de PMI sont engagés dans une nouvelle mission : la prévention de la morbidité périnatale et la maîtrise de la fécondation. L'accent est aussi porté sur la prématurité et ses conséquences néfastes, ainsi que sur la prévention des handicaps psychiques, sensoriels et moteurs. À cette même époque, les travaux de R. SPITZ, de J. BOLWBY ou encore de F. DOLTO, sont au cœur de l'évolution du regard porté sur le bébé. En 1989, la PMI se voit attribuer le terme de « promotion » : promotion et protection de la santé de la famille et de l'enfance. L'intérêt n'est plus seulement porté sur les mères et leurs enfants mais sur la famille et l'enfance.

⁵⁵ Conseil Général des Pyrénées Atlantiques : www.cg64.fr

2. Ses missions⁵⁶

La PMI a pour objectif d'accompagner la grossesse, la naissance et de soutenir la parentalité. Elle accompagne les couples, les femmes enceintes, les parents et leurs enfants. Ils peuvent rencontrer une équipe pluridisciplinaire médico-sociale (médecin, sage-femme, puéricultrice, assistante sociale,...) : les couples trouvent, au sein du planning familial notamment, des renseignements sur la contraception, le dépistage du Sida et les maladies sexuellement transmissibles, un conseil familial et conjugal. Les femmes enceintes sont accompagnées par les sages-femmes de la PMI. Cet accompagnement n'est pas systématique, il se fait à la demande des futures mères ou avec sollicitations des sages-femmes. Certaines femmes peuvent être en difficulté et ont besoin d'un soutien. L'écoute et la prise en charge de ces femmes enceintes sont fondamentales dans la **prévention des risques de pathologie du lien-mère enfant**. Les parents peuvent rencontrer un médecin, une puéricultrice, une assistance sociale et être aidés notamment dans la période post-natale.

Le service de PMI effectue également les examens médicaux préventifs des enfants dans les écoles maternelles (bilans des 3 et 4 ans) ; intervient dans les établissements d'accueil petite enfance et dans l'agrément, le soutien et le suivi des assistantes maternelles et assistantes familiales. L'objectif est de se situer dans une prévention précoce multidimensionnelle concernant notamment les troubles des liens parents-enfants, ceux du développement des enfants et, d'une façon plus générale, la maltraitance envers l'enfant. Cette visée de **prévention précoce** « *permet de maintenir ce que nous pouvons appeler, avec l'OMS⁵⁷, « la santé mentale » ou « la santé globale » de l'enfant, donc de l'adulte⁵⁸* », ainsi que de **dépistage** des troubles qui pourraient entraver le bon développement de l'enfant.

Dans chaque PMI, on retrouve médecin, puéricultrice, sage femme ...etc. Mais pas systématiquement un psychomotricien. Dans le département des Pyrénées Atlantiques, 2 psychomotriciennes interviennent à temps partiel sur certaines PMI. Elles peuvent être présentes en consultation, en groupe parents-enfants ou se déplacer à domicile. Leur spécificité et leur apport de la psychomotricité est complémentaire à chaque autre professionnel, permettant ainsi une prévention et un dépistage des plus complets possibles.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Organisation Mondiale de la Santé.

⁵⁸ SOULE Michel, « Une ardente obligation : la prévention précoce », in *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, sous la direction de DUGNAT Michel, Erès, 2004, p.39.

3. La population accueillie

Le service de PMI est gratuit et ouvert à tous : une plaquette d'information est envoyée à toutes les mères qui ont eu un enfant pour les informer des consultations existantes, et des dispositions d'aide auxquelles elles peuvent prétendre. Le service accueille les enfants de 0 à 6 ans et les femmes enceintes. On y trouve des consultations de périnatalité pour les premiers jours de vie de l'enfant, des consultations de suivi et des groupes parents-enfants.

La spécificité de la PMI est d'être au plus près des familles, dans une action publique et au cœur de la société actuelle et de ses évolutions. Il y a actuellement un risque de voir basculer la PMI du côté d'une médecine exclusive pour ceux qui sont en difficulté socio-économique, car c'est la population qui fréquente majoritairement ces services. Or il s'avère que les services de PMI reçoivent aussi des personnes sans difficulté apparente qu'elle soit sociale, économique ou autre, mais qui font face à tout autant de difficultés avec leur bébé. Il est donc nécessaire d'accueillir chaque famille sans priorité et en accordant la même importance. C'est un service public au croisement entre le médical et le social, chaque famille est reçue quelle que soit son origine, sa qualité de vie, ses croyances ...

« La compréhension des phénomènes culturels dans les interactions précoces (travaux d'ethnopsychiatrie) nous ont aidé à recevoir les populations migrantes »⁵⁹.

Les deux antennes de PMI où je réalise mon stage, accueillent majoritairement des personnes en difficulté socio-économique d'origine étrangère. L'une d'elle est implantée dans un quartier populaire où les familles sont souvent en rupture de travail mais aussi avec leur famille, qui se trouve généralement dans leur pays d'origine. Le service reçoit ces familles sans aucune stigmatisation et dans un respect de leur culture et de leur croyance.

La gratuité des soins et les obligations de suivi en cas d'information préoccupante concernant une famille sont des raisons de venues en PMI.

⁵⁹ BLANCO Isabelle & GOUEL-BARBULESCO Sylvie, « Intervention des psychomotriciens en crèche et en centre de protection maternelle et infantile », in *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, sous la direction de POTEL Catherine, p 112.

4. Travail en réseau

L'équipe de la PMI a un rôle aussi bien dans la prévention que dans la protection. Ce travail en équipe est nécessaire car dans un problème de protection de l'enfant il ne faut pas être seul, ce sont les regards des différents professionnels et de leur spécialité qui font que l'approche est globale et qui permet une meilleure orientation de la famille. Cette prévention précoce, médico-psycho-sociale, prend en compte le contexte de vie de l'enfant et permet de le diriger le plus rapidement possible vers les soins dont il a besoin. La PMI aide les parents à penser l'intégration des enfants dans différents groupes sociaux comme l'association *Trait d'union* (présentée ci-après), les groupes parents-enfants et les soutient dans leur démarche d'orientation vers des structures adaptées. Dans la PMI où je suis stagiaire, il y a un véritable travail en réseau avec les différentes structures aux alentours. Les enfants dont on a dépisté les difficultés sont notamment mis en contact avec le CAMPS, le CMPEA, le CMPP ou avec un centre pour enfants handicapés moteurs.

Le CAMSP ou Centre d'Aide Médico-Sociale Précoce, accueille les enfants de 0 à 6 ans présentant ou susceptibles de présenter un retard psychomoteur, des troubles sensoriels, neuro-moteurs, intellectuels ou des difficultés relationnelles. Le CAMPS qui est rattaché au service où j'effectue mon stage, ne reçoit les enfants que jusqu'à l'âge de 3 ans. On note alors l'importance du dépistage précoce réalisé par les PMI des alentours, pour une prise en charge optimale et rapide des enfants en difficultés.

Le CMPEA ou Centre Médico Psychologie Enfant et Adolescent, reçoit les jeunes enfants pour les troubles du développement psychomoteur, du langage, ou les troubles de sommeil, d'alimentation, de propreté.

Le CMPP ou Centre Médico Psycho Pédagogique, accueille les enfants et adolescents de 2 à 20 ans pour des troubles psychoaffectifs, réactionnels, névrotiques, psychomoteurs, des difficultés d'apprentissage ou de comportement ainsi que des troubles du développement.

Quand un enfant est porteur de handicap ou présente certaine difficulté, l'orientation vers ces structures adaptées peut prendre du temps. Durant ce temps d'attente le suivi par la PMI permet de ne pas laisser ces familles livrées à elle même.

La PMI collabore aussi avec une association, le *Trait d'union* qui met à disposition des parents et des enfants des locaux où chacun vient et reste le temps qu'il désire. C'est un endroit de socialisation pour les enfants jusqu'à 6 ans, où ils peuvent jouer dans un espace adapté. À travers ces espaces de jeu et au contact des autres, ces enfants apprennent la vie en collectivité et expérimentent la séparation avec leur parent et donc leur autonomie.

Comme énoncé par D. WINNICOTT, l'enfant avant d'avoir la capacité à être seul doit passer par l'étape d'être seul en présence de l'autre. Quant aux parents ils peuvent discuter entre eux, partager, faire part de leurs questionnements et leurs inquiétudes. Une équipe spécialiste de la petite enfance est présente pour les soutenir ou répondre à leurs questions.

Cette structure permet d'offrir un véritable soutien à la relation enfant-parent et de rompre l'isolement social de certaines familles. L'enfant peut explorer l'espace, tout en sachant son parent à proximité, condition essentielle dans l'évolution d'un attachement sécure. Par leur échanges les parents peuvent réaliser qu'ils rencontrent chacun les mêmes questionnements, les mêmes soucis...etc. Le *Trait d'Union* peut être un lieu de réassurance pour les parents dans leurs compétences parentales et de prise d'assurance pour les enfants dans un espace contenant cadre et limites.

5. Une consultation type à la PMI

Les jours de consultations de PMI se partagent entre les différents secteurs qui y sont rattachés, de manière à ce que chaque famille rencontre toujours la même puéricultrice et le même médecin, afin d'assurer le meilleur suivi possible. La psychomotricienne est présente lors des consultations deux à trois jeudi par mois.

J'ai décidé de présenter, une consultation type, à travers l'exemple d'une rencontre, celle de Mari et sa maman.

Madame C vient avec Marie alors âgée de 9 mois, elle est d'abord accueillie dans le bureau de la puéricultrice. Cette dernière commence par nous présenter avec la psychomotricienne, elle demande ensuite à la maman comment se passe la relation avec Marie. Madame C n'ayant pas de questionnement particulier, la puéricultrice lui propose alors de commencer à déshabiller Marie pour la pesée. Après avoir pesé, mesuré la taille et le périmètre crânien de Marie, la puéricultrice reporte les mesures sur la courbe. La maman est alors inquiète de savoir si « c'est normal » ? La puéricultrice lui montre et lui explique les différentes courbes : Marie est un bébé avec un développement staturo-pondéral harmonieux. Ensemble, elles vont ensuite discuter de l'alimentation, afin de savoir si Marie prend tous les apports qui lui sont nécessaires. Marie est installée sur les genoux de sa maman, joue avec des cubes et reste très attentive aux échanges qui se produisent. La puéricultrice lui propose deux cubes et regarde comment Marie s'en saisit, elle amène ensuite la maman à nous en dire plus sur les capacités et acquisitions de Marie. Ces informations lui permettent de pré-remplir le certificat obligatoire du 9^{ème} mois. Ce dernier comportant des items « développement psychomoteur », la psychomotricienne propose à la maman de faire un examen psychomoteur à Marie afin de savoir où sa petite fille en est de ses acquisitions. Madame C accepte, la psychomotricienne utilise le test du Brunet Lézine Révisé et propose donc à Marie différents jeux. Marie est une petite fille très souriante, communicante et qui investit tout ce qu'on lui propose, son développement psychomoteur est en accord avec son âge. Madame C semble rassurée. Marie et sa maman retourne dans la salle d'attente avant d'aller voir le médecin.

L'intérêt majeur de ces consultations est de rompre l'isolement de certaines familles, de leur apporter un soutien et de suivre le développement de l'enfant. C'est dans le bureau de la puéricultrice que la relation avec la famille s'établit, famille comme professionnels s'appriivoisent afin de créer une relation de confiance. Les parents, contrairement aux lieux d'accueil parents-enfants, viennent en PMI dans l'idée d'un suivi médical. L'établissement de cette relation est important pour permettre aux parents d'avoir une place et de pouvoir exprimer ce qu'ils ressentent, leurs besoins, leurs questions sans aucun jugement. La puéricultrice s'intéresse essentiellement au développement staturo-pondéral de l'enfant et aux questions de sommeil et d'alimentation ; tout est noté dans un dossier favorisant ainsi un suivi optimal.

Après quelques minutes en salle d'attente où Marie a pu jouer et écouter des histoires, elle et sa maman sont reçues par le médecin. Elles reprennent ensemble ce qui a été noté dans le dossier. Le médecin demande à Madame C si elle a davantage de question et notamment sur le plan médical. Madame C lui répond que Marie va bien, qu'elle dort bien, joue beaucoup, et gambade à quatre pattes mais elle se demande si elle n'est pas en train de faire des dents. Le médecin lui propose donc d'aller avec Marie vers la table de consultation, où elle observe ses gencives : effectivement Marie ne va pas tarder à avoir sa première dent. Le médecin ausculte ensuite le siège de l'enfant, son ventre, ses oreilles, ses yeux ... Marie n'est pas à l'aise, mais sa maman est juste à côté, la rassure, et lui parle. Une fois l'auscultation terminée, le médecin finit de remplir le certificat de Marie et demande à nouveau à la maman si elle a des questions. La maman exprime le fait qu'elle est contente, sa petite fille va bien, elle la serre dans ses bras. Après avoir noté le prochain rendez vous Madame C et Marie s'en vont.

Les différents examens médicaux et les possibles vaccinations se font dans le bureau du médecin. Celle-ci remplit aussi les différents bilans obligatoires : au 8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois. L'examen du 4^{ème} mois n'est pas obligatoire mais essentiel, il permet d'appréhender la préhension de l'enfant, celui-ci étant passé d'une motricité réflexe à une motricité volontaire, le 4^{ème} mois est donc une charnière dans la maturation neurologique et psychologique, et dans le développement psychomoteur de l'enfant.

Il est important, dans ces situations d'examen qui génèrent de l'angoisse chez les enfants, que la maman ou les parents restent près de leur enfant dans une position rassurante et contenant, dans leur rôle de base de sécurité. Chaque professionnel laisse donc une place essentielle aux parents lors de ces consultations. Médecin comme puéricultrice essaient d'accompagner au mieux les parents, dans un respect de leur culture mais aussi d'éthique et du secret médical.

Les consultations se réalisent en gardant l'idée de conforter et renforcer les compétences parentales, de **soutenir le développement des enfants et des liens parents-enfants**. À la fin des consultations, médecin, puéricultrice et psychomotricienne se réunissent pour un temps de régulation autour des enfants et des adultes. D'un bureau à l'autre il ne se joue pas toujours les mêmes choses, et les familles peuvent partager des choses différentes. Chaque professionnel partage son ressenti, ce qui s'est passé, ils en discutent, toujours dans un respect du secret médical et de la vie privée de chacun. Ce temps d'échange permet d'assurer au mieux le suivi de l'enfant que ce soit de son bon développement ou de ses conditions de vie familiale.

B. La place du psychomotricien en PMI

Que ce soit en consultation ou dans les groupes, on retrouve dans ces espaces, une collaboration étroite entre puéricultrice, pédiatre, psychologue, assistante sociale et sage femme ; ceci dans l'intérêt de chaque famille. Au sein de cette équipe pluridisciplinaire, la psychomotricienne trouve sa place, apportant un regard singulier et complémentaire, que ce soit sur le développement psychomoteur de l'enfant ou sur les liens parents-enfant.

Je débiterai cette réflexion par une étude plus générale relative à la spécificité de la psychomotricienne en PMI ; je l'étayerai en illustrant et en explicitant sa place dans une consultation conjointe puis dans un groupe parent-enfant dans les parties suivantes. J'aboutirai par la mise en place d'un projet où la psychomotricité trouve aussi sa place.

1- Sa spécificité

Le psychomotricien possède une connaissance aigüe du développement psychomoteur et du dialogue tonico-émotionnel ; ce dernier reste un facteur d'observation majeur. Par cette connaissance, il permet un soutien de la parentalité, des liens parents enfants dans une vision globale où les sphères cognitive, motrice, psychique et l'impact des émotions s'entrecroisent. Le psychomotricien intervient dans une attitude bienveillante, dans un respect des choix de chacun et avec, bien évidemment une absence de préjugés. Il reste attentif aux différents modes de communication et d'expression où verbal et non verbal, ont leur place et leur intérêt.

En juin dernier, j'ai commencé à appréhender la place de la psychomotricité en PMI, j'avais alors une représentation de la place du psychomotricien en salle d'attente, mais pas en consultation conjointe avec la puéricultrice. Mes premiers questionnements furent :

Quelle est sa place auprès d'une autre professionnelle spécialisée de la petite enfance ? Comment intervient la psychomotricienne sur ce laps de temps de rencontre très court : 10 à 20 minutes ? Certaines familles ne souhaitent pas recevoir un étayage relationnel, elles viennent essentiellement pour le suivi médical de l'enfant.

Comment ne pas paraître intrusif ou inquiéter les familles en proposant des bilans ou simplement par notre observation? La psychomotricienne occupe ce poste depuis maintenant 7 ans, puéricultrices comme médecins sont alors très informés sur les étapes du développement psychomoteur. Pour répondre en partie à ces questions, dans un premier temps je me suis tournée vers une jeune puéricultrice, qui m'a fait part de son opinion sur l'apport d'une psychomotricienne en consultation de PMI.

« *Cela fait moins d'un an que j'ai intégré cette équipe, la psychomotricité je connaissais, mais je n'avais aucune idée de comment travailler en duo avec lors des consultations. Pendant ma formation de puéricultrice, on nous a sensibilisés au développement psychomoteur global de l'enfant ...mais simplement dans les grandes lignes. Je trouve la présence de la psychomotricienne complémentaire à ce que je propose aux familles. Chaque jeudi où elle est présente, j'approfondis ma connaissance sur le développement psychomoteur par les tests qu'elle propose, les conseils et explications qu'elle est amenée à donner aux parents. En tant que puéricultrice, je m'intéresse au développement staturo-pondéral de l'enfant, à son alimentation et son sommeil. La psychomotricienne apporte donc un autre regard sur les situations que l'on rencontre, avec une compétence d'analyse et d'observation fine et complémentaire. Ces moments de consultation conjointe sont une véritable richesse.* »

« [...] la psychomotricité n'est pas une théorie en soi. C'est un dispositif et une pratique qui proposent une certaine façon de faire et ont pour repère principal de considérer le corps dans toute sa complexité : existentielle, expressive, émotionnelle, identitaire »⁶⁰.

Un bébé existe et communique par son corps, il naît dans un bain de sensations qu'il apprendra à discriminer au fur et à mesure de sa maturation neurologique et dans un environnement « suffisamment bon ». En tant que psychomotricien « nos pratiques ne se basent pas uniquement sur le verbal mais se fondent sur l'action, le mouvement, l'espace, la sensorialité, la rythmicité et la relation »⁶¹. Par son identité propre et sa pratique professionnelle spécifique, le **psychomotricien apporte un regard singulier et complémentaire** à celui des autres professionnels de la petite enfance.

⁶⁰ POTEL Catherine, *Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Erès, 2010, p 13.

⁶¹ Ibid, p 68.

Contrairement au médecin qui se préoccupe davantage de la santé physique de l'enfant, le psychomotricien rencontre la personne dans sa globalité corps-psyché.

Ce triple regard : médecin, puéricultrice et psychomotricien permet de proposer une consultation atypique où **dépister, accompagner et orienter** pourraient être les mots clés de la prévention précoce en consultation et en groupe. C. POTEL⁶² identifie plusieurs axes essentiels d'intervention en psychomotricité, dont la rééducation, la thérapie mais aussi la **prévention et l'éducation psychomotrice**.

a) Dépister : un regard psychomoteur

Toute relation s'établit sur une base de confiance où la bienveillance, l'empathie et l'écoute sont fondamentales. Le psychomotricien est à l'écoute des familles mais il reste surtout attentif à ce qui ne se dit pas : les regards, le tonus avec le dialogue tonico-émotionnel, la respiration, le ton de la voix, les réactions de prestance, les postures, les distances,...etc. L'ensemble de ces observations permettent une appréhension globale de la personne, notamment de la mère et de son vécu. Afin d'être disponible à l'autre, le psychomotricien doit en premier lieu être à l'écoute de son propre corps, de son vécu émotionnel et de son ressenti pour être en capacité d'accueillir ce qui se passe dans la relation.

Dans les secteurs de PMI où j'effectue mon stage, la majeure partie de la population est en situation précaire et carencée que ce soit au niveau économique, social ou des soins prodigués, des interactions avec leur enfant... Il apparaît important de garder cette attitude bienveillante, afin de ne pas pointer du doigt un comportement des parents qui pourrait provoquer en nous un sentiment d'angoisse, de peur, de jugement, d'incompréhension... Comme l'exemple d'une mère qui calme son bébé en le berçant de manière plutôt active mais pas pour autant néfaste. Le psychomotricien doit être en mesure de réajuster son investissement psychique et corporel, afin de donner des conseils, de soutenir les parents. En cas de carence ou de situation mettant à mal le bon développement psychomoteur de l'enfant, le psychomotricien, comme tout autre professionnel, est apte à faire part de ses ressentis dans un éventuel signalement « d'information préoccupante », le plus souvent étayé par une évaluation quantifiée.

⁶² Ibid, p. 310.

Après ce dépistage, que l'on pourrait qualifier de qualitatif, le psychomotricien possède des outils quantitatifs⁶³ :

- **Le Brunet-Lézine Révisée** ou échelle de développement de la première enfance (de 0 à 30 mois) vise à apprécier le développement du bébé en fonction de 4 domaines : moteur ou postural, verbal, coordination et social. Les différents items sont appréciés par « acquis » ou « non acquis ». Ce test permet à la psychomotricienne d'appréhender le stade de développement de l'enfant selon son âge et des possibles retards de développement. Chaque enfant grandit à son rythme, c'est pourquoi en cas de retard apparent, la psychomotricienne n'alerte pas les parents, mais leur donne des conseils pour stimuler leur bébé. Un autre rendez vous est généralement programmé le mois suivant pour suivre l'évolution de l'enfant.
- **L'échelle de DENVER** est un graphique où sont représentées les principales acquisitions de l'enfant de 0 à 6 ans. Elles sont classées en 4 rubriques : motricité globale, motricité fine, langage et contact social. Ce graphique prend en considération la variabilité individuelle de chaque acquisition. On retrouve une fourchette d'âge, ce qui permet aux professionnels d'avoir des points de repères sur les différentes étapes du développement.
- **L'examen Neuromoteur Complémentaire (ENMC)** a été créé par le docteur A. GRENIER, il s'agit d'un ensemble « état libéré- enchainements moteurs ». Par la mise en situation en motricité libérée du bébé et des enchainements moteurs (Recamier Relation Reaching, Appui Latéral, Réaction Latéral d'Abduction), il est possible d'écarter un trouble neurologique qui entraverait la mise en place de la motricité.
- **L'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB)** est une échelle d'évaluation du retrait relationnel du jeune enfant avant 3 ans. Elle a été établie par A. GUEDENEY pour aider l'observation du bébé, elle s'utilise notamment en PMI.

⁶³ En annexe : Brunet Lézine, Denver, ADBB

b) Accompagner, soutenir, valoriser

❖ Par sa présence et son étayage

C'est par sa connaissance du dialogue tonico-émotionnel, que le psychomotricien est apte à faire le lien entre le tonus de l'enfant et ses émotions, il peut alors se faire interprète entre ce dernier et son parent, dans le but de favoriser le dialogue en rendant attentif le parent aux signes de communication de son enfant. Le psychomotricien adapte ses mots, sa tonalité, sa place dans l'espace, sa contenance pour permettre à la relation de se créer. Être traducteur et initiateur de la rencontre mère-enfant, lui permet de consolider ou rétablir les liens entre eux en cas de carence ou de déficit : par cette traduction de l'état du bébé il permet à la mère d'accéder à la compréhension. Comme développé précédemment les interactions parent-bébé sont essentielles pour l'établissement des liens d'attachement et le développement harmonieux de l'enfant. Dans les familles en difficulté socio-économique, le dialogue tonico-émotionnel entre le bébé et sa mère peut faire défaut, ce qui est susceptible d'entraver l'évolution de l'enfant. Cette notion de dialogue tonico-émotionnel est importante, elle permet à l'enfant d'acquérir une sécurité interne, indispensable dans la construction de son enveloppe psychocorporelle propre et de conforter sa mère dans la sensation d'être « suffisamment bonne ».

Dans son rôle préventif, le professionnel propose aux familles des stimulations adaptées au développement de leur enfant, des conseils qu'ils pourront ajuster afin de prévenir tout désordre ou retard psychomoteur. Dans ce soutien aux parents, le psychomotricien doit veiller à respecter leur choix, et surtout connaître les conditions de vie de l'enfant et de la famille.

Au-delà de l'intérêt à amener les parents à être attentif aux interactions avec leur bébé, être à l'écoute du dialogue tonico-émotionnel permet à ces derniers de prendre conscience de l'être actif qu'est leur enfant, de les soutenir et les rassurer dans leur compétence parentale et ainsi de consolider les liens d'attachement.

❖ Les bilans : outils quantitatifs et qualitatifs

Les deux bilans, vus précédemment, couramment utilisés lors des consultations uniquement sont : le Brunet Lézine Révisé et le test Neuromoteur Complémentaire du docteur A. GRENIER. Au-delà de l'aspect dépistage et préventif, ces tests valorisent aussi à la fois les compétences du bébé et des parents.

Lors du Brunet Lézine, il est essentiellement proposé à l'enfant des items en rapport avec le jeu et la découverte. Par son implication corporelle, sa capacité à jouer avec l'enfant, la psychomotricienne sert d'étai et de point d'appui à la création d'un espace de rencontre propice entre parent et enfant.

Julien a 7 mois quand il vient en consultation avec sa maman, c'est un bébé prématuré, son âge corrigé est de 5 mois ½. Julien est le premier enfant du couple, la maman est très inquiète car elle trouve qu'à 7 mois son bébé est « en retard ». La psychomotricienne rassure dans un premier temps la maman, en lui expliquant qu'au niveau du développement psychomoteur il faut tenir compte de l'âge corrigé de Julien. Elle lui propose donc de réaliser l'échelle de Brunet Lézine Révisé de 5 mois. Il en ressort que le développement psychomoteur de Julien est en accord avec son âge. En observant ce bébé et en prenant en compte sa prématurité, la psychomotricienne n'avait pas d'inquiétude sur son développement. La réalisation de ce test lui permet de confirmer cela, mais surtout de rassurer la maman en lui montrant les capacités de son fils.

En PMI, il est rare que les enfants que l'on rencontre soient atteints de trouble neurologique. L'utilisation de l'examen neuromoteur complémentaire par la psychomotricienne (qui a été formée par le docteur GRENIER), est là encore dans une optique de valorisation des capacités de l'enfant et de réassurance des parents ; tout comme la situation en motricité libérée qui permet d'établir une relation où le bébé interagit.

Ces bilans et échelles sont des outils quantitatifs mais leur aspect qualitatif a aussi son importance. Ils permettent à la psychomotricienne d'observer ce qui se joue dans ces propositions : les réactions de l'enfant, les réactions du parent, les interactions, le type d'attachement, ...etc.

c) Orienter

Certaines familles ont besoin d'aide, certains enfants sont en difficultés, en PMI l'objectif est préventif et non thérapeutique. La psychomotricité, couplée à la médecine et à la puériculture, apporte un regard nécessaire pour orienter au mieux chaque famille et chaque enfant vers des structures adaptées.

Dans tous ces moments d'échange le psychomotricien ne se place pas entre l'enfant et son parent mais à côté. Il ne se positionne pas en tant que tiers séparateur à la relation, mais en soutien. Le psychomotricien, bien que formé aux différentes étapes psychomotrices et à ce qui se joue dans les relations, ne doit pas incarner « celui qui sait tout » : les parents savent intérieurement ce qu'il y a de mieux pour leur enfant. La psychomotricienne est là pour étayer leur relation, leur donner des conseils, les accompagner et les orienter si besoin.

Mieux connaître les stades de développement de son bébé et les besoins qui en découlent permettent aux parents de mieux interagir avec leur enfant. Ceci les incite à augmenter la fréquence et la durée des contacts physiques, chaleureux entre eux et leur bébé, ce qui favorise la proximité, indispensable à un **attachement sûr**.

Dans ces services de PMI, la psychomotricienne a donc un rôle de prévention aussi bien envers le bébé en s'assurant du bon développement psychomoteur, mais également envers les parents en valorisant leurs compétences parentales dans le but de soutenir la parentalité et les interactions. La psychomotricité a une place complémentaire et singulière aussi bien en consultation conjointe que lors d'animation de groupe parents-bébés.

2- La consultation conjointe, un moment de complémentarité

La présence de la psychomotricienne en consultation est définie et fixe, ce qui permet d'orienter certaines familles pour lesquelles un « regard psychomoteur » peut être pertinent. Généralement, la psychomotricienne consulte dans le bureau de la puéricultrice, temps où la relation avec les familles se crée, mais peut aussi travailler en concordance avec le médecin. Les parents qui arrivent pour le suivi médical de leur bébé savent qu'ils vont rencontrer médecin et puéricultrice, mais la présence de la psychomotricienne dans le premier bureau peut être vécue comme pesante et intrusive.

*« Cette rencontre peut réactiver chez eux un fonctionnement émotionnel et cognitif enraciné dans leur propre histoire d'attachement et suscitant des attentes positives ou des anticipations anxieuses et négatives à l'égard du professionnel rencontré ».*⁶⁴

On retrouve l'importance de la place du psychomotricien dans l'espace et son attitude bienveillante, afin d'apporter le plus de confort possible aux parents. Afin d'explicitier la place de la psychomotricienne dans ce service et l'apport de son regard dans l'équipe, je souhaite vous faire part d'une rencontre.

Lorsque je rencontre Alex la première fois il a 17 mois. Sa naissance fut pour sa famille un moment d'angoisse et d'incertitude : Alex est né avec une inversion des gros vaisseaux du cœur, il fut donc transféré à l'hôpital de Bordeaux et opéré dès les premiers jours de vie. La famille d'Alex est originaire du Maroc, Monsieur O travaille en France depuis quelques années et Madame F n'a pas encore obtenu les papiers lui permettant de résider en France en toute légalité. Par peur d'expulsion Madame F n'est allée qu'une fois en 3 mois voir son fils, cette situation a mis à mal les interactions précoces mère-enfant et l'établissement des liens d'attachement. Aujourd'hui, la seule sortie que fait Madame F c'est pour amener son fils en consultation de PMI. C'est une jeune maman qui a le désir de bien faire avec son fils, elle nous dit qu'il dort bien, mange bien et joue beaucoup. La psychomotricienne propose de faire un bilan, ce que Madame F accepte sans réticence.

⁶⁴ MORALES-HUET Martine, « Apports de la théorie de l'attachement aux prises en charge précoces parent-jeune enfant » in *La théorie de l'attachement : approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance*, dossier thématique de l'ONED (www.oned.gouv.fr), 2010, p 109.

Alex est un petit garçon intéressé, qui se saisit de tout ce que lui propose la psychomotricienne : il réalise même une tour de plus de 3 cubes, il met le rond dans la planchette sans hésitation et s'adapte au retournement. Que ce soit au niveau de la posture, des coordinations et de la sociabilité, les acquisitions d'Alex sont en accord avec son âge. Lors des items concernant le langage, Alex désigne correctement les objets présentés, mais ne dit aucun mot. Après discussion avec sa maman, elle nous dit qu'Alex a son propre langage mais a part « oui », « non », « papa », « maman » il ne dit pas grand-chose. La puéricultrice demande à la maman si Alex voit d'autres enfants, si Madame F verbalise tout ce qu'il fait pour qu'il accède petit à petit au langage. Après une réponse négative de sa part, la puéricultrice lui propose d'aller à l'association « Trait d'Union » afin que son petit garçon rencontre d'autres enfants, et qu'elle rencontre d'autres mamans.

Nous revoyons Alex et Madame F trois mois plus tard, Alex a donc 20 mois. Madame F et Monsieur O se sont mariés et les papiers sont régularisés, Madame F nous dit être rassurée et surtout moins craintive. La psychomotricienne fait passer à Alex le bilan des 20 mois afin de suivre son évolution : son développement est en accord avec son âge mais au niveau du langage il ne parle toujours pas. Alex est gardé exclusivement par sa maman, et une sortie au « Trait d'Union » n'a pas été faite, malgré la régularisation des papiers Madame F reste quasiment tout le temps chez elle. C'est une jeune maman qui n'a pas de travail, qui n'a pas vu sa famille depuis maintenant 3 ans et qui nous dit ne pas beaucoup parler avec son enfant. La psychomotricienne explique à cette maman l'importance du langage et le léger retard que présente Alex. Elle valorise auprès de Madame F les compétences motrices, communicationnelles et sociables d'Alex, sa joie de vivre, l'intérêt qu'il porte au jeu, ... Elle l'encourage alors à prendre du temps avec son fils, à jouer avec lui, à lui parler : que ce soit en français ou en arabe peu importe. Parler dans la langue maternelle à son enfant, permet de l'inscrire dans la lignée trans-générationnelles. La puéricultrice lui parle de nouveau du « Trait d'Union » en lui proposant d'être accompagnée, elle l'oriente aussi vers des ateliers lectures animés par Sophie la lectrice qu'elle rencontre aussi en salle d'attente. À la fin de la journée, lors du temps de régulation, nous apprenons par le médecin, que dans son bureau Madame F a fait preuve de beaucoup d'émotion, en réalisant le retard de son fils et en annonçant qu'elle était enceinte. Après réassurance de la part du médecin, une solution est proposée à cette maman. Sophie qui intervient aussi à domicile, ira lire des livres à Alex pour palier à ce retard de langage qui se met en place, et favoriser la relation entre la mère et l'enfant.

Suite à cette consultation, la lecture a domicile s'est très bien passée, et Madame F a accepté d'aller participer à un atelier lecture à la médiathèque. Par cette rencontre on note l'importance du soutien de certaines familles dans leur rôle et capacités parentales, c'est en tenant compte de leurs possibilités et de leur désir qu'il est possible de les accompagner et de les orienter.

Dans cette rencontre comme dans toutes les autres, la psychomotricienne se met à la disposition des parents pour les aider dans la compréhension et la découverte de leur enfant afin de **favoriser et soutenir l'établissement des liens d'attachement**. Après dépistage de certaines carences ou retards, elle encourage les parents en s'appuyant sur leurs compétences propres, à écouter leur enfant, à être en relation avec eux. Elle les valorise, les accompagne et les conseille ; avec les autres professionnels la famille peut être orientée vers d'autres structures plus adaptées à leur besoin.

D'autre part, lors de ces consultations, la psychomotricienne rappelle souvent l'importance du jeu chez l'enfant, ainsi que la mise au sol pour leur bon développement psychomoteur. Lorsqu'elle mobilise les bébés, la psychomotricienne le fait toujours face au miroir avec la maman à côté, afin que le contact mère-enfant ne se perde pas et que l'enfant soit rassuré.

3- Un moment d'échange et de partage : le groupe parents-enfants

Au sein des deux services de PMI, un groupe parents-enfants est proposé aux familles carencées ou en difficulté mais également à chaque famille en demande d'informations sur le développement de leur enfant. Ce groupe a lieu deux vendredis par mois, il se fait par inscription et accueille les enfants de 0 à 9 mois.

Il est animé par trois professionnelles complémentaires : une psychomotricienne, une psychologue et une lectrice. Il n'y a aucun thème préalablement défini, le moment se construit à partir des questions, des demandes des parents, de leur réflexion. Chaque accueil est donc unique et s'adapte aux besoins des parents, à l'état de vigilance et de confort du bébé. La psychomotricienne répond essentiellement à tout ce qui a trait au développement psychomoteur, la psychologue évoque le développement psycho-affectif et la lectrice parle du langage et de la lecture pour les tout petits. Même si chacune d'elle a sa particularité, c'est l'interrelation de leurs savoirs qui fait l'authenticité de ce groupe.

Les mamans et leur bébé, parfois aussi les papas, sont reçus dans une salle aménagée pour le groupe. On y retrouve des tapis et des coussins, type « nid », où les enfants peuvent être installés. Dès leur arrivée, on propose à chacun d'entre eux de venir nous rejoindre au sol et de s'installer sur les tapis, afin notamment d'être à la même hauteur que les bébés. L'intérêt est d'offrir un espace chaleureux et contenant pour chacun. Avant toutes discussions, les familles sont informées que ce sont les enfants qui rythment ce moment ; s'ils doivent être nourris, changés, portés, s'ils pleurent, il n'y a pas d'inquiétudes à se faire, ni de gênes à avoir, nous sommes là pour eux. L'espace de la salle, l'espace corporel, l'espace des mots, autant de notions que les professionnels essaient de maîtriser dans un cadre contenant et sécurisant afin de laisser un espace de parole où souffrances, angoisses, difficultés, questionnements ou même anecdotes sont échangés.

À chaque groupe la rencontre est authentique, chaque famille est différente par leur culture, leur valeur, leur attente, leur personnalité, leur vécu, ... Dans ce temps d'échange les personnes viennent telles qu'elles sont sans craindre de jugement ou de stigmatisation. Les professionnelles sont dans une attitude bienveillante et ne pointent pas les difficultés des uns ou des autres.

a) Etayer la relation des parents et leur bébé

❖ Une réassurance des parents dans leur rôle

Comme défendu par T.B. BRAZELTON il est important de soutenir la parentalité et de valoriser les capacités parentales, ceci en mettant notamment en avant les compétences du bébé. Dans ce temps de groupe, les professionnels prennent le temps d'amener les mamans à observer leur bébé et leur capacité à communiquer après quelques semaines de vie.

Charline et sa maman viennent participer à la séance de groupe suite au conseil de la puéricultrice. La maman de Charline, Madame H se pose beaucoup de questions et a envie de partager son expérience avec d'autres familles. Madame H place Charline dans le nid juste à côté d'elle. Charline a les yeux grands ouverts, elle est éveillée, calme et regarde ce qu'il se passe. Sa maman nous dit alors « mais j'ai peur qu'elle s'ennuie, comment je peux savoir si elle est bien ? ».

Par la question que nous pose cette maman, on note l'impact de la société d'aujourd'hui sur les idées concernant le développement des enfants ; nous sommes dans une société du « faire ». La psychomotricienne rassure alors la maman en lui expliquant qu'à son âge Charline à tout à découvrir, et que dans cette position allongée elle reçoit aussi bien des stimulations auditives, que verbales, visuelles ou olfactives, elle apprend, elle se construit et ne s'ennuie donc pas.

Charline tourne la tête vers sa mère dès qu'elle l'entend parler et la fixe. La psychomotricienne lui dit « Regardez comme Charline vous appelle du regard. Avancez vous un tout petit peu, qu'elle vous voit mieux ». Charline se met alors à sourire à sa mère, celle-ci tourne le coussin de manière à ce que sa fille soit face à elle. La communication entre la mère et son bébé reprend de plus belle, Charline vocalise et remue énergiquement ses jambes et ses bras, ce qui est signe de plaisir. Madame H a le visage qui s'illumine : « regardez comme elle a l'air bien ».

Permettre à cette maman de prendre le temps d'observer ce qui se construit entre elle et son bébé étaye leur relation et favorise une renarcissisation de Madame H sur ses capacités à être une « mère suffisamment bonne ».

Madame H nous raconte : « Charline est une petite fille très sage et attentive, mais le soir elle pleure beaucoup, et il faut que je la prenne dans les bras, que je la balade et elle se calme. ». Sur ces propos, la maman d'Erwan répond que chez elle tous les soirs c'est la même situation et que lorsqu'il est bercé il se calme.

Dans cet échange, les familles peuvent constater d'elle-même que certaines difficultés sont susceptibles de se retrouver chez d'autres familles, ce qui est alors rassurant et déculpabilisant. La psychologue revient sur ces pleurs fréquents chez les bébés le soir, il s'agit bien souvent de pleurs liés à une « décharge » et non à un mal-être : l'enfant a besoin de se « décharger » de toutes les stimulations qu'il a reçues et intégrées dans la journée. Ce qui prouve que le bébé est un être actif et interactif. Les parents doivent donc être à l'écoute des ces pleurs, et mettre des mots dessus : c'est la **transmodalité**.

❖ Lire à son tout petit

Une lectrice intervient à part entière dans ce groupe mais aussi en salle d'attente lors des consultations. Son objectif est de faire découvrir aux parents que dès la naissance il est possible de lire à son enfant. Elle commence toujours par une expérience qui ravie et étonne les parents ; elle montre deux livres à l'enfant dans son champ de vision : il va balayer des yeux les deux livres et s'arrêtera sur l'un d'eux. Le bébé est en incapacité de choisir volontairement un livre, mais pour des raisons de couleurs, de contrastes, de formes ou autre, l'un attire plus son regard. La lectrice lit alors ce livre en y mettant les intonations, et les mimiques adéquates. Elle fait ainsi remarquer aux parents la grande capacité des bébés à être attentifs et à faire un lien entre le visage de celui qui raconte et le livre.

Elle leur explique aussi que la langue écrite, structurée que l'on retrouve dans les livres favorisent les prémices du langage. Evidemment tout jeune, l'enfant ne comprend ni le sens des mots, ni le contenu de l'histoire, mais c'est un moment où il est attentif au visage du lecteur, à la prosodie de la voix : c'est un moment d'échange.

b) Et les liens d'attachement ?

❖ Des moments d'échange pour soutenir la relation

La lecture de l'histoire, la comptine ou la berceuse est un moment de partage entre enfant et parent qui permet de soutenir la création des liens d'attachements. Notamment lors des comptines ou berceuses, la mère berce naturellement son bébé. Ce bercement est rassurant : le nourrisson a une mémoire sensorimotrice, ce mouvement lui rappelle à ce qu'il vivait dans le ventre de sa mère. Lorsque le nourrisson n'était pas encore né, les bruits qu'il percevait été filtrés par le ventre de leur mère, ils étaient donc assez graves. Il est alors important d'impliquer les papas dans ces moments d'échanges, car leur voix a une fonction rassurante. De façon générale la voix humaine est contenante et apaisante, elle favorise une relation sécurisante, enveloppante et structurante.

Le contact, le mouvement et le rythme de la berceuse apaisent l'enfant, le rassure et permettent une association parent-enfant, une harmonie et ainsi une **construction de l'attachement indispensable au bon développement physique et affectif de l'enfant.**

❖ Contenir, envelopper, rassurer, porter

« Quand Charline pleure, ce qui la calme le mieux c'est de la prendre dans nos bras avec mon mari, mais ma mère me dit que si je la prends tout le temps elle va devenir une petite fille capricieuse. Que pensez vous que je dois faire » nous demande Madame H.

Avec les idées émergentes de la société actuelle mais aussi les méthodes d'éducation qui traversent les générations, les parents ont et ont toujours eu, des doutes sur la qualité de ce qu'ils donnent à leur enfant. Or personne d'autre qu'un parent ne sait mieux ce qu'il faut pour son bébé, les liens entre eux sont uniques et amènent le parent à connaître son enfant mieux que personne.

Jusqu'à environ un mois, l'enfant a besoin d'être nourri au sens propre du terme mais a aussi un besoin de **nourriture affective**. Dès sa naissance l'enfant est soumis à une multitude de stimulation : lumière, bruit, mouvement, ...etc. C'est alors dans les bras qu'il se rassure. Au départ le bébé n'a pas conscience de son corps, il est dans une totale fusion avec sa mère, être porté lui procure contenance et sensation de limite. Dans les premiers mois de la vie, répondre aux besoins affectifs du bébé n'en fera pas un capricieux, mais il deviendra au contraire un enfant sécurisé. Porter l'enfant favorise sa sécurité interne et l'établissement des liens affectifs. Quand il est en capacité de se déplacer (vers 9 mois avec le ramper), il teste les limites. À ce moment là le parent est présent pour contenir son enfant : aussi bien physiquement que psychiquement. **L'attachement est en perpétuel remaniement en lien avec le développement de l'enfant**, à chaque période de la vie les besoins évoluent et le parent doit être en capacité d'y répondre. De ce fait l'enfant sait que ses parents sont constamment présents en cas de nécessité, et ils se tissent entre eux « un fil élastique imaginaire, l'attachement » : l'enfant peut aller explorer le monde, mais à la moindre angoisse ou difficulté, il sait qu'à l'autre bout du fil son parent est présent. Porter, câliner, embrasser dans les premiers mois de la vie permet aux bébés par la suite d'aller ramper, explorer, découvrir sans crainte.

Tout naturellement, dans ces groupes, les différentes formes d'apaisement sont abordées comme les comptines, ou encore des techniques de massages, ou de portage. En effet la psychomotricienne propose aux familles de leur montrer une façon de porter le bébé : le petit bouddha. C'est un portage qui permet au bébé d'être face au monde tout en étant en sécurité contre sa mère. Le bébé est installé le dos contre le ventre de sa mère, sa tête contre la poitrine. La maman le tient avec une main sous les fesses, et une main au niveau des pieds ou du ventre. Dans cette position l'enfant est sécurisé, son axe contre le dos de sa mère comme lorsqu'il était dans le ventre : son dos contre la paroi utérine. Cette position permet à l'enfant d'être rassuré au contact de sa mère, d'observer son environnement, de communiquer avec son père. C'est une position à utiliser à bon escient qui peut favoriser les relations, le bien être de l'enfant mais il faut éviter toute sur-stimulation (notamment visuelle). À noter que la démonstration de la psychomotricienne se fait avec un poupon, les parents sont les seuls à toucher et porter leur bébé, sauf s'ils en font la demande.

L'importance du portage se retrouve dans la sécurité et l'apaisement qu'il procure au bébé, dans le soutien au lien d'attachement mais il s'agit aussi d'un facteur essentiel à son développement psychomoteur et à son individualisation. Il est essentiel dans les premiers mois de vie pour traverser les étapes du développement psychomoteur.

❖ Accompagner le développement psychomoteur de son enfant

Il ne faut pas précéder son enfant mais le suivre.

Lors de ces temps, la psychomotricienne rappelle l'importance d'accompagner un enfant dans les différentes étapes de son développement, en lui proposant des stimulations et un accompagnement nécessaires. Les différents stades d'acquisition ne sont que des fourchettes, chaque enfant à son propre rythme.

Elle guide les parents vers des jeux de mouvements, des comportements, qui vont favoriser l'émergence des étapes psychomotrices en toute sécurité et au rythme des enfants.

Julie a 5 mois, tient sa tête, commence à esquisser des gestes de préhension volontaire, c'est une petite fille très éveillée. Sa maman nous rapporte que lorsque Julie joue sur son tapis d'éveil, elle arrive à se mettre sur le ventre, mais n'arrive pas à revenir sur le dos, ce qui l'énerve rapidement. « Julie n'aime pas la position ventrale, même quand je la change elle s'agace rapidement » nous dit sa maman.

Grâce au poupon, la psychomotricienne montre à cette maman comment aider Julie à se retourner en restant constamment au contact du sol. Pour aider le bébé à se retourner vers la droite, il faut placer son bras droit dans l'axe de son corps, et replier la jambe gauche, on impulse le mouvement de sorte que le genou gauche se rapproche de la hanche gauche.

Cette manipulation impulse le mouvement à l'enfant et lui permet de l'inscrire dans sa mémoire sensorielle. Dans ces moments la psychomotricienne explique l'importance de la mise au sol de l'enfant, pour qu'il prenne conscience du contact, qu'il découvre ses possibilités tel que le retournement.

La psychomotricienne conseille aussi à la maman de se mettre au sol à plat ventre avec sa fille pour jouer, ce qui favorise aussi les interactions entre elles. La position à plat ventre amorce le déplacement de l'enfant : ramper, quatre pattes... qui lui permettent ainsi de commencer à s'éloigner et à se détacher de sa mère.

Dans cette optique d'accorder de l'importance au rythme de développement de l'enfant, des informations sur le « mettre debout » ou le youpala (trotteur) sont données. Il est souvent rappelé aux parents que l'on n'apprend pas à marcher, il ne faut donc pas mettre son enfant debout trop tôt, mais au contraire l'encourager à prendre le temps nécessaire à cette acquisition. C'est par ses propres expériences sensorimotrices que l'enfant grandit, il ne faut pas précipiter les choses, mais profiter de chaque moment en lui proposant un soutien relationnel et une « base de sécurité ».

L'intérêt étant de permettre aux parents de mieux connaître le développement de leur enfant et les besoins qui en découlent dans un but de favoriser les interactions parents-enfants. **Plus le parent prend du plaisir à être avec son enfant, à le regarder grandir, à le soutenir, plus la proximité est favorisée et la création des liens d'attachement soutenue.**

4- Le projet « Murmures et petits pas »

En ce moment même, un projet de lieu d'accueil parents-enfants pour accompagner l'arrivée du nouveau-né avant et après sa naissance est en train de se mettre en place. Ce projet de création est porté par une association qui promeut la littérature jeunesse dans une politique de prévention de l'illettrisme. Mené par l'association et la MSD (Maison de Solidarité Départementale), il entre dans une continuité d'un travail de prévention périnatale chez les bébés de moins de 6 mois. L'objectif de « Murmures et petits pas » porte sur **le soutien de l'attachement sécurisant et la mise en évidence des compétences précoces du nouveau-né** par des interventions auprès de futurs et jeunes parents de différents professionnels.

Ce lieu d'accueil repose sur 3 principes fondamentaux:

- **Le développement harmonieux du nourrisson dépend de la qualité de l'attachement enfant-parent** qui se construit dès la grossesse et traverse une étape décisive au moment de la rencontre après la naissance : la période périnatale est une période stratégique d'intervention auprès des familles.
- **La mise en évidence des compétences du bébé dès sa naissance favorise l'attachement sécurisant** et permet aux parents de soutenir son développement psychomoteur, psycho-affectif et langagier.
- **L'accompagnement d'une première rencontre parents-bébé réussie permet de poser des bases solides pour les interactions futures** notamment sur le plan éducatif.

Ce projet devrait voir le jour prochainement, et aurait lieu une fois par semaine, animé par différents professionnels, notamment la psychomotricienne. Il me paraissait important de conclure cette partie de la spécificité du psychomotricien en PMI par ce projet où la psychomotricité a une place importante et où on note l'importance des liens d'attachement et des interactions parent-enfant dans le développement harmonieux du bébé.

Place et expérience de stagiaire

A la suite de cet exposé je voudrai partager les ressentis et les questions, ainsi que tous les éléments qui m'ont permis d'accéder au statut de future professionnelle.

Notre formation est plus axée sur l'aspect rééducatif et thérapeutique de la psychomotricité que sur l'aspect préventif. Ce stage m'a permis de réaliser que si on respecte les fondements de la psychomotricité alors tous les domaines et tous les aspects de la vie peuvent trouver un écho dans notre pratique.

Au départ, ma place de stagiaire a été difficile à prendre, je trouvais cela compliqué et intrusif d'être 3 personnes (la puéricultrice, la psychomotricienne et moi-même) dans une petite pièce à accueillir les familles qui bien souvent ne se composaient que de l'enfant et de sa mère. La bienveillance de l'équipe à mon égard, la mise en confiance de la part de ma maitre de stage, et l'acceptation des familles m'ont permis petit à petit, de prendre confiance, de trouver ma place de façon à n'être ni trop effacée ni trop intrusive, ni trop près ni trop loin.

Lors des journées de consultation, la psychomotricienne, ou moi-même ne faisons pas passer des bilans à chaque enfant car il est évident que nous n'en n'avons pas le temps. Cela se réalise au grès des demandes, des suivis nécessaires ou des besoins apparents. Il faut donc accepter parfois d'être présente dans la salle sans réellement intervenir. Au départ, ce ne fut pas facile de se sentir « inutile ». Et pourtant au fil des rencontres, je me suis rendue compte qu'une simple présence bienveillante et rassurante, qu'un simple discours ou un sourire pouvaient apporter beaucoup à certaines familles.

Au cours de cette année dans ces services de PMI, la majeure partie de la population accueillie est défavorisée : situations socio-économique difficiles, violences conjugales, personnes sans papiers... J'ai aussi rencontré des mères adolescentes : *Comment réagir face à ces jeunes filles du même âge voire plus jeune que moi ? Comment être crédible en leur donnant des conseils malgré ma jeunesse et mon inexpérience de la maternité ?* Ou encore des familles pour qui une « information préoccupante » est en cours... *Comment dans ces moments là, pouvoir accueillir ces familles sans jugement ?*

Autant de questions qui m'ont permis de m'adapter à chaque situation et d'accueillir au mieux les besoins, les demandes et les questions de chaque famille. Toutes ces questions, je pense, resteront en filigrane tout au long de ma future pratique : chaque personne est différente, aucune situation ne se ressemble, il faut donc être en capacité de s'adapter à chaque situation rencontrée dans le cadre notre profession.

J'ai aussi été confrontée au barrage de la langue avec certaines familles. Il faut là aussi faire preuve d'adaptation et trouver des moyens pour arriver à communiquer et à se comprendre.

Au-delà des liens d'attachements et leurs conséquences, sur lesquels j'ai accès mon observation durant tous ces mois, j'ai réalisé à quel point la psychomotricité dans ces structures de prévention de la petite enfance à une place prépondérante. La motricité, le psychisme, le corps, la communication, les sensations, les perceptions, les représentations, tout autant de notions qui s'entrecroisent à chaque rencontre.

Durant cet apprentissage, j'ai appris à faire passer des bilans aux enfants, à entrer en relation avec eux, à prendre en compte leurs différences individuelles, leur disponibilités ou pas... J'ai aussi pu appréhender les différents discours préventifs qu'il était nécessaire d'amener aux familles, notamment concernant le youpala⁶⁵, la campagne de prévention « pas de télévision avant 3 ans », le portage, l'hyper et l'hypotonie, les stimulations adaptées... Être présente dans les groupes fut une grande richesse : le partage entre les différents professionnels, entre les familles, la complémentarité des propos, les échanges d'expériences...m'ont permis de me rendre compte de l'utilité du partage des informations mais aussi l'importance de simplement écouter ce qu'il se passe, d'être dans le moment présent et de s'ajuster.

Je me suis demandée si un accueil proposé seulement aux mères et à leur bien être en (des séances de relaxation, de massage, des temps de paroles sans leur enfant...) pourrait être pertinent. Ce n'est pas quelque chose qui proposé dans mon lieu de stage, mais qui pourrait être approprié à une prévention des interactions mère-bébé. Ceci dans l'idée qu'avant d'être bien avec les autres, il faut être bien avec soi même.

⁶⁵ Fiche de prévention en annexe

Conclusion

« À propos de la théorie de l'attachement, S LEBOVICI parlait d'une véritable révision métapsychologique des conceptions psychanalytiques classiques (1992). En effet, J.BOWLBY a remis en question la théorie freudienne des pulsions et proposé un modèle d'observation de la relation mère-jeune enfant mettant l'accent sur les dimensions de sécurité et de tendresse, d'empathie et de sensibilité dans la réponse parentale au jeune enfant [...] Dans cette perspective, une attention particulière est portée aux facteurs de la réalité environnementale risquant ou non d'entraver le développement du jeune enfant et la capacité des parents à répondre à ses besoins. »⁶⁶

J'ai retrouvé ce lien entre attachement et développement psychomoteur de l'enfant lorsque j'ai revu Eva quelques mois après notre première rencontre que j'évoque dans l'introduction.

Le suivi de la puéricultrice d'Eva et de sa maman avait lieu chaque mois, au fil du temps et des conseils prodigués, il s'est créé entre elles une véritable interaction. Eva a 7 mois lorsque je lui fais passer à un nouveau le Brunet Lezine Révisé : les résultats sont en adéquation avec son âge. Eva peut maintenant établir une relation d'attachement sécurisante avec sa maman et semble avoir pallié au retard psychomoteur qui s'installait.

Par cette situation et tout au long de ce stage, j'ai réalisé à quel point **l'attachement est un besoin essentiel qui permet à l'enfant de trouver sécurité et réconfort par un lien privilégié avec ses parents, il va ainsi aller explorer le monde, faire ses expériences, découvrir et donc se développer harmonieusement.** Cette sécurité a un impact dans les différentes sphères qui permettent à l'enfant de grandir : motrice, psychique, cognitive, émotionnelle, sociable, affective,...etc.

⁶⁶ MORALES-HUET Martine, *Apports de la théorie de l'attachement aux prises en charge précoces parent-jeune enfant*, Dossier Thématique Oned, p 109.

Afin que les parents deviennent une « base de sécurité », il est nécessaire qu'ils répondent de manière adéquate à son besoin d'attachement. Cette sensibilité des parents à répondre de manières satisfaisantes aux signaux du bébé dès la naissance, et les capacités relationnelles du nourrisson, sont nécessaires pour établir un attachement de type sécure.

L'importance de ces différentes notions est abordée aussi bien en consultation qu'en groupe dans les services de PMI. Afin de répondre à mes premiers questionnements sur la place du psychomotricien dans ces structures, je me suis rendue sur une antenne de PMI où aucune psychomotricienne n'intervenait. Cette expérience m'a permis de constater que l'équipe n'avait pas une approche globale de la famille, ne s'adressait pas directement à l'enfant, que les grandes étapes du développement psychomoteur y sont connues mais que les conseils concernant le bon développement de l'enfant manquent. L'équipe que j'ai rencontrée m'a fait part de leur réelle demande de consultation conjointe avec un psychomotricien et notamment pour étayer les liens mères-enfants.

Le psychomotricien, par sa spécificité est attentif à la relation parent-enfant, à ne pas anticiper les étapes du développement psychomoteur, à prendre en compte le rythme de chacun. La PMI est un lieu préventif et non thérapeutique, mais le psychomotricien y trouve sa place au sein d'une équipe pluridisciplinaire : il écoute, valorise les compétences de l'enfant et des parents, conseille, accompagne, rassure la famille, dépiste et oriente si besoin. **C'est ainsi que le psychomotricien favorise et soutient les interactions précoces et donc les liens d'attachement.**

Les liens d'attachement sont donc un **tremplin pour la vie** de l'enfant, essentiels à la construction harmonieuse de son développement psychomoteur. Ces liens laissent une trace toute la vie, et peuvent être réactivés à tout âge...

Bibliographie

- * **BERNABEAU Virginie**, *Prévention et psychomotricité : réflexion sur les possibilités d'intervention du psychomotricien dans le secteur de la petite enfance*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux 1995.
- * **BOWLBY John**, *Attachement et perte, Volume 1 : L'attachement*, PUF, 2006.
- * **BRAZELTON, T.Berry**, *La naissance d'une famille ou comment se tissent les liens*, Editions Stock, 1983.
- * **CADART Marie-Laure**, *L'enfant et la PMI, d'hier à aujourd'hui*, CNAF-informations sociales, 2007, n°140, p.52 à 63.
- * **CAMPAIGNOLLE Isabelle**, *Soutenir la parentalité, une expérience de psychomotricien en Protection Maternelle et Infantile*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2009.
- * **GAUBERTI Mireille**, *Mère-enfant : à corps et à vie. Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, Paris, Collection Psychothérapies Corporelles, Masson, 1993.
- * **GOLSE Bernard et al.**, *Apport de l'examen sensori-moteur dans l'évaluation du type et de la qualité de l'attachement chez le bébé*, in *La psychiatrie de l'enfant*, volume 47, PUF, 2004/1, pages 103 à 132.
- * **GRENIER Albert**, *La motricité libérée du nouveau-né, ses prolongements au quotidien pour le confort et la surveillance neurologique*, Médecine & Enfance, 2000.
- * **GUEDENEY Nicole & GUEDENEY Antoine**, *L'attachement : approche théorique, du bébé à la personne âgée*, 3ème édition, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2009.
- * **GUEDENEY Nicole & GUEDENEY Antoine**, *L'attachement : approche clinique*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2010.
- * **GUEDENEY N., BLONDIN P., MARTINS G. & ROHR M.**, *Prend racine et grandis : apport de la théorie attachement*, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 155, 2008, pages 6 à 16.
- * *Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an*, Santé et services sociaux Québec, www.msss.gouv.qc.ca.

- * **LEBOVICI Serge & STOLERU Serge**, *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste – Les interactions précoces*, Paris, Bayard, 2003.
- * **LE CAMUS Jean**, *Ton père tu découvriras pour de vrai*, in Spirale n°39, Erès, 2006, pages 12 à 20.
- * **MAZET Philippe & STOLERU Serge**, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant – développement et interactions précoces*, 3^{ème} édition, Paris, Masson, 2003.
- * **NOGUES Fabienne**, *Intérêt de l'action préventive et de dépistage précoce en psychomotricité auprès des enfants âgés de 0 à 3 ans*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux 1996.
- * **PIERREHUMBERT Blaise**, *Le premier lien : théorie de l'attachement*, Odile Jacob, 2003.
- * **POTEL Catherine**, *Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Erès, 2010.
- * **POTEL Catherine**, *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, 3^{ème} édition, Paris, Editions In Presse, 2010.
- * **PRIEUR Cécile**, *Détache-moi si tu peux : quel lien peut-on faire en la théorie de l'attachement et la psychomotricité ?*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux 2009.
- * **PRIOR Vivien & GLASSER Danya.** , *Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement*, Bruxelles, De Boeck, 2010.
- * **RAUZY Amandine**, *Comment le psychomotricien exprime-t-il sa spécificité dans un lieu d'accueil enfant-parent ?*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux 2007
- * **ROBERT-OUVRAY Suzanne**, *L'enfant tonique et sa mère*, Desclée de Brouwer, 2007.
- * **SAINT-ANTOINE Michelle**, *Les troubles de l'attachement*, in Revue professionnelle « Défi jeunesse », 2013, (www.centrejeunessedemontreal.qc.ca).
- * **SAVARD Nathalie** (coordinatrice), *La théorie de l'attachement : une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance*, document de l'Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger, 2010, (www.oned.gouv.fr).
- * **WINNICOTT Donald**, *La mère suffisamment bonne*, Paris, Bibliothèque PAYOT, 2006.

Table des matières

Introduction	4
--------------------	---

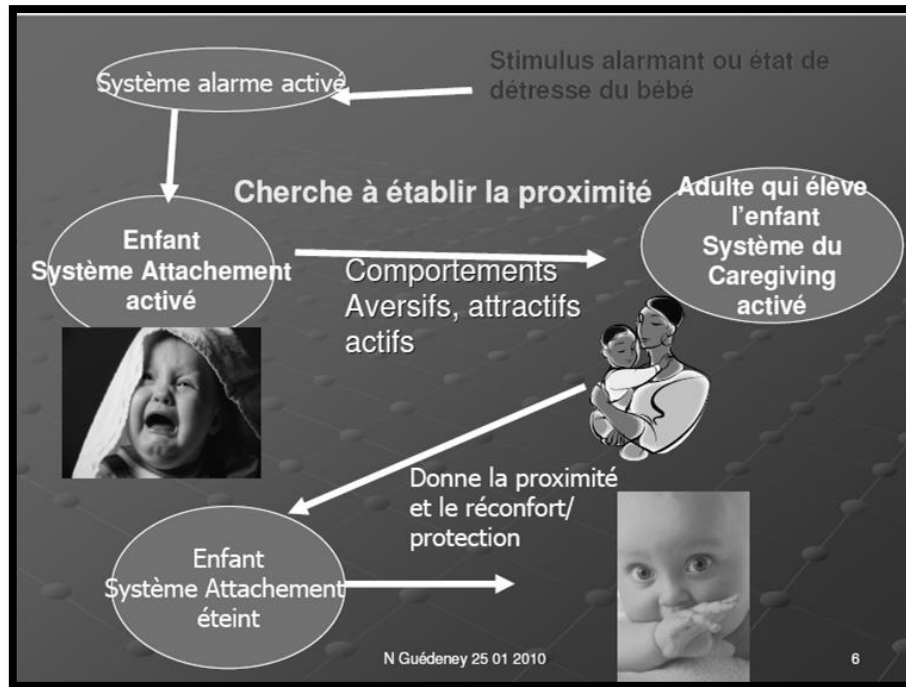
I. DE L'ATTACHEMENT A L'EXPLORATION PSYCHOMOTRICE... 7

A. Les liens d'attachement	7
1. Qu'est-ce qu'est l'attachement ?	7
a) Définition	7
b) La théorie de l'attachement	8
c) La figure d'attachement	9
d) Le comportement d'attachement	10
e) Le « Caregiving »	12
f) Les Modèles Internes Opérants (MIO).....	13
2. Les différents types d'attachement	14
a) La Situation Etrange.....	14
b) L'attachement sécure.....	15
c) L'attachement insécure-évitant	16
d) L'attachement insécure-résistant ou ambivalent	16
e) L'attachement insécure-désorganisé	17
3. Aller vers l'exploration psychomotrice	18
a) La base de sécurité, un rôle essentiel	18
b) Le système exploratoire	19
c) Les enjeux des différents types d'attachement dans l'exploration.....	20
d) Entre attachement et exploration, l'exemple de Dounia	21

B. L'enfant et son environnement : entre interaction et attachement	22
1. Les compétences du nouveau-né	22
a) Les capacités sensorielles	23
b) Les capacités motrices.....	25
e) Les états de vigilance	26
2. Les compétences parentales.....	28
a) La mère, relation dyadique avec son enfant	28
b) Le père, sa place dans l'interaction	32
3. Les interactions parent-enfant	35
a) Les interactions comportementales	35
b) Les interactions affectives	40
c) Les interactions fantasmatiques	42
d) Les interactions et l'attachement.....	43
C- Perturbations des interactions aux troubles de l'attachement	44
1. Des interactions perturbées.....	44
a) Inadaptation des réponses et signaux dans la relation.....	44
b) La prématurité	45
c) La naissance, origine de troubles chez la mère	45
2. Les troubles de l'attachement	47
a) Les troubles de l'attachement selon les classifications internationales.....	47
b) Critères alternatifs des troubles de l'attachement	50

II- REGARD SINGULIER DU PSYCHOMOTRICIEN EN PMI.....	55
A. La protection maternelle et infantile	55
1. Présentation	55
2. Ses missions	56
3. La population accueillie.....	57
4. Travail en réseau.....	58
5. Une consultation type à la PMI	60
B. La place du psychomotricien en PMI	63
1- Sa spécificité.....	63
a) Dépister : un regard psychomoteur	65
b) Accompagner, soutenir, valoriser.....	67
c) Orienter.....	69
2- La consultation conjointe, un moment de complémentarité.....	70
3- Un moment d'échange et de partage : le groupe parents-enfants.....	73
a) Etayer la relation des parents et leur bébé.....	74
b) Et les liens d'attachement ?.....	76
4- Le projet « Murmures et petits pas »	80
Place et expérience de stagiaire.....	81
Conclusion.....	83
Bibliographie.....	85
Table des matières	87
Annexes.....	90

Annexes



Source : Cours de GUEDENEY Nicole, « Attachement et petite enfance », www.clinique-transculturelle.org, 2010.

➤ Les Bilans et échelles

• Le BRUNET LEZINE REVISE

Source : Site internet « *Primum non nocere, des liens pour les médecins généralistes* », rubrique Pédiatrie, <http://mg.liens.free.fr/>

Signification des sigles :

V= couché sur le ventre.

C= Couché sur le dos.

D= Debout.

Q= Question posée aux parents.

Si aucun sigle n'est spécifié, l'enfant est assis devant la table (sur les genoux d'un parent pour les petits).

Age	Posture	Coordination	Langage	Sociabilité
2mois	V : soulève tête + épaules	Suit des yeux une personne qui bouge	Répond à la voix par immobilisation	C : Sourire réponse
	C : retient la tête droite au tiré-assis	C : suit des yeux l'anneau sur 180°	Vocalise 2 sons ou vocalises prolongées	C : S'anime quand on s'approche de lui
	C : Se retourne du côté sur le dos	Tourne la tête pour suivre un objet		
3mois	A : tient la tête droite sans osciller	Regarde le cube posé sur la table	C : vocalise en réponse à l'examineur	Q : s'anime aux préparatifs du biberon
	V : s'appuie sur ses avant-bras	C : tient fermement le hochet mis en main		Q : rit aux éclats
	C : soulève tête et épaules au tiré-assis	C : joue avec ses mains, les examine		(Q) : conscient de situations nouvelles
4mois	V : garde les jambes en extension	Regarde la pastille et la suit des yeux	Tourne la tête immédiatement pour regarder la personne qui parle	Participe à des jeux corporels (rit)
	C : mouvements dirigés vers la serviette posée sur sa tête	C : secoue et regarde le hochet mis en main	Q : exprime différemment plaisir / déplaisir, colère / cris de joie	
	A : Tient assis avec un léger soutien	Saisit un cube au contact		
5mois	C : explore ses jambes et ses genoux	Tient un cube dans sa main et regarde le 2 ^{ème}	Q : rit et vocalise en manipulant ses jouets	Sourit au miroir
	D : tenu sous les bras, stade du sauteur	Tend la main jusqu'au hochet tenu à distance	Q : montre de l'intérêt aux bruits extérieurs	Q : crie quand un proche s'éloigne
		Saisit d'une main l'anneau balancé devant lui		Différencie visages familiaux et étrangers
6mois	C : se débarrasse de la serviette	Saisit dans sa paume le cube posé sur la table	Q : fait des roulades ou vocalise 4 sons	Regarde ce que regarde l'adulte si celui-ci montre du doigt (attention conjointe)
	C : prend ses pieds dans ses mains	Tient deux cubes et regarde le 3 ^e	Réagit immédiatement à son nom	
	C : se met en position assise au tiré-assis	Saisit la pastille en ratissant		
7mois		Soulève par l'anse la tasse retournée (cube caché)		
	A : tient assis brièvement sans soutien	Saisit deux cubes, un dans chaque main	Q : attire l'attention par gestes, cris ou émissions vocales	Participe activement au jeu de coucou
	A : assis avec soutien, enlève la serviette	Cherche la cuiller tombée		(Q) : Joue à jeter ses jouets
8mois	V : se hisse / genoux, pousse avec les bras	Examine la clochette avec intérêt		
	C : porte ses pieds à la bouche			
	V : enlève la serviette posée sur sa tête	Saisit la pastille avec participation du pouce	Q : vocalise plusieurs syllabes distinctes	Manifeste quand on met un objet hors de sa portée
9mois	C : se retourne du dos sur le ventre	(Q) : joue à frapper deux objets	Q : réagit à certains mots familiers	
	A : assis sans soutien, enlève la serviette	Attire l'anneau vers lui à l'aide de la ficelle		
		Fait sonner la clochette		
9mois	V : mouvements nets de déplacement	Accepte le 3 ^{ème} cube en lâchant l'un des 2	Q : émet des syllabes redoublées	Q : comprend un interdit
	D : se tient debout avec appui	Saisit la pastille entre le pouce et l'index		Q : mange avec les doigts ou boit seul au biberon ou boit au verre maintenu
	D : soutenu sous les bras, fait des pas	Retrouve le jouet sous la serviette		
	Retire le rond de la planchette			

Age	Posture	Coordination	Langage	Sociabilité
10mois	C : se met assis seul D : debout avec appui, lève un pied et le repose D : passe d'assis à debout avec un appui	Soulève la tasse et saisit le cube caché dessous Met un cube dans la tasse ou le retire Cherche la pastille à travers le flacon Cherche le battant de la clochette	Q : Dit un mot de 2 syllabes	Regarde ce que l'adulte regarde (sans que celui-ci montre du doigt) Q : Recommence ses propres mimiques qui ont fait rire
12mois	D : contrôle le passage de debout à assis sans se laisser tomber D : fait quelques pas, tenu à une main D : Tient debout 3 secondes sans appui	Prend le 3eme cube sans lâcher les 2 autres Lâche un cube dans la tasse Remet le rond dans son trou sur la planchette Gribouille faiblement sur démonstration	Q : secoue la tête pour dire « non » Q : jargonne de manière expressive	Q : se prête activement à l'habillage par l'adulte (donne sa main ou son pied)
14mois	D : marche seul couramment (5 pas) D : monte à 4 pattes un escalier	Reproduit une tour de 2 cubes sur modèle Remplit la tasse de cubes (au moins 5) Introduit la pastille dans le flacon Place le rond dans son trou sur ordre Fait un gribouillage sur ordre	Q : utilise les onomatopées qui font office de mots pour désigner objets, animaux... Désigne 1 objet parmi 5 objets présentés	Montre du doigt ce qui l'intéresse
17mois	D : marche à reculons D : pousse du pied le ballon	Reproduit une tour de 3 cubes Tourne les pages du livre Retire la pastille du flacon Met le rond sur la planchette tournée de 180°	Q : dit 5 mots Désigne 3 objets parmi 10 présentés	Q : boit seul au verre en le tenant à 2 mains et mange seul à la cuiller Fait boire, manger ou coiffe l'adulte (2/3)
20mois	D : donne un coup de pied dans le ballon après démonstration D : court avec mouvements coordonnés	Reproduit une tour de 5 cubes Maintient la feuille de l'autre main pour dessiner Place les 3 morceaux sur la planchette	Nomme 2 ou désigne 4 images sur 6 Désigne 4 objets parmi 10 présentés Q : Fait des phrases de 2 mots (déformés)	Assoit, donne à boire et brosse la poupée sur ordre (2/3) Q : joue à faire semblant (imitation différée)
24mois	D : donne un coup de pied dans le ballon sur ordre D : se tient sur un pied avec l'aide d'une main tenue	Aligne les cubes pour copier un train de 5 cubes Imite un trait sans respect de la direction Met les 3 morceaux sur la planchette retournée	Nomme 6 images sur 15 Désigne 8 objets ou en nomme 4 parmi 10 Q : Fait des phrases de 3 mots Q : utilise son prénom quand il parle de lui	Q : lave ses mains et essaie de les essuyer
30mois	D (Q) : monte l'escalier seul en alternant les pieds (avec ou sans appui au mur) D : se tient sur un pied sans aide (2'')	Reproduit un mur fait avec 4 cubes (2 sur 2) Reproduit une tour de 8 cubes Imite un trait horizontal et un vertical	Nomme 10 images sur 15 Nomme 8 objets parmi 10 présentés Q : utilise un des pronoms « je, tu, il, elle »	Comprend 2 prépositions sur 5 proposées (dans, sur, derrière, devant, dessous) Q : enfiler seul ses chaussons ou chaussettes

• **L'échelle Alarme Détresse Bébé**

Figure 2
L'échelle alarme détresse bébé (ADBB)

Chaque item est coté de 0 à 4 :

- 0 : Pas de comportement anormal de retrait
- 1 : Comportement discrètement anormal
- 2 : Comportement anormal
- 3 : Comportement nettement anormal
- 4 : Comportement massivement anormal

L'échelle est au mieux remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations, juste après la consultation. On évalue d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher, etc.), en suivant l'évolution des réactions tout au long de l'examen. La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation. Les indications ci-dessus sont données à titre indicatif en cas d'hésitation entre deux valeurs de l'échelle.

Nom : Prénom :

Age : mois jours Date :

N° dossier : Examineur :

1. Expression du visage

Evaluation de la réduction de l'expressivité du visage

0 : Le visage est spontanément mobile, expressif, animé par de fréquents changements d'expression.

1 : Visage mobile, expressif, mais sans changements fréquents d'expression.

2 : Peu de mobilité faciale spontanée.

3 : Visage immobile, triste.

4 : Visage figé, froid, absent, ayant parfois l'air prématurément âgé.

2. Contact visuel

Evaluation de la réduction du contact visuel

0 : Contact visuel spontané facile et prolongé.

1 : Contact visuel spontané, mais bref.

2 : Contact visuel possible, mais seulement lorsqu'il est recherché.

3 : Contact visuel fugace, vague, fuyant.

4 : Refus total de contact visuel.

3. Activité corporelle

Evaluation de la réduction d'activité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts

0 : Mouvements fréquents et spontanés du torse, de la tête et des membres.

1 : Activité générale spontanée légèrement réduite, peu d'activité de la tête ou des membres.

2 : Peu ou pas d'activité spontanée, mais activité présente en réponse à la stimulation.

3 : Faible activité en réponse à la stimulation.

4 : Enfant immobile et figé, quelle que soit la stimulation.

4. Gestes d'auto-stimulation

Evaluation de la fréquence avec laquelle l'enfant joue avec son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottements répétitifs...), de façon automatique et sans plaisir, et en comparaison avec l'activité générale. Note : un seul signe significatif d'auto-stimulation est suffisant pour coter 1 ou plus.

0 : Absence d'auto-stimulation, l'activité d'auto-exploration est en rapport harmonieux avec le niveau d'activité général.

1 : Auto-stimulation fugitive.

2 : Auto-stimulation peu fréquente mais nette.

3 : Auto-stimulation fréquente.

4 : Auto-stimulation constante.

5. Vocalisations

Evaluation de la réduction des vocalisations traduisant le plaisir (gazouillis, rire, babil, lalations, cris aigus de plaisir), mais aussi le déplaisir, l'anxiété ou la douleur (cris, geignements et pleurs)

0 : Vocalisations positives spontanées fréquentes, gaies et modulées ; cris ou pleurs brefs en réponse à une sensation désagréable.

1 : Vocalisations spontanées brèves et/ou cris et pleurs fréquents, (même s'ils surviennent seulement en réponse à une stimulation).

2 : Pleurs quasi constants.

3 : Geignement, seulement en réponse à une stimulation.

4 : Aucune vocalisation.

6. Vivacité de la réaction à la stimulation

Evaluation de la réduction de la vivacité de la réaction à la stimulation, agréable ou désagréable au cours de l'examen (sourire, voix, toucher).

Note : ce n'est pas l'importance de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de réponse.

0 : Réaction adaptée, vive et rapide.

1 : Réaction légèrement retardée.

2 : Réaction nettement retardée.

3 : Réaction nettement retardée, même en réponse à une stimulation désagréable.

4 : Absence totale de réaction.

7. Relation

Evaluation de la réduction de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation avec l'observateur, l'examineur ou toute personne présente dans la pièce, excepté celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations et la réaction à la fin de la séance.

0 : La relation rapidement et nettement établie (après une éventuelle phase initiale d'anxiété).

1 : Relation identifiable, positive ou négative, mais moins marquée qu'en 0.

2 : Relation à peine marquée, positive ou négative.

3 : Doute sur l'existence d'une relation.

4 : Absence de relation identifiable à l'autre.

8. Attractivité

Evaluation de l'effort nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, ainsi que du sentiment de plaisir que procure le contact avec l'enfant

0 : L'enfant attire l'attention par ses initiatives et inspire un sentiment d'intérêt et de plaisir, sans aucune inquiétude.

1 : On s'intéresse à l'enfant, mais avec moins de plaisir qu'en 0.

2 : Sentiment neutre vis-à-vis de l'enfant, avec parfois du mal à garder son attention centrée sur lui.

3 : Sentiment de malaise et d'être maintenu à distance.

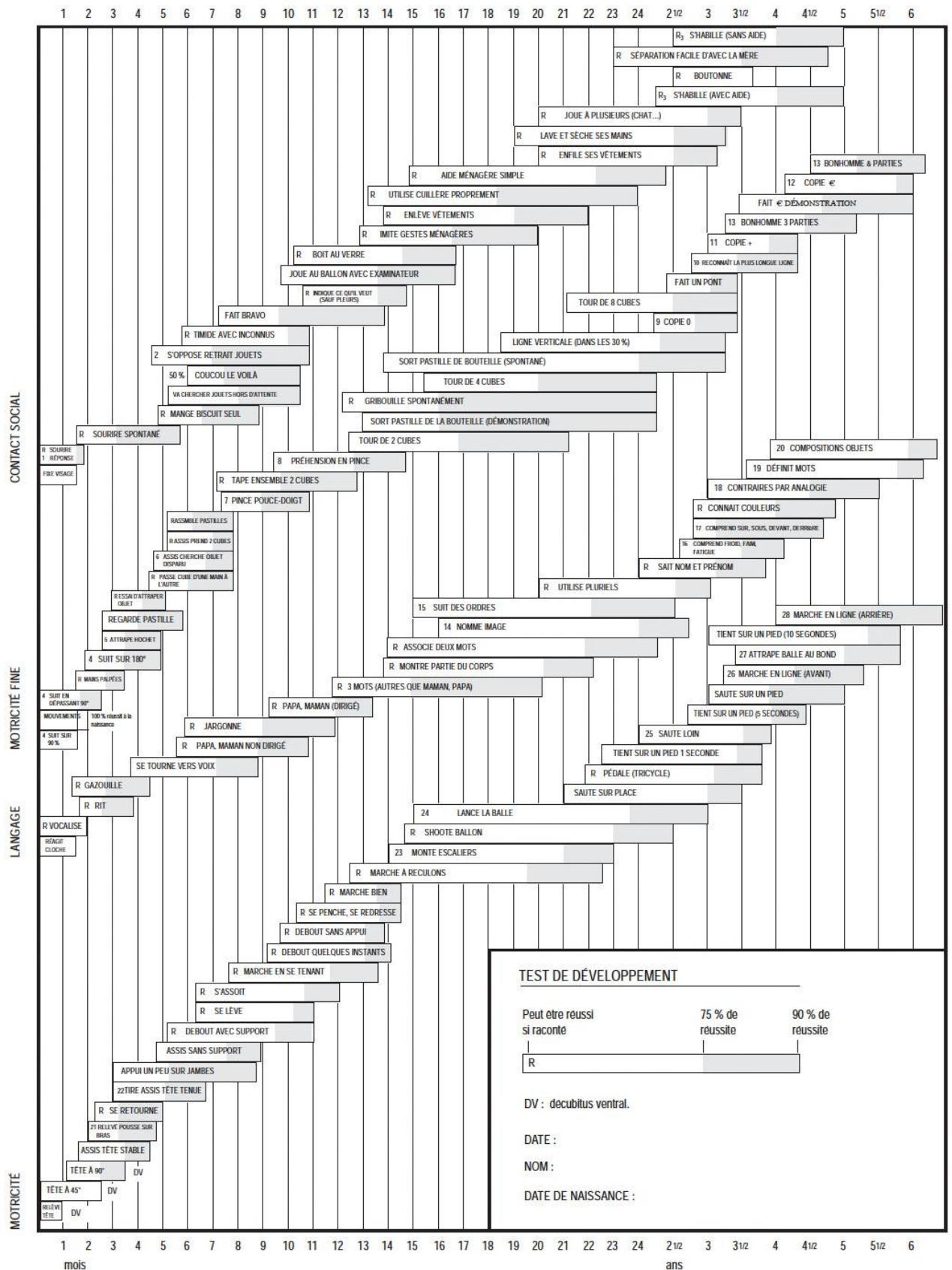
4 : Contact éprouvant, sentiment d'un enfant hors d'attente.

Total

Copyright : A. Guédénéy, 2004. L'utilisation de l'échelle suppose une formation. Son usage implique de prendre contact avec l'auteur et la communication de données utiles au développement de l'échelle : antoine.guedeney@bch.ap-hop-paris.fr ou www.adbb.net.

- **Echelle de Denver**

Source : Site internet « *Primum non nocere, des liens pour les médecins généralistes* », rubrique Pédiatrie, <http://mg.liens.free.fr/>



- **Prévention « Youpala »**

Source : Site du conseil général du Val de Marne, <http://cg94.fr/youpala>

TROTTEUR ou YOUPALA INUTILE ET DANGEREUX !

**IL NE PERMET PAS À L'ENFANT DE MARCHER PLUS TÔT.
AU CONTRAIRE, IL PRODUIT L'EFFET INVERSE !**

RISQUE DE MAUVAISE POSTURE
pour le dos et les jambes.



RISQUE DE CHUTE
dans les escaliers ou sur un obstacle pouvant occasionner un traumatisme crânien.

C'est une source de danger inutile pour l'enfant qui est mis debout et maintenu en équilibre de manière artificielle. Il risque de marcher sur la pointe des pieds et est empêché de trouver son équilibre.

C'EST EN LAISSANT L'ENFANT ÉVOLUER AU SOL QU'IL APPRENDRA À MARCHER !

cg94.fr/youpala

C'EST AU SOL QUE L'ENFANT PRÉPARE LA MARCHÉ ET SON DÉVELOPPEMENT MOTEUR.



S'ALLONGER AU SOL



SE METTRE SUR LE CÔTÉ



SE SOULEVER



SE METTRE À 4 PATTES



SE REDRESSER



SE METTRE À GENOUX



SE TENIR DEBOUT

RIEN NE SERT DE BRÛLER LES ÉTAPES : C'EST EN LAISSANT L'ENFANT LES FRANCHIR L'UNE APRÈS L'AUTRE, À SON RYTHME, QU'IL PROGRESSERA.

LA QUALITÉ DE CET ÉQUILIBRE ET DE SES APPUIS LUI SERVIRONT TOUTE SA VIE.

cg94.fr/youpala



