

La précarité au cœur de la parentalité et de l'intégration psychomotrice de l'enfant : quel accompagnement en psychomotricité ?

Justine Dayde

▶ **To cite this version:**

Justine Dayde. La précarité au cœur de la parentalité et de l'intégration psychomotrice de l'enfant : quel accompagnement en psychomotricité ?. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01189026

HAL Id: dumas-01189026

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01189026

Submitted on 1 Sep 2015

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 PIERRE ET MARIE CURIE - PARIS VI

Faculté de médecine Pitié Salpêtrière

Institut de Formation en Psychomotricité

La précarité au cœur de la parentalité et de l'intégration psychomotrice de l'enfant

Quel accompagnement en psychomotricité ?



Mémoire présenté par

DAYDE Justine

En vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien

Maitre de mémoire:

Anne GATECEL

Cécile PAVOT-LEMOINE

Session de:

Juin 2015

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Madame Gatecel et Madame Pavot-Lemoine, pour leur disponibilité, leurs conseils et leur aide dans l'élaboration de ce mémoire.

Un Grand merci à Cécile Laffont, pour toutes ces relectures, ces encouragements durant cette longue année.

Je remercie l'ensemble de mes maîtres de stage: Mme Lunet claudine, Mme Ricart Pauline, Mme Peyras Virginie, Mme Austry Michèle, Mme Faus Emmanuelle, Mme Bruandet Fanny, Mme Grimaud Aurélie, Mme Gatecel Anne et Mme Pavot-Lemoine Cécile; ainsi que tous les patients rencontrés depuis le début de ma formation.

Merci également à l'équipe de la PMI et du CMPP pour l'accueil et l'écoute durant l'année.

Merci au service de documentation de Bobigny pour les nombreuses recherches et pour l'attention portée à mon sujet.

Merci également à mes parents, ma sœur et mes proches pour leur soutien permanent durant ces trois années.

Merci particulièrement à Jérémy pour sa patience et son soutien depuis l'autre bout de la France.

Je voudrais remercier également tous mes amis sudistes pour leur soutien durant ces trois années.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS 2

INTRODUCTION 9

PRESENTATION 11

CLINIQUE 11

1. Présentation des institutions 12

1.1. La Protection Maternelle et infantile 12

1.1.1. Historique des centres de PMI 12

1.1.2. Les missions de la PMI 13

1.1.3. La structure 14

1.1.3.1. Le contexte socio-culturel 14

1.1.3.2. Les locaux 14

1.1.3.3. La salle de psychomotricité 15

1.1.4. La place de la psychomotricité en PMI 15

1.1.5. Ma place de stagiaire 17

1.2. Présentation du Centre Médico Psycho-Pédagogique (CMPP) 17

1.2.1. Historique du CMPP 18

1.2.2. Le personnel 18

1.2.3. Les missions du CMPP 18

1.2.4. La place de la psychomotricité au CMPP 19

1.2.5. L'espace de la salle de psychomotricité 20

1.2.6. Ma place de stagiaire 21

2. Présentation des enfants..... 21

2.1. Kalil..... 21

2.2. Tiréou..... 24

2.3. Hichem..... 26

2.3.1. L'anamnèse..... 26

2.3.2. Le motif de consultation..... 26

2.3.3. La situation familiale..... 27

2.3.4. L'objectif du suivi..... 27

2.3.5. L'accompagnement d'Hichem durant l'année..... 27

2.3.5.1. En psychomotricité..... 27

2.3.5.2. Au niveau familial..... 28

THEORIE 30

1. La précarité 31

1.1. Définition..... 31

1.2 Les différentes formes de précarité..... 32

1.2.1. La précarité du travail..... 32

1.2.2. La précarité économique..... 32

1.2.3. La précarité administrative..... 33

1.2.4. La précarité du logement..... 33

1.2.5. La précarité sociale..... 34

1.2.6. La précarité familiale..... 34

1.2.7. La précarité psychologique..... 35

1.3. L'accès aux soins..... 35

2. La parentalité 36

2.1. Définition..... 36

2.2. Construction d'une notion: la parentalité 37

2.3. Le processus de parentalité 38

2.3.1. Les interactions comportementales 38

2.3.2. Les interactions affectives 39

2.3.3. Les interactions fantasmatiques 39

2.3.4. Les interactions corporelles 40

2.4. Les trois dimensions de la parentalité 40

2.4.1. L'exercice de la parentalité 40

2.4.2. L'expérience subjective de la parentalité 41

2.4.3. La pratique de la parentalité 41

2.5. Les facteurs en jeu dans la parentalité 42

2.5.1. L'état somatique du bébé 42

2.5.2. La santé de la mère et du père et leurs vulnérabilités 42

2.5.3. La disponibilité et la sécurité affective de la mère 42

2.5.4. La présence du père 43

2.5.5. Les facteurs socio-anthropologiques 43

2.6. Les autres formes de parentalité 44

DISCUSSION 45

1. La notion de spirale pathogène 47

1.1. Le développement psychomoteur de Tiréou 48

2. La construction identitaire 50

2.1. L'identité 50

2.2. Le narcissisme psychomoteur 51

2.3. Image du corps, image inconsciente: une identité en construction 52

2.4. De l'identité à la fonction parentale 53

2.5. Les conséquences de la précarité 55

2.5.1. Sur l'identité de l'enfant au travers du parent 55

2.5.2. Sur la fonction parentale 56

2.5.3. Sur l'image du corps 58

2.5.3.1. Du côté de l'enfant 58

2.5.3.2. Du côté des parents 58

3. Le dispositif thérapeutique en psychomotricité 59

3.1. Un espace 59

3.2. Un cadre thérapeutique 60

3.3. Le psychomotricien en relation 61

3.3.1. Grâce à son engagement corporel 61

3.3.2. Grâce à son ajustement 62

3.4. L'alliance thérapeutique 64

3.5. Une contenance corporelle grâce au dispositif thérapeutique 65

4. Le rôle du psychomotricien 66

4.1. Les différents champs d'action du psychomotricien 66

4.1.1. La prévention psychomotrice 67

4.1.2. L'éducation psychomotrice 67

4.1.3. Les thérapies psychomotrices 68

4.2. Deux propositions de dispositifs thérapeutiques pour soutenir la parentalité 69

4.2.1. Distinction entre guidance et soutien à la parentalité 69

4.2.2. Les dispositifs thérapeutiques 70
4.2.2.1. Le travail en PMI 70
4.2.2.2. Le travail en CMPP 71

4.3. Les difficultés et les limites de l'accompagnement en psychomotricité 72
4.3.1. La continuité/ La discontinuité 72
4.3.2. La régularité/ L'irrégularité 73

CONCLUSION 75

BIBLIOGRAPHIE 77

« L’enfant pauvre naît aujourd’hui dans des conditions qui ne sont guère différentes de celles d’hier. Elles sont pourtant plus tragiques, parce que le monde alentour a changé. Il faut se mettre devant cette réalité qui nous engage. L’enfant en milieu de grande pauvreté, de quoi est-il l’aboutissement, de quoi est-il le signe, à quoi nous engage-t-il ? Il ne peut être question de juger les parents. Il est question de les engager en nous engageant nous-mêmes. Parce que c’est nous qui sommes responsables. »

Joseph Wresinski, fondateur d’ATD Quart monde, avril 1967, Écrits et Paroles, tome 2

INTRODUCTION

Actuellement, nous constatons en France une augmentation importante du nombre de personnes et de familles en situation de précarité. Les causes sont multiples et les conséquences sont nombreuses.

Durant mes trois ans de formation en psychomotricité, j'ai eu la possibilité de réaliser plusieurs stages auprès de populations différentes par leurs pathologies et leurs âges.
De la psychiatrie adulte en passant par la gériatrie et sans oublier le polyhandicap, tous ces stages m'ont apporté autant de connaissances théoriques que de connaissances cliniques. C'est à partir de ma troisième année où j'ai souhaité axer mes observations cliniques et approfondir la théorie auprès des enfants.

C'est particulièrement dans l'accompagnement préventif de l'enfant en bas âge mas aussi dans le soutien à la parentalité dans un contexte de précarité que j'ai souhaité diriger mon travail de fin d'étude.

Ce sujet de mémoire s'est construit avec les différentes rencontres lors de mes deux stages. La fragilité des familles sur les plans administratifs, sociaux, psychologiques, familiaux m'ont fait prendre conscience du réel enjeu de soutenir la parentalité.

C'est ainsi que je me suis demandée, en quoi la précarité peut-elle influencer la construction de la parentalité et l'intégration psychomotrice de l'enfant ? Et comment le psychomotricien peut-il remédier à cela ?

Par la suite, j'ai élaboré quatre problématiques plus précises, autour desquelles j'ai choisi de développer mon mémoire.
-Dans un contexte de précarité, en quoi la parentalité peut -être mise à mal?
-Comment le contexte de précarité (administrative, sociale, économique, liée au logement, à l'emploi...) peut-il impacter l'identité parentale; la construction de la parentalité et le lien parents-enfants?
-Dans un contexte de précarité où le parent présente des difficultés dans sa fonction, dans quelle mesure le développement de l'enfant peut-il être impacté?
-Enfin, quels dispositifs thérapeutiques le psychomotricien peut-il utiliser pour intervenir dans le soutien à la parentalité?

Pour tenter de répondre à ces quatre hypothèses, ce mémoire s'organise en trois grandes parties.

Tout d'abord, nous décrirons le contexte avec une présentation des deux institutions et des trois enfants que j'ai rencontré au cours de mon année.

Dans un deuxième temps, nous développerons des éléments plus théoriques. Nous commencerons par aborder la précarité de façon générale puis en décrivant les différentes formes pouvant exister, nous parlerons de l'accès aux soins dans un contexte de précarité.

Nous traiterons, ensuite, de la parentalité dans sa construction, dans son processus, des trois dimensions qui s'engagent dans la parentalité, des facteurs qui sont en jeu et pour finir des différentes formes de parentalité qui existent.

Enfin, nous discuterons autour de trois points en lien avec notre sujet. Ainsi, il s'agira d'aborder la notion de spirale pathogène appuyée par la présentation du développement psychomoteur d'un des trois enfants choisis.

Puis, nous étudierons le lien entre la construction identitaire et la fonction parentale.

Parallèlement nous nous pencherons sur le cadre thérapeutique en psychomotricité pour permettre le soutien à la parentalité.

Pour conclure, nous parlerons du rôle du psychomotricien dans sa fonction, dans ses dispositifs thérapeutiques et nous aborderons les limites de son accompagnement.

PRESENTATION CLINIQUE

1. PRESENTATION DES INSTITUTIONS

1.1. La Protection Maternelle et infantile

La première structure dans laquelle je suis en stage est la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Le centre est géré par le Conseil général du département de Seine Saint Denis.

La structure accueille les enfants de 0 à 6 ans, les familles et les femmes enceintes.

1.1.1. Historique des centres de PMI

Le 2 novembre 1945, par l'ordonnance n°45-2720, les services de PMI sont créés. Nous sommes à la fin de la seconde guerre mondiale et la mortalité infantile est très élevée en France. Plusieurs causes sont à l'origine de cette problématique : une mauvaise alimentation, une surveillance médicale des femmes enceintes insuffisante et une hygiène précaire à l'origine d'infections fréquentes et de maladies contagieuses.

L'ordonnance de 1945 précise l'organisation, les missions et les compétences des nouveaux services de PMI qui doivent assurer la protection des mères et des enfants de moins de 6 ans. Cette nouvelle politique de santé s'appuie sur une action conjuguée de médecins et d'assistantes sociales reposant sur la mise en place de consultations prénatales et post-natales gratuites, sur la surveillance médicale des enfants jusqu'à 6 ans, sur l'éducation des mères et l'utilisation du carnet de santé.

Il faut attendre le décret n°62-840 du 19 juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile, pour que le service de PMI puisse devenir une structure départementale gérée par la Direction Départementale et l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS).

Progressivement et accompagnés par les textes de lois, les services de PMI vont lutter contre la mortalité périnatale mais aussi développer le dépistage et la prévention des handicaps psychiques, moteurs et sensoriels. De plus, dans les années 70, les découvertes pédiatriques et les réflexions psychanalytiques autour du bébé interpellent les représentations parentales.

Dans ce contexte, les lois de décentralisation n°82-213 du 2 mars 1982 et n°86-17 du 6 janvier 1986 attribuent au conseil général une compétence de

principe pour les affaires départementales et transfèrent aux conseils généraux l'organisation et les missions des services de PMI.

Aujourd'hui, les missions de la PMI sont définies par un ensemble de lois provenant du code de la santé publique. Nous soulignerons la loi de 2007, qui précise l'importance de la protection et la promotion de la santé maternelle et infantile.

1.1.2. Les missions de la PMI

Les missions et obligations des services de la PMI sont nombreuses.
Tout d'abord, ils réalisent des consultations médicales et des actions de prévention médico-sociales en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans.
Ensuite, ils établissent des bilans de santé. De plus, ils ont un rôle dans la planification et l'éducation familiale ainsi que dans le suivi médico-social des familles en période pré et post-natale.
Ils ont également la possibilité de proposer des rencontres à domicile, d'effectuer un recueil et un traitement des informations épidémiologiques et de donner des messages de prévention auprès des couples.
Les services de PMI prévoient également un contrôle des assistantes maternelles ainsi que de leurs agréments et les suivent aussi dans leur formation et leur travail auprès des enfants.
Enfin, ils contrôlent les établissements d'accueil des enfants de moins de 6 ans et participent à la mise en place d'actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou à risque.

La PMI se doit de " contribuer également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociales [...] aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. La PMI oriente au cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées."[1].

Dans les services de PMI, le travail doit être multidisciplinaire. Par conséquent des sages-femmes, des infirmières puéricultrices de PMI, des psychologues, des conseillères conjugales, des travailleurs familiaux, des éducateurs de jeunes enfants, des auxiliaires de puériculture et de plus en plus de psychomotriciennes interviennent.

[1] L2112-2 du code de la santé publique

Les consultations en PMI sont déterminées en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population. Il faut tenir compte prioritairement des spécificités sociodémographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés.

Aujourd'hui, "le service de PMI est un service public, territorialisé, accessible sans aucune condition, gratuit et mis en place par les conseils généraux."[2]

Les centres de PMI "offrent un service de proximité où les parents peuvent trouver l'occasion de se relier entre eux, et de se familiariser avec leur nouvelle fonction de parent."[3]Ce sont des structures de proximité où les usagers viennent chercher du soin de qualité mais également un lieu d'accueil. Les divers professionnels sont là pour écouter, échanger, répondre aux questionnements et aux angoisses des parents, des jeunes couples, des familles et des femmes enceintes. Cet accompagnement qui se déroule parfois lors d'un temps informel peut amener à tisser une parentalité en "panne". En effet, ce soutien à la parentalité peut être très précieux lorsque les situations familiales, la migration, la situation linguistique, conjugale, sociale ou administrative, l'éloignement familial a créé un isolement et progressivement une précarisation de l'histoire familiale et parentale.

1.1.3. La structure

1.1.3.1. Le contexte socio-culturel

Je réalise mon stage dans un centre de PMI situé dans la région de Seine Saint Denis. Ce centre se trouve au cœur du quartier où résident des personnes de différentes nationalités, religions et cultures.
Le personnel de la PMI s'adapte avec aisance à chaque nouvel usager. En effet, le respect et la prise en considération de la différence est une des conditions pour apporter une qualité de soin.

1.1.3.2. Les locaux

Le centre de PMI dispose d'une grande salle d'attente faisant référence à une salle de jeux. C'est un lieu de rencontre privilégié où circulent

[2] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf, plan périnatalité 2005-2007,P 23
[3] Ibid, P 21

professionnels, parents, et enfants. Des espaces pour dessiner au sol, ou encore pour jouer sont proposés. La salle d'attente occupe une place centrale dans la structure.

La salle de repas se trouve à côté de la salle d'attente. Tous les professionnels s'y rassemblent à l'heure du déjeuner. Elle constitue un lieu favorisant les échanges.

La salle de psychomotricité se situe à côté du hall d'entrée. Elle occupe une place à part, en décalage avec le reste du bâtiment.

1.1.3.3. La salle de psychomotricité

L'espace de la salle est pensé dans l'intérêt des familles faisant partie intégrante du dispositif thérapeutique. Un grand canapé rouge est mis à disposition des parents. Pour les petits un tapis au sol peut être installé. A côté du canapé, il y a un grand placard renfermant plusieurs jeux tels que des perles, des puzzles, des encastrements, des hochets, des jeux de sériations et de catégorisations. Dans ce placard se trouve également différents modules utilisés pour explorer les différents niveaux d'évolution motrice. Plus loin, deux grandes malles rassemblent différents matériaux pour la motricité globale: cerceaux, ballons, quilles. De plus, un robinet à hauteur d'enfant est installé avec en hauteur un miroir pour se regarder. Des instruments de musiques sont aussi rangés dans un autre placard.

Le bureau de la psychomotricienne se trouve à côté d'un grand tableau Velléda à hauteur d'enfant et d'une petite table utilisée pour l'ensemble des activités graphiques: dessin, coloriage et écriture.

1.1.4. La place de la psychomotricité en PMI

En psychomotricité, "il y a deux notions fondamentales: le corps (soma) et la psyché. Deux notions pour un seul être, un être unifié. La personne dans la globalité a toujours été une notion de pivot, un point d'appui initial. Considérer le patient dans ses deux dimensions a toujours constitué l'axe fondateur d'une démarche psychomotrice." [4]

[4] Potel. C, 2010

De plus en plus de postes sont créés pour les psychomotriciens dans les centres de PMI. Les modalités de l'approche psychomotrice en PMI sont multiples et les pathologies observées sont très variées.

L'accompagnement premier se fait dans un cadre de prévention précoce. Le psychomotricien peut donner des conseils sur le portage, sur des activités pouvant être proposées à l'enfant, sur les postures qui doivent être évitées (par exemple: mettre assis un enfant qui ne sait pas s'y mettre tout seul, ou laisser un enfant trop longtemps dans un landau). Cet accompagnement implique également des apports théoriques et pratiques concernant le développement psychomoteur de l'enfant. L'accompagnement peut également être variable en temps. Il peut être de courte durée ou bien correspondre à un suivi plus long dans le cadre d'un soutien à la parentalité, d'un ajustement relationnel où la continuité fait partie intégrante du travail thérapeutique.

Dans le cadre des consultations, l'évaluation et l'orientation des enfants ainsi que l'aide au diagnostic et le suivi font également partie intégrantes des fonctions du psychomotricien.

Avant de réaliser l'évaluation psychomotrice, un entretien avec la famille est primordial afin de se renseigner sur les antécédents médicaux, familiaux, les conditions de vie et de logement de la famille. L'évaluation neuro-psychomotrice du nourrisson ou l'observation par le jeu spontané du jeune enfant en passant également par des outils de bilan spécifiques et standardisés permettent d'objectiver les difficultés et les capacités de l'enfant. Ces outils nous permettent d'obtenir un profil psychomoteur. Il est également important de porter attention aux interactions qui ont lieu au cours de la rencontre entre le parent et l'enfant.

De nombreux centres d'accueil spécialisés dans l'accompagnement des jeunes enfants aux pathologies diverses existent. Or, un réel manque de place est à l'origine de la mise en place d'un suivi en psychomotricité au centre de PMI. Ainsi les centres de PMI ne sont pas des lieux spécialisés pour un accompagnement à long terme, il est parfois nécessaire de prendre en charge certains enfants le plus précocement possible. Le suivi en psychomotricité sefait très souvent en présence des parents dans la salle de psychomotricité. Lorsque les enfants présentent un handicap ou une pathologie, les prises en charge tendent à soutenir l'annonce du handicap et "à prévenir du sur-handicap".

La psychomotricienne réalise des suivis pour des enfants présentant par exemple un retard dans les acquisitions motrices, des troubles de la

communication, des troubles toniques, etc. Depuis peu, elle reçoit également de nombreux enfants souffrant de troubles du spectre autistique (TSA).
La psychomotricienne peut également être sollicitée pour former d'autres professionnels (assistante maternelle, auxiliaire de puériculture) afin de leur apporter un éclairage concernant le développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant. De plus, elle est amenée à intervenir en crèche pour réaliser une observation sur le développement d'un enfant en particulier ou pour réaménager les espaces.

1.1.5. Ma place de stagiaire

J'ai effectué mon stage à la PMI le jeudi avec une alternance toutes les semaines entre une journée complète et une demi-journée. Ma maitre de stage m'a présenté à toute l'équipe ainsi qu'aux parents et aux enfants.

J'ai eu l'opportunité de pouvoir être présente à toutes les prises en charge. J'ai participé activement à tous les accompagnements dès la première séance. En revanche, lors des premières rencontres entre la famille et la psychomotricienne j'adoptais plutôt une posture d'observatrice. En effet, mon travail consistait à regarder comment procédait ma maitre de stage dans la conduite de l'entretien, dans la réalisation des bilans spécifiques aux nourrissons et aussi dans les différents conseils pouvant être apportés aux parents.
Au cours de l'année, j'ai également réalisé plusieurs accompagnements seule ainsi que des passations de bilans et des comptes rendus écrits. La psychomotricienne m'a offert un espace dans lequel j'ai pu prendre de nombreuses initiatives.

1.2. Présentation du Centre Médico Psycho-Pédagogique (CMPP)

La deuxième structure dans laquelle je suis en stage est un Centre Médico -Psycho-Pédagogique (CMPP). Le centre était géré jusqu'en décembre 2014 par la mairie et depuis janvier 2015 il est géré par une association faisant partie de la convention collective de 1966.

1.2.1. Historique du CMPP

Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (C.M.P.P) ont été fondés par le décret 63-146 du 18 février 1963 par l'annexe 32 qui indique les conditions techniques d'agrément des C.M.P.P et qui stipule entre autre que « les centres médico-psycho-pédagogiques pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux dont l'inadaptation est liée à des troubles neuro-psychiques ou à des troubles du comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapique ou psycho-pédagogique sous autorité médicale. »[5]

Le CMPP relève actuellement de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale avec la collaboration de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il se trouve conjointement relié au code de l'action sociale et des familles, aux droits des usagers et à la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

1.2.2. Le personnel

Le diagnostic et le traitement sont effectués en ambulatoire. L' équipe de professionnels se compose généralement de pédopsychiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, assistante de service sociale et secrétaires qui travaillent en collaboration afin d'accompagner au mieux un projet élaboré pour un enfant et sa famille, sous la responsabilité du médecin directeur.

1.2.3. Les missions du CMPP

Le CMPP est un lieu de consultation et de soins agréé pour les enfants et adolescents de la naissance à 20 ans. Ils sont accueillis avec leurs parents lorsqu'ils rencontrent des difficultés dans leur développement, dans les apprentissages ou dans les relations avec l'entourage pouvant être sources de souffrance ou d'inquiétude pour lui-même et sa famille. Les soins sont pris en charge à 100% par les caisses de sécurité sociale et la mutuelle ce qui dispense de l'avancée des frais.

[5] http://www.fdcmpp.fr

Le CMPP a pour mission de réadapter l'enfant ou l'adolescent dans son environnement familial, scolaire, professionnel et social. "Le traitement comprend une action sur la famille qui peut recevoir au centre toutes les indications nécessaires à la réadaptation de l'enfant et éventuellement toutes les thérapeutiques lorsque, dans l'intérêt de l'enfant, elles ne peuvent être dispensées ailleurs."[6]

Les missions du CMPP sont de regrouper les professionnels, dont les missions sont la prévention et le traitement des troubles psychiques ou du développement qu'elles qu'en soient les manifestations somatiques, des enfants, des adolescents.

Au CMPP, un premier entretien a lieu avec l'enfant et sa famille. Ensuite, il y a six séances de bilan qui sont proposées au patient et qui sont prépayées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Les bilans sont répartis selon les différents professionnels et selon les besoins de l'enfant. Puis, une synthèse en équipe est mise en place afin que les professionnels puissent discuter du meilleur accompagnement possible pour cet enfant. Enfin, une restitution est faite par le médecin directeur aux parents et à l'enfant afin de les informer des orientations thérapeutiques envisagées.

Par ailleurs, le travail avec la famille peut se poursuivre tout le long de l'accompagnement de l'enfant avec un psychiatre ou un psychologue. Bien entendu l'assiduité aux séances est un élément essentiel au bon déroulement de la prise en charge.

Il faut également promouvoir la création de nouvelles antennes de CMPP pour répondre au principe d'égalité d'accès aux soins avec une qualité équivalente sur l'ensemble du territoire national. Il faut aussi développer une réflexion entre les professionnels sur les pratiques thérapeutiques et sociales afin d'en tirer des conséquences concernant l'adaptation des dispositifs d'interventions. Cela est en partie assuré par la formation et le perfectionnement des professionnels aux moyens des colloques, des formations, des séminaires...

1.2.4. La place de la psychomotricité au CMPP

La psychomotricienne travaille deux journées deux journées par semaine au CMPP. Elle est présente le mercredi et le vendredi.

[6] Livret d'accueil du CMPP

La psychomotricienne a principalement pour rôle de réaliser des évaluations psychomotrices auprès d'enfants ou d'adolescents. A la suite de ces bilans, un retour est fait en équipe. Une restitution est ensuite faite aux parents et aux enfants afin de mettre en accord le projet thérapeutique pour l'enfant.
Les séances ont lieu toutes les semaines pendant 30 minutes, elles se font très rarement avec les parents seulement au début des prises en charge pour des enfants en bas âge.

Les principaux troubles psychomoteurs que nous pouvons retrouver dans le cadre du CMPP sont des troubles développementaux, moteurs, de langage (écrit et oral), des troubles de la personnalité, du comportement, des troubles relationnels et des difficultés dans les apprentissages scolaires.

1.2.5. L'espace de la salle de psychomotricité

La salle de psychomotricité est située au rez-de-chaussée du CMPP. Elle se trouve en face de la salle d'attente et à côté du bureau des secrétaires.

Face à l'entrée de la salle se trouve le bureau de la psychomotricienne, avec en arrière fond un grand placard contenant les instruments de musique, des crayons, des feutres et des feuilles pour dessiner ou peindre. Dés que nous rentrons sur la gauche, des briques de différentes tailles et couleurs sont entreposées le long du mur. Plusieurs caisses et bacs sont présents dans la salle et contiennent des tissus, des balles de différentes tailles, textures et couleurs, des marionnettes, des kaplas, un château, des échasses mais aussi des cerceaux et des cordes. Sur une étagère se trouvent des jeux de société, de la dinette, des billes et des figurines. Un miroir est également fixé au mur. Il y a aussi une grande armoire qui renferme un lavabo, des déguisements, un jeu de bowling, des voitures, des puzzles et des jeux de raquettes. La pièce contient également plusieurs structures modulables pour faire un parcours avec des escaliers, plusieurs tapis, un tunnel, un tonneau et deux physio-bals. Un banc de couleur est aussi présent pour s'assoir avec des coussins. Un tableau Velléda est accroché au mur. Et pour finir, il y a une armoire fermée où sont entreposées la peinture et la patte à modeler.

Dans cette salle, plusieurs espaces sont pensés. Il y a des objets qui sont visibles et d'autres non et il y a du matériel que nous pouvons toucher et d'autre

non. Les espaces sont délimités avec un espace de jeu symbolique, un espace créatif, un espace de construction et un espace moteur.

1.2.6. Ma place de stagiaire

J'ai effectué mon stage au CMPP, tous les mercredis. J'ai eu l'opportunité de faire ce stage avec une autre étudiante de troisième année. Le travail en co-thérapie a été pour moi un important enrichissement sur le plan professionnel. En effet, les nombreux échanges sur les patients mais aussi sur les différentes activités pouvant être proposées m'ont permis d'étayer mon regard et par conséquent de faire évoluer ma posture de future professionnelle. De plus, ma maitre de stage a accueilli six étudiantes étrangères dans le cadre d'ERASMUS durant les deux semestres universitaires. Ceci m'a également fait découvrir le métier de psychomotricien au niveau Européen. Les nombreux échanges ont enrichi ma pratique ainsi que ma vision sur le métier.

Ce stage nous a permis de réaliser toutes les prises en charge à deux. Nous avions 16 prises en charges avec une moyenne de 32 enfants dans la journée. Le dispositif thérapeutique choisi par ma maitre de stage se base sur le jeu spontané. Notre rôle étant de structurer l'enfant dans son jeu avec les autres pour principalement travailler sur le jeu partagé.

Lors des vacances scolaires des temps étaient réservés pour la réalisation de bilans psychomoteurs auprès d'enfants en attente de prise en charge. Les entretiens étaient réalisés par ma maitre de stage et nous avions donc une posture d'observatrice. Puis, nous réalisions les bilans et les comptes rendus seules. Nous n'avons jamais assisté aux restitutions en équipe qui avaient lieu le vendredi.

2. PRESENTATION DES ENFANTS

2.1. Kalil

Kalil est né à terme le 11 novembre 2014, il vient à la PMI pour une première consultation en psychomotricité en Janvier 2015. Il est accompagné de sa mère, âgée de 20 ans et originaire du Mali. La séparation avec le père de Kalil a eu lieu au début de la grossesse. Ils étaient mariés religieusement.

La mère s'est faite hospitaliser à deux reprises au cours de sa grossesse pour un risque d'accouchement précoce. Elle décrit sa grossesse comme "difficile physiquement". Plus tard au cours de la consultation, elle dira que la grossesse l'a angoissée.
Lors de l'accouchement, le père est venu voir son fils, il voulait qu'il porte son nom. La maman a refusé, du fait de son absence lors de sa grossesse. Ultérieurement, la jeune femme découvrira par surprise que l'enfant avait été déclaré deux fois à la mairie; le père étant lui aussi allé déclarer son fils.
De plus, la maman évoque deux épisodes de violence envers elle par son conjoint au cours de sa grossesse. Lors du premier, la mère a minimisé le danger pour elle et pour son enfant. Sa famille lui a déconseillé de partir du foyer familial car elle devait penser à son enfant. Par conséquent, la mère est repartie avec son compagnon. Or, un nouvel épisode de violence est apparu ce qui a décidé la maman à quitter le logement conjugal afin de retourner habiter chez sa propre mère.

Cette jeune maman travaillait en tant qu'agent de caisse avant sa grossesse. Désormais elle est en congé parental et ne souhaite pas retrouver du travail pour l'instant. Elle vit avec sa mère et ses 4 frères et sœurs. Elle explique que la relation est compliquée avec la grand-mère de Kalil; elle souhaiterait trouver un logement pour elle et son fils.

La demande de consultation en psychomotricité est proposée à cause d' une hypertonie globale constatée par le pédiatre. Le bilan aura pour but d'écarter une immaturité ou des troubles neurologiques, un trouble digestif ou un problème au niveau de l'accordage mère-enfant et par conséquent des difficultés dans un dialogue tonico- émotionnel.
Au cours de l'évaluation neuro-psychomotrice, aucun déficit ou retard n’est observé. En effet, Kalil montre une dynamique relationnelle satisfaisante, une bonne poursuite oculaire et de bonnes réactions posturales. Il paraît néanmoins très douloureux au niveau abdominal.

Cet enfant présente un déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD), c'est à dire une maladie métabolique obligeant à restreindre un certain nombre d'aliments; cela touche principalement les familles venant de l'Afrique de l'Ouest. De plus, Kalil a de temps en temps des coliques et des reflux gastro-œsophagiens. A première vue, cela ne semble pas pathologique.
Concernant son alimentation, il est nourri parfois au sein ou au biberon. La maman nous explique qu'il a souvent des vomissements après 30 minutes de

prise, il faut donc vérifier si ce reflux n'est pas du à une immaturité du système digestif.
Un rendez-vous avec le médecin pourra confirmer cela et si nécessaire un traitement lui sera donné.

Concernant l'attachement mère-enfant, la maman semble très à l'aise dans son rôle: sa posture et ses gestes sont assurés. En revanche la situation familiale semble précaire. Au cours de la consultation, nous insistons sur le lien existant entre la mère et son bébé. Kalil a besoin d'elle auprès de lui pour se construire. Les interactions sont la base d'un environnement *secure* pour le bébé.

Pour cette maman, une rencontre a pu être prévu avec la conseillère conjugale de la PMI afin qu'elles puissent discuter de ses droits. Mais aussi pour que des mesures judiciaires soient engagées afin que les deux parents puissent exercer leurs droits parentaux et que la mère puisse bénéficier d'une compensation financière par le père. En raison de l'allaitement, des conseils sur l'alimentation pour la maman ont été faits par la psychomotricienne afin d'éviter des problèmes digestifs pour Kalil.

Cette jeune femme, consciente de sa précarité familiale, parvient néanmoins à introduire une relation adaptée entre elle et son enfant. Son attitude montre un axe corporel droit, qui se tient. Elle ne semble pas être démunie face à la situation même si lorsque nous discutons avec elle, elle semble être isolée. Elle nous dit être soutenue par ses amis, mais avec sa propre mère la relation est plus compliquée. En effet, celle-ci voudrait qu'elle revienne avec le père de Kalil.

Lorsque Kalil pleure pendant la consultation, nos proposons à la mère d’observer comment elle fait pour le calmer. Ses gestes sont adaptés, elle lui murmure des mots afin de l'apaiser. Mon ressenti face à cette jeune femme est qu'elle semble être très à l'aise dans son rôle de jeune mère et semble également ferme face à la situation de violence qu'elle a subi. Son envie de revenir en consultation de psychomotricité et de voir la conseillère conjugale montre son désir d'apporter le meilleur pour son enfant et de trouver un soutien dans sa parentalité.

Il me paraît important qu'elle puisse revenir afin qu'elle ne soit pas isolée dans son rôle de mère. Kalil va grandir, elle souhaite le garder à la maison et ne pas reprendre d'activité professionnelle. Le risque de cette situation est que l'enfant et la mère soient dans la fusion avec des difficultés par la suite dans la

séparation et l'individuation. Lorsque Kalil ira à l'école, il devra se séparer de la figure maternelle et devra se différencier en tant qu'être vivant unique. Si le processus d'individuation avec la mère n'a pas eu lieu, il pourrait rencontrer des difficultés dans la socialisation avec les autres, dans les apprentissages scolaires et cela pourrait aussi entraver son investissement spatial et corporel. L'étape d'individuation se fait avec l'aide d'une tierce personne (par exemple: le père). Nous pouvons donc dans cette situation nous questionner: à quel moment la mère trouvera les moyens de se détacher de Kalil en lui apportant d'autres figures tierces, en sachant que le père ne fait pas acte de présence?

Je me suis questionnée au cours de cette rencontre du risque de fusion entre Kalil et sa mère mais aussi du lien fusionnel que la mère rencontre avec sa propre mère. En effet, nous nous rendons compte que la grand-mère vit seule, le grand- père de Kalil n'habitant plus avec elle. Cette configuration familiale pourrait évoquer un besoin pour ses femmes de rester entres elles. Nous pouvons nous demander si l'attachement de cette jeune mère est assez *secure* pour qu'elle puisse apporter un attachement *secure* à son fils. En effet, la dépendance à cette propre mère pourrait interférer sur sa relation avec Kalil. Cette situation m'a interpelée et m'a questionnée sur la place de la mère aux yeux de sa propre mère mais aussi de la place que celle-ci lui laisse pour exercer son rôle de parent.

2.2. Tiréou

Tiréou est un enfant âgé de 2 ans et 6 mois. Il est accompagné de sa mère, âgée de 22 ans. Il est suivi en psychomotricité à la PMI depuis septembre 2014. Tiréou est un enfant né prématuré (36 SA).

La maman est venue à la PMI car elle ne pouvait plus s'occuper de son fils. Elle souhaitait que nous l'aidions car elle ne voulait pas faire subir à son enfant ce qu'elle avait subi étant jeune. En effet, cette jeune maman a vécu des violences par ses propres parents et a été placée rapidement en famille d'accueil. Cette jeune mère est seule à s'occuper de Tiréou car le père est incarcéré en prison (depuis 4 ans).

Le motif de consultation pour cet enfant est une grande agitation psychomotrice et une intolérance apparente à la frustration.

Lorsque je rencontre Tiréou pour la première fois, c'est un petit garçon très agité mais qui se calme rapidement lorsqu'il se trouve dans la salle de

psychomotricité. Les difficultés observées sont de l'ordre d'une mauvaise régulation tonique et d'un manque d'attention concernant l'écoute des consignes. C'est un enfant qui est énormément dans l'imitation et qui est en permanence dans la recherche d'une contenance.

Le père est depuis novembre 2014 en semi liberté conditionnelle. Il vient dormir 3 nuits à domicile et passe également des journées dehors afin de se réinsérer.

Lors du deuxième rendez-vous, après le jugement du père, je revois Tiréou. La maman dit que tout se passe bien. Pour ma part, je le trouve très agité, il va se montrer très opposant tout le long de la séance. De plus, j'observe qu'il se met facilement en danger, en se jetant sur la physio-ball.

Durant cette deuxième rencontre, la maman est de plus en plus à l'aise dans son rôle de mère : elle a appris à être autoritaire face au comportement de Tiréou. Elle a compris que son comportement devait être posé et que sa voix devait être ferme afin que son enfant puisse l'entendre et l'écouter.

Nous proposons à la maman de venir avec le papa au prochain rendez-vous. En outre, comme les difficultés de Tiréou semblent s'estomper nous décidons de proposer une prochaine rencontre dans 1 mois. Or, la maman nous explique que le père ne souhaite pas venir. Nous supposons alors que le centre de PMI fait référence aux institutions de l'état et que le père souhaite éviter le plus possible des contacts avec les institutions, en raison de son passé judicaire.

De plus, la maman nous rappelle que la relation avec Tiréou s'est apaisée et qu'il n'a plus de problèmes de comportement. Nous insistons quand même pour maintenir le prochain rendez-vous afin que l'accompagnement auprès de Tiréou mais aussi le soutien à la parentalité ne s'arrêtent pas de façon brutale. Cependant, aucun rendez-vous n'a suivi après cette dernière rencontre.

Nous voyons dans cette situation, l'appel au secours de cette maman. En effet, elle ne contrôlait plus rien. En demandant de l'aide auprès des services de la PMI et plus particulièrement en psychomotricité, l'accompagnement offert lui convenait pour soutenir son rôle de parent. Sa situation de jeune femme isolée sans le soutien paternel avait contribué à une rupture dans la relation parent-enfant. Les crises de Tiréou devenaient insurmontables. Lors des séances en psychomotricité, ma maître de stage insistait sur l'autorité, les règles à imposer à Tiréou.

Face à cette situation, mon premier questionnement était : est ce que l'absence du père a pu engendrer cette agitation psychomotrice chez Tiréou?

J'émets l'hypothèse que la solitude de la mère lors de l'incarcération de son mari aurait pu entraîner une incapacité pour elle à contenir son enfant et à se rendre davantage disponible pour lui. En effet, sa préoccupation émotionnelle étant trop difficile à gérer, elle a pu être en difficulté pour affirmer son autorité auprès de Tiréou, d'où cette agitation psychomotrice.

Ma deuxième interrogation était: est ce que l'arrêt brutal du soutien à la parentalité de cette maman est à mettre en lien avec la semi-liberté du père? J'émets l'hypothèse que la mère ne se sent plus seule pour éduquer son fils. Or, pour cette maman, retourner à la PMI pourrait lui faire revivre son appel au secours lorsqu'elle s'est retrouvé seule en incapacité de s'occuper de Tiréou. Le retour du père a ressoudé la famille et le couple a retrouvé la fonction sécurisante pour s'occuper de Tiréou. Nous pourrions supposer que la mère fait un clivage de cette histoire. Cette sécurité retrouvée avec l'arrêt des consultations pourrait n'avoir aucun impact sur le développement de Tiréou ou au contraire laisser des traces d'une insécurité qui va "s'encrypter" c'est à dire faire l'objet d'un secret entre la mère et son fils que le père ne doit pas savoir.
Ce clivage qu'aurait pu faire la mère montre une certaine emprise et un contrôle qu'elle souhaite avoir, afin probablement de ne pas montrer la faiblesse qu'elle a eu en venant demander de l'aide au centre de PMI. Le risque étant que si l'insécurité réapparait dans cette famille, l'agitation psychomotrice de Tiréou pourrait refaire surface.

2.3. Hichem

2.3.1. L'anamnèse

Hichem est âgé de 4 ans et 9 mois lorsque je le rencontre pour la première fois. Il est suivi en psychomotricité au CMPP depuis mai 2013. Il est fils unique et vit avec sa mère. Lors du premier rendez-vous, pour le bilan psychomoteur, Hichem vient accompagné de sa mère. Au cours du bilan, nous apprendrons qu' Hichem a des énurésies nocturnes, nous observons également des larges plaques d'eczéma au niveau des poignets.

2.3.2. Le motif de consultation

Hichem présente des difficultés de comportement à l'école. La maman dit qu'il "terrorise certains enfants". Elle nous explique que ce sont les parents

d'élèves qui se plaignent. Or, la maitresse ne semble pas avoir de souci avec le comportement d'Hichem. Elle nous dit aussi qu'il peut avoir des moments de jeux calmes et d'autres très violents. La maman nous précise que lorsqu'elle lui demande de s'arrêter de taper, il répond "J'y arrive pas."

2.3.3. La situation familiale

A la maison, la situation familiale est complexe. En effet, le père est alcoolo-dépendant et peu investi au domicile. Il erre souvent à l'extérieur.
Cette situation angoisse énormément la maman et Hichem. De plus, le père a déjà eu des comportements violents envers sa femme. Hichem vit seul avec sa mère depuis juillet 2014.

2.3.4. L'objectif du suivi

A partir du bilan psychomoteur, aucune difficulté sur le plan moteur n'est avérée chez Hichem. En revanche, la situation familiale est difficile et son comportement agressif avec les autres enfants sont à prendre en compte. Par conséquent, une proposition de prise en charge en groupe permettrait de travailler "le jeu partagé". De plus, un accompagnement psychologique pour la mère est souhaitable.

2.3.5. L'accompagnement d'Hichem durant l'année

2.3.5.1. En psychomotricité

La prise en charge d'Hichem a lieu tous les mercredis de 15h à 15h30, il est accompagné dans le groupe de deux petites filles, Amira et Julie âgées de 5 ans également. Hichem a déjà fait un an d'accompagnement en psychomotricité avec Amira, Julie étant arrivée cette année.
Très vite, nous construisons des histoires avec eux en partant de leurs idées. Ils arrivent généralement à se mettre d'accord. Par ailleurs, lorsque nous partageons des jeux de compétition, j'observe qu'il est difficile pour Hichem d'attendre son tour.

Au début de l'année, il sera difficile pour Hichem de rentrer dans la salle de psychomotricité. En effet, il ne souhaite pas se séparer de sa mère. Il fera de

nombreuses colères jusqu'au jour où ma maître de stage décide de ne plus l'attendre et de le laisser venir s'il le souhaite. Nous observons très rapidement qu' Hichem arrive un peu après les autres mais il vient par lui même et ne fait plus aucune colère.

De plus, c'est un petit garçon qui amène toujours quelque chose de sa maison avec lui. Or, la règle dans la salle de psychomotricité précise que nous nous servons des objets de la salle et que nous laissons les objets personnels en dehors, dans la salle d'attente ou sur le bureau de la psychomotricienne.

Durant l'année, Hichem est de plus en plus à l'aise dans la relation thérapeutique et aussi avec Amira et Julie. Il parvient à proposer des activités et à accepter les jeux des autres. Il arrive à exprimer ses sentiments. En effet, quand il n'est pas content, il se met spontanément sur le côté, attend et regarde les autres.

2.3.5.2. Au niveau familial

Le père va disparaitre du foyer familial en juillet 2014. Il reviendra vers décembre au domicile. A la fin de l'année, la mère engage une procédure de divorce. Lors du retour du père, la mère lui trouvera un logement en attendant le procès. Le père souhaite repartir en Amérique d'où il est originaire. Or, au fil des semaines nous nous apercevons que la version de ce dernier change.

Nous le rencontrons une fois en janvier lorsqu'il vient chercher Hichem à la fin de la prise en charge. Il parle très peu français.
Hichem est très fier de nous montrer son papa.
Trois semaines après la rencontre avec le père d'Hichem, nous retrouvons une maman déconcertée. En effet, le père a annulé tous les rendez-vous pour voir son fils. Cette situation semble attrister le petit garçon et met la maman dans une position inconfortable car elle ne sait plus comment expliquer cette situation à son fils puisqu'elle lui échappe également. Lors des semaines suivant la rencontre avec le père d'Hichem, la maman évoque avec ma maitre de stage des problèmes à l'école pour son fils. Elle nous dit "qu'il a tapé la maitresse". Il a également refait des énurésies nocturnes. La maman semble désarçonnée.

Associée à cela, nous remarquons qu'Hichem a de nombreuses plaques d''eczémas sur les poignets et l'avant bras. Sous le nom de dermatite atopique, l'eczéma est considéré comme une affection cutanée déclenchée par des facteurs externes et internes (facteurs endocriniens, intestinaux, métaboliques

et émotionnels) et qui se développe sur un terrain favorable lié à l'hérédité. Même si l'influence génétique est en prendre en considération, le déclenchement de l'allergie est souvent la conséquence de l'environnement.

Grâce à l'anamnèse , nous savions que lorsque son père vivait encore au domicile familial, Hichem avait ordre de ne pas faire de bruit lorsque son père dormait. En effet, le bruit des objets mettait le papa sous tension.

Cette absence de place pour interagir avec son environnement ou encore l'absence d'un espace pour jouer, pourrait être une des conséquences d'une insécurité psychoaffective étant à l'origine de l'eczéma. Plus largement, "l'eczéma est la conséquence du non -investissement de la peau de l'enfant [...] et peut être considéré comme la conséquence d'un trouble relationnel."[7]

Nous pouvons émettre l'hypothèse que la dermatite atopique ne peut être considérée seulement comme une affection cutanée. Pour Sami-Ali, une personne allergique ne perçoit par l'autre comme différent d'elle-même. Il ne se différencie pas lui par rapport à l'autre. Pour Hichem la difficulté à se séparer de sa mère pourrait provenir "d'un blocage des processus de séparation-individuation."[8]

[7] Gauthier. J-M, L'enfant malade de sa peau, Paris, Dunod, 1993

[8] Kreisler. L, Psychosomatique et expression corporelle dans la psychiatrie de l'enfant et du nourrisson in Lebovici. S, Weil-Halpern. F, Paris, Psychopathologie du bébé, 1989, P 396

THEORIE

1. LA PRECARITE

En France, en 2014, on compte 8,6 millions de personnes pauvres, ce qui équivaut à 14,1% de la population. Cette précarité touche près de 2 millions d'enfants en France, dont les familles vivent ou plutôt survivent sous le seuil de pauvreté qui est défini par l'INSEE à 950 euros par mois. L'INSEE évalue une hausse de 13% par rapport aux chiffres de l'année 2008, avec une augmentation de 30% pour les familles monoparentales qui vivent avec un revenu inférieur à 760 euros par mois.

La France est touchée par une crise économique depuis 2009. La précarité de l'emploi est une des premières conséquences de la crise. Nous observons depuis 2009 une augmentation significative du nombre de demandeurs d'emploi. On note une augmentation de 6% de demandeurs d'emploi sur l'année 2013-2014.

Au cours de mon travail, je vais définir les différentes formes de précarités que l'on recense. Néanmoins, dans ma clinique, je développerais davantage la précarité affective, psychologique et familiale afin de faire des liens avec mes trois vignettes cliniques.

1.1. Définition

La précarité vient du latin *precarius* qui signifie « obtenu par la prière », annonce également "l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux"[9]. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Les sécurités dont il est question correspondent au travail, les revenus, le logement, l'accès aux soins, l'école et l'accès à l'instruction, l'accès à la culture, le lien familial, le lien social, etc.

"La précarité conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence. Elle tend à se prolonger dans le temps, devient persistante, elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible."[10] C'est une notion subjective et relative car elle se définit par rapport à une situation « acceptable » et au sein d'une société donnée. "Le

[9] La Rosa. E, Santé, précarité et exclusion, Paris, Puf, 1998
[10] Le Petit Robert, 2013

degré de perception de la précarité est, en outre, influencée par de nombreux facteurs culturels."[11] Ces derniers correspondent par exemple à l'environnement, aux facteurs sociaux, la famille, etc. Il est important de noter qu'il y a une idée de réversibilité dans la précarité.

1.2 Les différentes formes de précarité

1.2.1. La précarité du travail

Elle peut être définie par une absence de travail mais aussi par une situation de travail non réglementée, précaire avec des heures décalées ou non déclarées. Elle peut être à l'origine d'un rythme de vie angoissant. Quoi qu'il en soit, la précarité du travail peut apporter une insécurité financière, matérielle, alimentaire et également pouvant être à l'origine entre autre d'une fragilité psychologique.

L'isolement familial et social est une des premières conséquences de la précarité de l'emploi. Ce repli est générateur d'angoisse, de fatigue et sur le long terme de pauvreté et d'exclusion.

Concernant le développement de l'enfant, cet environnement précaire pourrait avoir des conséquences sur le développement psychoaffectif et psychomoteur. Il pourrait en être de même sur la fonction parentale. En effet, ses parents en grande situation de précarité et d'exclusion sont particulièrement en difficultés à l'égard de leurs enfants. Ces familles " ont souvent peur de ne pas être à la hauteur."[12]. De plus, c'est la reconnaissance de leur parentalité qui fait défaut.

1.2.2. La précarité économique

Celle-ci peut se lier à la précarité du travail. La perte de revenu ou une insuffisance financière entraine un pouvoir économique faible pour les familles, ce qui peut avoir pour conséquences la pauvreté, l'exclusion, l'isolement social et l'insécurité matérielle et psychologique.

[11] Larousse, 2014
[12] Rémy. P-L, 2000

La précarité économique apporte aux ménages une insuffisance dans les ressources de la famille. Une carence économique peut entrainer une carence culturelle, sociale et sanitaire.

Une précarité économique a pour retentissement des difficultés pour se nourrir, pour se loger, pour acheter des jeux pour les enfants...Nous pourrions nous interroger sur qu'est ce que les jouets apportent dans le développement de l'enfant. En effet, l'absence de jeu pourrait ne pas apporter une stimulation nécessaire suffisante pour les enfants et par conséquent ne pas développer chez eux le jeu mais aussi la découverte des objets et leur utilisation.

1.2.3. La précarité administrative

Elle peut engendrer l'atteinte des droits fondamentaux d'une personne. Cette précarité est source de divers problèmes. En effet, l'absence de papiers français, une mauvaise maitrise de la langue française, un isolement familial et une situation migrante peuvent bafouer les droits des personnes et affaiblir considérablement leur situation personnelle et familiale. De plus, la difficulté d'accès au soin est une des conséquences directes d'une situation administrative précaire. Pour les enfants nés en France dont les parents sont étrangers, ils peuvent acquérir la nationalité française. Mais la situation des parents reste souvent précaire. En effet, ils peuvent demander la nationalité Française si leurs enfants sont au moins âgés de 13 ans, sont nés en France et ils doivent résider sur le sol français depuis 8 ans. Ces différentes situations montrent la réalité des familles en situation de précarité pour avoir accès aux soins, aux financements (allocations familiales, aides aux logements...), aux aides en général.

1.2.4. La précarité du logement

Elle peut se traduire par un logement insalubre (humidité, peu de place...) pouvant entraîner des problèmes respiratoires (type asthme).
Cette forme de précarité peut également faire apparaitre chez l'enfant des troubles de la spatialité c'est à dire des difficultés pour se repérer dans l'espace, pour investir l'espace, un manque d'expériences motrices qui empêcherait l'enfant d'explorer le monde environnant et par conséquent de créer chez lui un répertoire psychomoteur de base. Chez un enfant qui présente peu d'expériences

motrices, des troubles du comportement peuvent apparaître qu'ils soient de type instabilité ou inhibition.

1.2.5. La précarité sociale

Elle est souvent la conséquence d'un isolement, d'une rupture sociale entrainant chez le sujet des pertes de repères. Cet isolement peut également engendrer un repli important de l'individu et même le conduire vers un état dépressif. Le chômage, un déménagement peuvent être à l'origine d'une précarité sociale.

Les états dépressifs, chez les mères en particulier, peuvent avoir des conséquences sur l'attachement mère-enfant. Les troubles de l'attachement mettent en péril le développement social et affectif de l'enfant. Cela peut créer "un traumatisme psychique" autant chez la mère que chez l'enfant.

1.2.6. La précarité familiale

Elle peut toucher entre autre les familles issues de l'immigration et les familles monoparentales. Ce sont des familles qui sont isolées de part leurs statuts et leurs situations matérielles, financières, etc.

Les familles monoparentales sont souvent des femmes qui doivent travailler tout en s'occupant des enfants. De plus, la famille doit vivre avec un seul salaire. Cette précarité a des conséquences sur l'accès aux soins, sur la sécurité matérielle et la sécurité psychique. Elle pourrait également avoir des répercussions sur le développement psychomoteur d'un enfant, par exemple des problèmes de sécurité interne, des troubles toniques et en particulier des problèmes de régulation tonique et des troubles du comportement.

L'isolement familial, qui peut toucher les familles immigrées dont les grands parents sont restés au pays, peut avoir des conséquences sur la construction de la parentalité. En effet, la parentalité se construit par un processus transgénérationnel.

1.2.7. La précarité psychologique

"La situation d'exclusion à l'origine de la détresse sociale exerce des effets négatifs produisant un certain désarroi psychique."[13]

Cette précarité peut entraîner l'isolement, la dévalorisation du parent, un repli sur soi et donc par conséquent une difficulté dans la parentalité. Le manque de présence du parent, de relation peut avoir des conséquences sur le développement psychoaffectif de l'enfant mais aussi entrainer des problèmes identitaires pouvant impacter le développement futur de l'enfant.

1.3. L'accès aux soins

De nombreuses familles immigrent en France pour trouver de l'aide auprès des services sociaux et recevoir les meilleurs soins pour leur enfant malade. Cependant, il ne leur est pas toujours facile d'avoir accès à ces services.

Un jour, à la PMI, un couple de parents parle à la psychomotricienne, et je vois de loin qu'ils la remercient en lui offrant un cadeau. C'est après leur départ que ma maitre de stage m'a expliqué la situation.

Cette famille est arrivée en France sans rien et avec leur fille qui était très malade. Les parents avaient entendu dire qu'en France " on soignait bien les enfants".

La maman était juge dans son pays et le père journaliste. Ils sont arrivés en France sans papiers, sans parler notre langue et avec pour seul objectif de soigner leur enfant.

Ils ont ouvert les portes de la PMI, ont rencontré tous les professionnels et notamment la psychomotricienne. Celle-ci leur a proposé un entretien et a évalué à travers plusieurs bilans les capacités et les difficultés de la petite fille. Après ce rendez-vous et après avoir discuté avec le reste de l'équipe de cette situation, la psychomotricienne a donné plusieurs adresses où la famille pouvait aller rencontrer des assistantes sociales. Elle leur a également indiqué un lieu où ils pouvaient apprendre le Français et des rendez-vous ont été pris avec plusieurs professeurs dans divers hôpitaux parisiens. De plus, un suivi régulier avec la psychomotricienne a été mis en place.

[13] La rosa. E, Santé, précarité et exclusion, Paris, Puf, 1998, P 175

Sans cette rencontre avec tous les professionnels de la PMI, cette petite fille aurait difficilement pu avoir accès aux soins français.

De plus, les parents sont désormais intégrés en France : la mère a repris ses études tandis que le père a retrouvé un travail.

A partir de cette rencontre, je me suis demandée comment une famille pouvait avoir accès aux soins lorsqu'elle se trouve en situation de précarité ? Plus tard dans ma discussion, je tenterais d'expliquer plus précisément qu'elle position peut adopter le psychomotricien et qu'elle aide il peut apporter à ces familles, dans ce genre de situation ?

Les obstacles d'accès aux soins les plus souvent détectés sont:

-parfois liés à " la complexité des situations individuelles et des trajectoires de vie qui ne facilitent pas les procédures d'accès aux droits."[14]En effet, nous constatons que les plus démunis négligent souvent leurs droits aux aides médicales gratuites. De plus, nous remarquons qu'ils manquent parfois d'informations.

-"d'ordre administratif"[15], en raison de la complexité des démarches et des différentes caisses existantes. Lorsque nous souhaitons envoyer une demande d'allocation familiale ou d'aide sociale cela reste très compliqué si nous ne parlons pas Français par exemple.

-"d'ordre financier"[16]car il est souvent demandé aux personnes de payer ce que la caisse d'assurance maladie ne prend pas en charge. Or, pour des familles qui n'ont pas accès à la sécurité sociale ou à la Couverture Maladie Universelle (CMU), il est généralement impossible de financer cela. D'autre part, pour ceux qui ont accès aux remboursements, certaines prestations sont mal remboursées comme les soins dentaires ou optiques par exemple.

-"d'ordre psychosocial"[17], par manque d'informations vis à vis des droits.

2. LA PARENTALITE

2.1. Définition

« La parentalité n'est pas de la parenté. »[18]

[14] La rosa. E, Santé, précarité et exclusion, Paris, Puf, 1998
[15] Ibid, 1998
[16] Ibid, 1998
[17] Ibid, 1998
[18] Neirinck. C, professeur à l' université de Toulouse I ;De la parenté à la parentalité, P15

Le mot parent qui vient du participe présent du verbe latin *parere,* signifie procurer, produire, enfanter et mettre au monde. Les mots « mère » et « père » désignent les géniteurs de l'enfant. Ils sont réservés à ceux qui ont donné la vie. La parenté permet l'inscription généalogique du sujet en déterminant sa génération, sa place, son identité et le statut qui en découle.

"La parentalité peut se définir comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est à dire de répondre aux besoins de leurs enfants à trois niveaux: le corps (les soins nourriciers), la vie affective et la vie psychique. C'est un processus maturatif[19].

2.2. Construction d'une notion: la parentalité

La parentalité est un terme issu de la psychanalyse. C'est dans les années 50 que Benedekt, psychanalyste américain, parle du "parenthood". Ce terme désigne un processus de développement psychoaffectif commun aux deux parents.

Par la suite, c'est le psychiatre Racamier qui introduit en France les termes de "parentalité", "paternalité"[20] et "maternalité"[21] grâce à une étude sur les psychoses puerpérales. L'usage de la parentalité demeure jusqu'en 1970 restreint à l'étude des pathologies.

Il nous faut attendre les années 80, pour que le psychanalyste Lebovici décrive plus en détail la condition parentale. Selon lui, être parent n'est ni une donnée biologique ni une donnée sociale mais le fruit d'un processus complexe de maturation psychologique.

Houzel, pédopsychiatre et psychanalyste Français, souligne le concept de parentalité en disant: "il ne suffit pas d'être géniteur ni d'être désigné comme parent pour en remplir toutes les conditions, encore faut-il "devenir parent", ce qui se fait à travers un processus complexe impliquant des niveaux conscients et inconscients du fonctionnement parental." [22]

En conclusion sur la parentalité, nous pouvons retenir la définition selon Sellenet :" La parentalité est l'ensemble des droits et des devoirs, des réaménagements psychiques et des affects, des pratiques de soin et

[19] Lamour. M et Barraco. M
[20] Paternalité: Etat, qualité de père.
[21] Maternalité: Etat, qualité de mère.
[22] Houzel. D, "les enjeux de la parentalité" in La parentalité. Defi pour le troisième millénaire. Un hommage international à Lebovici, sous la dir de Solis-Ponton, Paris, Puf, 2000, P 62

d'éducation, mis en œuvre pour un enfant par un parent (de droit ou électif), indifféremment de la configuration familiale choisie." [23]

2.3. Le processus de parentalité

Ce processus prend tout son sens dans les interactions avec l'enfant.
Dans la construction du bébé, nous savons que ce dernier a une appétence pour la relation. Il va interagir avec ses parents pour créer les premiers liens d'attachement. Par le dialogue psycho-corporel il va construire et élaborer son sentiment d'exister afin de développer sa propre personnalité.

Pour les parents, ces premiers échanges participeront à la construction du processus de parentalité.

Quatre sortes d'interactions sont différenciées: comportementales, affectives, fantasmatiques et corporelles. Mais, d'autres types d'interactions peuvent s'ajouter: les interactions biologiques, symboliques. Or, celles-ci ont lieu en première intention lors de la grossesse.

2.3.1. Les interactions comportementales

Lors des consultations avec les nourrissons, nous observons attentivement la relation entre le parent et l'enfant. En général, le comportement de la mère influence celui du bébé. Ils sont en symbiose émotionnelle. Ces interactions sont très importantes pour le nourrisson, qui a besoin de sa mère pour évoluer. Le tonus, la voix et le regard font partie intégrante des interactions comportementales.
En effet, selon Wallon, la personnalité se construit chez le bébé dans la relation avec autrui. Il parle de "la phase physiologique (0-3 mois)", où le bébé et la mère se trouvent dans un état de symbiose. "Il existe un état de dépendance totale du bébé à son environnement (voire à sa mère)"[24]. Lorsque le bébé va montrer un état de tension qui se traduira pas des cris ou des pleurs la mère saura lui répondre.
Le psychomotricien va s'appuyer sur ces interactions déjà existantes pour entrer en relation avec le bébé et pour comprendre également le mode de fonctionnement de la dyade mère-enfant.

[23] Sellenet. C, La parentalité décryptée, Paris, L'Harmattan, 2007
[24] Boutillier. C, Mémento de psychologie du développement à l'usage des professionnels de l'accueil des bébés, éres, Toulouse, 2013, P 17

2.3.2. Les interactions affectives

Nous pouvons parler d'un circuit affectif entre le parent et son bébé. Stern qualifie cela "d'accordage affectif" ou "d'harmonisation affective"[25], il s'agit plus précisément de la capacité de la mère à s'accorder aux vécus émotionnels et aux affects de l'enfant.

Un ajustement relationnel est nécessaire afin que le nourrisson puisse assimiler son ressenti corporel à un affect émotionnel. Stern parle "d'une danse, un ensemble de rites dans les interactions mère-enfant". Ces séquences interactives se font à travers le regard, les cris et les échanges langagiers. Cet accordage est visible dans les premiers jours de vie du nourrisson. C'est à 9 mois que l'accordage affectif sera pleinement installé.

Pour Trevarthen, les bébés utilisent une "communication émotionnelle"[26] à travers les regards, les sourires et les imitations.

2.3.3. Les interactions fantasmatiques

L'histoire du bébé est en lien avec l'histoire personnelle des parents. Des "ponts" entre le passé des parents et la naissance de l'enfant sont nécessaires pour que les parents et l'enfant construisent une histoire commune.

Lebovici a parlé "du mandat transgénérationnel"[27], c'est à dire tout ce que les parents ont imaginé pour leur enfant et qu'ils souhaitent qu'il réalise au nom de la famille (respect des valeurs familiales...). Pendant la grossesse, la vie imaginaire et fantasmatique des parents constitue la base de la relation qu'ils développeront avec leur enfant après la naissance. En effet, des remaniements psychiques ont lieu lors de la grossesse. L'arrivée d'un enfant transforme le couple en famille.

Lorsque le bébé arrive au monde, le bébé imaginaire devient réel. Les parents font donc le deuil de l'enfant imaginé lors de la grossesse.
La parentalité qui se met en place se constitue comme "une tâche de développement importante pour les femmes et pour les hommes, qui signifie [...], le passage à l'âge adulte. »[28]

[25] Stern, 1989
[26] Ibid, P 40
[27] Delion. P, La fonction parentale, éditions Fabert, Bruxelles, 2011
[28] Lumbroso. V, Contini. E, Premières années premiers liens, l'attachement de l'enfant à ses parents, de boeck, Bruxelles, 2010

2.3.4. Les interactions corporelles

A la naissance d'un enfant, différents comportements et liens existent entre la mère et celui-ci. En particulier, l'attention que cette dernière lui porte lors du portage, du toucher et de la manipulation de son corps. Winnicott décrira cela sous le nom du "holding", c'est à dire le maintien à la fois physique et psychique que la mère procure à l'enfant. Il parlera également du "handling" comme le "maniement" de l'enfant, la façon dont il est manipulé par sa mère (caresses, soins etc.). Pour Winnicott, cela assurerait chez le bébé un sentiment de sécurité interne et un support de base pour permettre entre autre l'acquisition des fonctions motrices, cognitives, affectives, etc.

En 1970, Ajuriaguerra va parler de "dialogue tonique". Il le définira comme un ajustement corporel interactif non verbal entre la mère et son enfant. C'est un jeu tonique qui permet à la mère d'offrir à son enfant du soutien et un maintien dans sa découverte. De plus, le dialogue tonique soutient l'attachement, l'intégration des sensations et l'accès à la symbolisation.[29]

2.4. Les trois dimensions de la parentalité

A partir de ses travaux, Houzel va distinguer trois dimensions d'étude de la parentalité: l'exercice de la parentalité, l'expérience subjective de la parentalité et la pratique de la parentalité.

2.4.1. L'exercice de la parentalité

Cette première dimension correspond à « l'ensemble des droits et des devoirs dont hérite tout parent à la naissance de son enfant et qui se traduit par des prérogatives inscrites dans la loi. »[30] Cet axe souligne l'importance de la responsabilité parentale dans l'éducation des enfants. Cet exercice de la parentalité fixe les interdits et notamment l'interdit de l'inceste.

Il ne faut pas oublier néanmoins l'aspect affectif. En effet, nous nous apercevons que l'affection et l'émotion jouent un rôle central dans la constitution de l'enfant.

[29] Wallon. H, De l'acte à la pensée, Flammarion, 2002

[30] Sécher. R, Reconnaissance sociale et dignité des parents d'enfants placés : Parentalité, précarité et protection de l'enfance, Ed. L'harmattan, Paris, 2010, P 27

2.4.2. *L'expérience subjective de la parentalité*

Cette deuxième composante de la parentalité souligne l'importance de la dimension psychologique de cette expérience, en englobant tous les aspects de la relation affective entre parents et enfants. L'attachement parents-enfants en est un point important.

En 1907, Bowlby a identifié un besoin d'attachement chez l'enfant. Il a montré que l'enfant est génétiquement prédisposé à répondre à des signaux. Par son besoin innée de proximité et de contact avec autrui, le bébé va établir un lien avec sa mère qui lui prodigue les soins. Ces comportements d'attachement ont une fonction protectrice et une fonction de socialisation.

La vie affective et relationnelle de l'enfant se développe dans un milieu qui agit sur lui et inversement. Nous parlons des interactions précoces. Solis-Ponton parle des interactions précoces "comme une sorte de spirale transactionnelle des échanges entre la mère et son bébé où tous deux sont des participants actifs de la dyade et où chacun exerce une influence sur les réponses de l'autre ».[31]

2.4.3. *La pratique de la parentalité*

Elle désigne les tâches quotidiennes que les parents ont à remplir auprès de leur enfant. Ce sont les actes usuels de la vie courante: les tâches domestiques, l' éducation, la surveillance, la socialisation, les soins prodigués et la prise en charge matérielle.

Elle s'observe également dans la qualité des échanges, dans le lien d'attachement entre les parents et l'enfant. Parmi les expériences diverses pouvant être partagées, le passage par le sensori-moteur permet de faire découvrir à l'enfant à travers le parent l'apprentissage du monde qui l'entoure.

La fragilité du couple conjugal, l'absence du père à la maison pour des raisons judicaires (Cf. Tiréou), une situation de précarité psychologique, affective peut être la conséquence d'un processus de parentalité fragilisée. Dans les prochaines parties, je tenterais de comprendre à quel point l'identité du parent peut être mise à mal mais aussi comment le psychomotricien peut intervenir pour construire ce lien parent-enfant afin de pallier l'absence du père, ou bien le réinsérer dans la dyade mère-enfant.

[31]Solis-Ponton. L, La parentalité, défi pour le troisième millénaire, PU, Paris, 2002

2.5. Les facteurs en jeu dans la parentalité

Lorsqu'un enfant arrive dans la famille, celle-ci va vivre des bouleversements. Les parents sont influencés sur différents niveaux comme l'état somatique du bébé (si l'enfant a des problèmes de santé ou pas), la santé de la mère et du père et leurs vulnérabilités, la disponibilité et la sécurité affective de la mère, la présence du père et des facteurs socio-anthropologiques.

2.5.1. L'état somatique du bébé

L'enfant arrive au monde avec un équipement neurologique mais aussi avec un état physique, un comportement et un état émotionnel qu'il contrôle peu au départ. Les parents seront porteurs de toutes ces fonctions devront faire preuve d'adaptation pour permettre à l'enfant de s'adapter à son tour à son environnement.
Or, lorsque l'état somatique de l'enfant est perturbé par des problèmes de santé d'ordre moteur, cognitif ou sensoriel, la parentalité sera mise à l'épreuve. En effet, les parents devront maintenir une certaine stabilité au sein de la famille afin d'accompagner au maximum leur enfant.

2.5.2. La santé de la mère et du père et leurs vulnérabilités

Comme nous l'avons dit précédemment l'enfant se développe dans un milieu qui agit sur lui et inversement. La qualité de l'attachement va être source d'une sécurité interne chez l'enfant et va le soutenir dans sa capacité d'explorer son environnement.
Si les parents sont peu disponibles et attentifs aux besoins de leur enfant cet attachement risque d'être perturbé.

2.5.3. La disponibilité et la sécurité affective de la mère

Cette sécurité est liée avant tout aux conditions matérielles et au niveau de vie dans lequel la famille se trouve. En effet, la disponibilité affective de la maman dépend de sa propre sécurité interne et de comment elle se trouve dans

son identité de mère. Si elle ne peut s'épanouir et être suffisamment *secure* cela risque de se ressentir au niveau de la disponibilité psychique et émotionnelle pour son enfant. Par conséquent, les interactions peuvent en pâtir.
Nous observons cela lors de la première rencontre avec la maman de Tiréou qui se trouve dans un tel isolement qu'il est difficile pour elle d'être disponible pour son enfant.

2.5.4. La présence du père

Le père a une place importante à prendre dans la dyade mère-enfant. En effet, le père ou la tierce personne, va jouer le rôle de tiers dans la relation fusionnelle mère-bébé. Cette fonction est importante car elle permet la séparation avec la mère et l'individuation de l'enfant, afin qu'il puisse découvrir son espace environnant.
Dès les premiers mois de vie, le bébé est en mesure de partager plaisir et étonnement avec ses deux parents, de façon spécifique. Les pères ont un rapport avec l'enfant plutôt de l'ordre du mouvement alors que les mères privilégient le regard.

2.5.5. Les facteurs socio-anthropologiques

"Avec l'évolution socioculturelle, il existe aujourd'hui une pluralité de façons d'être père et d'être mère; de multiples facteurs interagissent pour définir les identités paternelle et maternelle." [32] De plus en plus, les caractères biologiques, sociaux et affectifs sont dissociés. Ce phénomène est en partie lié à, l'augmentation des familles recomposées et des nouvelles techniques de procréation.

Les facteurs socio-anthropologiques sont des remaniements sociaux intra-familiaux (divorce, recompositions familiales, homoparentalité, nouvelle technique de procréation...). Ils peuvent modifier la fonction parentale, sans que le parent en ait conscience. Delion parle du "mandat transgénérationnel inconscient", c'est à dire l'ignorance que sa propre existence interagit sur sa fonction parentale.

[32] Lumbroso. V, Contini. E, Premières années premiers liens, l'attachement de l'enfant à ses parents, de boeck, Bruxelles, 2010

Ainsi, il peut arriver que l'autorité parentale ait du mal à s'appliquer, que les rôles parentaux soient bouleversés ; ces éléments parmi tant d'autres rendent "flous" les contours de la parentalité.

2.6. Les autres formes de parentalité

Il existe depuis peu des formes diverses de parentalité.

En 1975, le terme de monoparentalité est utilisé pour caractériser les situations où il y a un seul parent. Dans la même ligné, en 1997 nous parlons d'homoparentalité "il s'agit de définir une famille comprenant au moins un adulte homosexuel, parent d'un ou de plusieurs enfants."[33]

La diffusion du terme de parentalité se fera à l'aide de préfixes.
Nous parlons aussi de pluriparentalité : derrière ce terme sont désignés des acteurs tels que les pères, les mères, mais aussi les beaux-pères, les belles-mères ou encore les compagnons. De plus en plus, la configuration familiale dans laquelle 'enfant est pris en charge n'est pas forcément assurée par ses géniteurs.

Dans cette partie, j'ai tenté d'expliquer l'histoire de la parentalité, les processus qui se mettent en place lors de l'arrivé d'un enfant mais aussi les enjeux de cette parentalité et les facteurs qui interviennent dans ce processus. Pour finir j'ai développé le concept de parentalité à travers les évolutions socioculturelles.

A travers cette partie nous pouvons dire que "le mot parentalité c'est un mouvement en vertu duquel les fonctions traditionnelles de la parenté sont gommées tandis que sont prises en compte des considérations jusqu'alors indifférentes."[34] La prise en charge matérielle, l'obligation d'entretien ou l'obligation alimentaire sont des conséquences de la parenté et non les causes. Quant aux considérations affectives, elles sont indifférentes à la parenté, les affects ne peuvent ni imposer ni justifier des droits ou des obligations.

[33]Gross. M, Homoparentalités, état des lieux, Paris, ESF, 2000
[34] Sécher. R, Reconnaissance sociale et dignité des parents d'enfants placés : Parentalité, précarité et protection de l'enfance, Ed. L'harmattan, Paris, 2010

DISCUSSION

Mon questionnement de départ était: En quoi la précarité peut -elle influencer la construction de la parentalité et l'intégration psychomotrice de l'enfant ? Et comment le psychomotricien peut-il remédier à cela ?

La première partie de ce mémoire a été consacrée à la description des deux institutions dans lesquelles j'ai réalisé mes stages et à la présentation de mes cas cliniques.

La partie précédente, nous a permise d'exposer les notions de précarité et de la parentalité dans l'ensemble de son processus.

Dans la partie qui va suivre, nous essayerons de comprendre quelles conséquences la précarité peut avoir sur la parentalité et sur l'intégration psychomotrice de l'enfant?

Plusieurs hypothèses peuvent être exposées:

La première serait que la situation de précarité pourrait entraîner une perte de sécurité interne chez le parent et engendrer alors des souffrances psychiques chez ce dernier. Cette souffrance pourrait entraver l'étayage que le parent se doit de donner à son enfant, afin qu'il puisse se développer et découvrir le monde environnant.

Dans ce contexte, nous pouvons nous demander: lorsque la fonction parentale se trouve en difficulté, dans quelle mesure le développement de l'enfant peut-il être impacté?

La seconde hypothèse serait que la situation de précarité pourrait impacter l'identité parentale; la construction de la parentalité et le lien parents-enfants.

La troisième hypothèse concernerait l'inactivité du parent, l'impossibilité de répondre aux besoins éducatifs de son enfant, l'ignorance du fonctionnement des structures comme la crèche, l'école pourraient-ils porter atteinte à la fonction nourricière, directrice et protectrice qui constitue l'essentiel de la fonction parentale. Dans ce contexte, l'identité parentale pourrait-elle se retrouver impactée?

Par la suite, nous tenterons d'exposer deux dispositifs thérapeutiques que le psychomotricien peut utiliser.

Enfin, nous étudierons les limites et les difficultés de la fonction du psychomotricien.

1. LA NOTION DE SPIRALE PATHOGENE

Au cours de la rédaction de mon mémoire, j'ai pu établir des liens entre la précarité et la construction de la parentalité. Au fil des rencontres, je me suis également aperçue que la précarité pouvait avoir des conséquences sur la fonction parentale mais aussi de façon indirecte parfois sur le développement psychomoteur de l'enfant. En effet, dans mes trois exemples cliniques, j'ai pu noter que les parents venaient en premier lieu en consultation à cause des difficultés que rencontraient leurs enfants sur le plan moteur, sensoriel, affectif ou psychique.

Lorsqu'un enfant et sa famille doivent faire face à un handicap lourd ou un retard psychomoteur, nous observons la plupart du temps qu'un des parents doit arrêter son activité professionnelle, en vue de s'occuper de son enfant malade. En effet, pour certaines structures (type crèche, école. etc.) il est difficile d'accueillir un enfant porteur d'handicap, même si nous notons des progrès à ce sujet.

Dans ce contexte, un seul salaire permet donc de faire vivre la famille.

Plusieurs de ces situations que j'ai pu rencontrer dans mes deux lieux de stages, m'ont permise de me rendre compte de la difficulté financière, matérielle et par conséquent psychologique dans laquelle les familles se retrouvent. Dans ce dernier cas, la dépression, l'isolement familial, le repli sur soi sont les principaux comportements que nous pouvons rencontrer.

En partant de ce postulat, nous observons comme un "cercle vicieux" qui se forme autour des familles. En effet, leur enfant est malade, les parents doivent arrêter de travailler. La conséquence à cela est une baisse des revenus donc une impossibilité pour certains de payer les frais médicaux. Dans ce contexte, nous pouvons observer l'aggravation des troubles déjà présents pouvant renforcer l'isolement, le repli sur soi et donc une impossibilité d'aller vers la vie sociale. L'aggravation de troubles éventuellement présents chez l'enfant peut alors être observée et peut avoir comme conséquence des coûts supplémentaires et donc renforcer négativement la précarité financière et matérielle de la famille.

Cette spirale pathogène décrite est causée par une situation de départ qui est suivie de nombreux renforcements négatifs empêchant le cercle familial de pouvoir s'investir socialement. De plus, nous observons une montée de la précarité psychologique pouvant aller jusqu'aux carences éducatives.

Nous observons cet effet de spirale pathogène chez Tiréou au début de son arrivée à la PMI.
La situation familiale devient compliquée lorsque le père se fait incarcérer. La mère se retrouve alors seule avec son fils. Elle ne travaille pas et semble isolée. Nous pourrions observer une précarité financière et psychologique dues à ce contexte. Dans cette situation et également pour plusieurs raisons, Tiréou devient difficile à gérer. Elle ne souhaite pas demander de l'aide, probablement trop préoccupée émotionnellement par l'entrée en prison de son mari. Dans ce contexte, l'agitation de Tiréou s'aggrave. La mère, quant à s'isole de plus en plus, peut-être par honte ou par peur de montrer qu'elle est débordée par sa situation familiale. Jusqu'au jour où, elle dit "je n'en peux plus, j'ai failli le frapper". Dans cette situation, nous voyons la formation de cette spirale pathogène autour de cette maman. Cela débute par une fragilité psychologique et émotionnelle maternelle. Puis nous voyons l'apparition d'une agitation psychomotrice dû probablement à une insécurité psychique de Tiréou. Son comportement s'aggrave, il devient "ingérable", jusqu'au jour où la mère risque de passer à l'acte.

Dans un contexte comme celui de Tiréou, je souhaite développer différents points sur le plan psychomoteur, afin d'appuyer mon raisonnement ci - dessus.

1.1. Le développement psychomoteur de Tiréou

Comme nous l'avons dit dans la partie clinique, Tiréou est un enfant âgé de 2ans et 6 mois. Ce petit garçon ne présente pas de retard avéré. Son agitation psychomotrice crée chez lui une abondance de mouvement sans but réel.

Concernant la motricité fine, Tiréou a une bonne manipulation des objets. En effet, vers cet âge la préhension, les coopérations bimanuelles ainsi que la prise digitale commencent à s'assouplir au niveau du poignet.
Chez Tiréou nous apercevons une mauvaise régulation tonique qui ne lui permet pas d'atténuer son geste lorsqu'il dessine et le trait reste très marqué. De plus, nous observons que son geste est proximal. Progressivement, avec l'âge, le geste se perfectionnera vers un mouvement proximo-distal.

Au niveau du langage, vers 2 ans, nous observons une explosion du vocabulaire avec la connaissance de plusieurs mots et l'utilisation du "je", "moi", "tu".

Pour Tiréou, il est difficile d'exprimer ses envies. Il a rarement recours au langage et utilise plutôt des gestes pour s'exprimer. Par conséquent, il est important que nous insistions sur l'intérêt de parler lorsqu'on donne ou demande un objet (merci, tiens, à toi, etc.)

Nous pourrions nous demander si son retard de langage est à mettre en lien avec le bilinguisme? En effet, à la maison la mère ne parle pas Français mais arabe.

La précarité psychologique et la vulnérabilité émotionnelle de la mère pourraient également fragiliser le niveau psychoaffectif de Tiréou.

De nombreux auteurs ont parlé de la relation mère-enfant. Winnicott disait: "un bébé ne peut pas exister tout seul; il fait essentiellement partie d'une relation."[35]

Pour Lamour, "les interactions précoces se définissent comme l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre un nourrisson et ses différents partenaires."[36]

Concernant l'histoire de Tiréou, comment l'attachement avec la mère a pu se faire? L'attachement doit être *secure*, c'est à dire que l'enfant doit acquérir une confiance envers ses parents. Or, dans le contexte de Tiréou, la mère étant peu disponible pour son enfant en raison de l'incarcération de son mari et donc de son inquiétude, comment peut-elle lui apporter une sécurité de base qu'elle n'a pas?

Selon Montagner, la qualité de l'attachement "influencerait de façon décisive les autres systèmes relationnels de l'enfant, tout au long de son développement."[37] Par conséquent, la première hypothèse pourrait être que l'agitation psychomotrice de Tiréou relèverait pour une partie d'un manque de sécurité maternelle.

La deuxième hypothèse pourrait être, que l'agitation psychomotrice serait une façon pour Tiréou d'interpeller sa mère afin qu'elle puisse se mobiliser et ne pas s'enfermer dans sa souffrance.

[35] Winnicott. D, L'enfant et le monde extérieur, Paris, Payot, 1957
[36] Lamour. M, Barraco. M, Souffrances autour du berceau, Gaetan Morin Editeur, 1998
[37] Montagner. H, 1999

Mais comment faire lorsque le père n'est pas la? En effet, pour Tiréou l'absence du père, donc d'une tierce personne pourrait être à l'origine de son agitation psychomotrice. Or, plusieurs auteurs affirment que l'Autre, la personne qui fait tiers dans la dyade peut être une autre figure que le père.

Dans le cas de Tiréou, nous ne savons pas si une autre personne a pu tenir ce rôle au sein de la dyade, même si nous supposons que la mère au début de l'incarcération de son mari, a dû se retrouver seule. Ceci expliquerait son entrée dans une forme de spirale pathogène où la précarité financière et psychologique influencent la fonction parentale, le développement psychomoteur de l'enfant et donc de façon plus générale sur l'identité de la mère et de Tiréou.

2. LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE

2.1. L'identité

D'après le dictionnaire Larousse 2004, l'identité a pour base latine " identitas", du latin "idem" qui signifie le même. Elle correspond au rapport entre deux ou plusieurs êtres ou choses qui ont une similitude parfaite.

Le terme identité présente donc une double signification: il représente à la fois le caractère de ce qui est identique et le caractère de ce qui est un et unique. En d'autres termes, une identité qui nous ressemble ou une identité qui nous différentie des autres.

Dès les premiers jours de vie, l'enfant se construit une enveloppe psychocorporelle, permettant de distinguer les limites entre soi et autrui, entre soi et l'espace.

C'est à partir des expériences sensori-motrices que le sujet construira son identité.

Potel évoque cette construction comme un difficile chemin d'appropriation et de différenciation, car il s'agit à la fois de se sentir soi et de se sentir différent de l'autre : "C'est par l'appropriation subjective de son corps – avoir un corps qui devient de plus en plus autonome et au service du désir, de la découverte, des expériences et de la curiosité – que l'enfant prend possession de lui-même. En d'autres termes, qu'il devient sujet de son désir, être vivant, différencié et séparé. Le chemin de cette appropriation et de cette différenciation est long et

les avancées s'accompagnent souvent de peurs, d'angoisses, de recul devant certaines épreuves."[38]

2.2. Le narcissisme psychomoteur

Le narcissisme est l'amour porté à l'image de soi-même.

Lorsqu'un enfant naît, il n'a pas de psychisme organisé. C'est dans la relation avec l'autre que cet appareil psychique se construit. C'est à partir de ses câlins, de ses mots doux mais aussi du portage que la mère est en relation immédiate avec son enfant. "Pendant que sa mère s'occupe de tout l'enfant s'occupe de lui."[39]

A la naissance, par son hypotonie axiale et son hypertonie périphérique, le bébé s'enroule, "il se regarde le nombril", cela correspond à sa "préoccupation narcissique."[40] L'enfant est donc en train de construire son Moi à travers les sensations perçues à l'extérieur et à l'intérieur du corps.

Progressivement, le bébé construira son centre corporel et pourra s'orienter vers des postures symétriques. "Le mouvement psychique qui correspond à cette symétrie, c'est la recherche d'identité."[41] Cela est possible si le regard et le portage de la mère est rempli d'amour. Le bébé consolide par conséquent sa base narcissique.

C'est grâce à la maturation de son système nerveux central, qu'une régulation tonique apportera à l'enfant une hypotonie axiale moins présente et une réduction de l'hypertonie périphérique. Par conséquent, "le troisième mouvement de cette construction narcissique est la coordination psychocorporelle."[42] Elle permettra de développer chez le bébé de nouveaux schèmes moteurs grâce aux jeux réciproques entres les muscles et les différentes parties du corps. Les coordinations "étayent [...] des sensations, des affects, des représentations [...] ainsi que la qualité de l'activité symbolique."[43]

Ce parcours permet au Moi, à l'enfant de se sentir unique. Il s'inscrit dans la duré: "l'identité psychomotrice du bébé s'assure lentement."[44] L'enroulement,

[38] Potel. C, 2010, P 79
[39] Robet Ouvray. S, L'enfant tonique et sa mère, Paris, Desclée de Brouwer, 2007
[40] Ibid, P 74
[41] Ibid, P 75
[42] Ibid, P 76
[43] Ibid, P 78
[44] Ibid, P 79

l'axialité et les coordinations s'englobent dans un processus dont le narcissisme psychomoteur est la base.

2.3. *Image du corps, image inconsciente: une identité en construction*

L'image du corps "c'est la façon dont notre corps nous apparaît à nous - même, c'est une inscription progressive à laquelle s'associe une structuration libidinale qui se construit autour des zones érogènes."[45]

Pour Freud, la constitution du Moi est avant tout corporelle et cela implique la notion d'image du corps.

Cette notion d'image du corps s'inscrit dans une dynamique car elle s'édifie en relation avec l'autre mais elle repose aussi sur nos expériences relationnelles et est fonction de notre vie fantasmatique.

Nous arrivons au monde sans notre image corporelle. Celle-ci se construit progressivement et n'est jamais définitive. Pour le bébé, elle se construit dès les premiers contacts. Or le vécu in-utéro quant à lui s'est inscrit dans la mémoire corporelle qui sera le support de la pensée.

Ce corps morcelé du départ va se construire, s'édifier: comme Deleuze parle de "l'habit d'arlequin". C'est à dire que l'enfant, par un investissement corporel successifs des différentes parties du corps va pouvoir évoluer vers une perception de son corps unifiée et différent des autres.

Nous retrouvons dans l'image du corps toute la dimension affective et la notion d'individuation. En effet, plus le corps sera en relation et plus il pourra s'individualiser.

Pour Winnicott, le processus qui développe le psychisme s'inscrit dans une dimension d'intégration (unification du Moi avec le *holding*), de personnalisation (constitution de l'intériorité et des limites corporelles avec le *handling*) et de réalisation (mise en place de la relation avec *l'objet presenting*).

Dolto dit que "l'image du corps est toujours inconsciente et elle est la mémoire ineffaçable des sensations les plus prégnantes de notre enfance."[46] "C'est une représentation imaginaire de notre corps qui reflète le temps vécu, passé et actuel."[47]

[45] Schilder. P, L'image du corps, Paris, Gallimard, 1980
[46] Dolto. F, L'image inconsciente du corps, points, Paris, 2014
[47] Ibid

Plus récemment, Pireyre, a reconsidéré la nature de l'image du corps en psychomotricité. Il se base sur les principes neurophysiologiques de Damasio, sur la psychanalyse de Dolto et Nasio et surtout il s'appuit sur des apports cliniques pour mieux comprendre cette notion.

Pour lui, l'image du corps est une "image composite du corps." La dimension inconsciente de l'image du corps ne suffit pas à l'expliquer. Selon ses mots, "l'image du corps ne se résume pas à la représentation qu'on se fait de son corps.[48]Il définit ainsi plusieurs composantes de l'image composite du corps qui sont:

-Sensation de continuité d'existence
-Identité
-Identité sexuée
-Peau physique et psychique
-Représentation de l'intérieur du corps
-Tonus
-Sensibilité somato-viscérale
-Compétences communicationnelles (l'expressivité du corps)
-Angoisses corporelles archaïques.

Nous remarquons que l'identité revient deux fois dans les composantes de l'image du corps. Le choix de Pieryre étant de hiérarchiser l'identité comme un sous-système de l'image du corps alors que nous pourrions considérer au contraire que certaines composantes, comme la représentation de l'intérieur du corps, ou l'expressivité du corps, sont des sous-systèmes de l'identité.

2.4. De l'identité à la fonction parentale

La parentalité fait donc référence au vécu de "l'identité parentale" mais aussi au sentiment de compétence pour accomplir cette fonction. L'identité parentale est une dimension qui compose la parentalité. Elle est définie comme la manière dont chacun s'estime et se présente en tant que parent, à autrui et à soi-même.

La fonction parentale permet aux enfants, en leur donnant les moyens éducatifs, affectifs et matériels nécessaires, de devenir adulte. Elle est susceptible d'être assumée par une pluralité d'acteurs (beaux-parents, institutions..). Cette fonction représente l'axe de l'identité de l'enfant.

[48] Pireyre. E, Clinique de l'image du corps: du vécu au concept, Dunod, Paris, 2011

Cette identité dont le parent est à l'origine va permettre à l'enfant de se connaître soi tout en étant différent de l'autre. Korff-Sausse explique que l'identité se constitue dans un double mouvement " d'assimilation et de rejet, d'introjection et de projection d'éléments venant d'autrui et du monde extérieur, que nous intériorisons afin de les faire nôtres. Malgré cette tendance à l'intégration, nous sommes composés d'éléments qui gardent leur caractère d'étrangeté. "[49]

A partir de cet extrait, nous retrouvons le double enjeu dans lequel s'est retrouvé la mère de Tiréou. Lorsque son mari est sorti de prison, cette mère n'est jamais revenue en consultation à la PMI. Comme dit plus haut, nous avons émis l'hypothèse qu'elle ne souhaitait plus revenir, car le centre de consultation faisait référence pour elle aux difficultés qu'elle avait connues pendant l'absence du père.

Lors de sa venue aux séances, elle a assimilé les conseils de la psychomotricienne. Elle s'est appropriée cela, afin de pouvoir les réaliser ultérieurement. Par conséquent, son identité parentale a été renforcée.

Lorsque son mari est sorti de prison, cette maman a comme "rejeté" l'accompagnement que la psychomotricienne avait fait auprès de Tiréou, par crainte éventuelle de montrer à son mari qu'elle avait eu des difficultés pendant son absence. Nous retrouvons un clivage chez cette mère qui a introjecté tout ce parcours de vie pouvant créer une forme "d'encryptage" pouvant être à l'origine d'une insécurité psychique prochaine.

La perte est vécue comme "un déni radical [...] devant un [...] deuil dont on est frappé. Tous les mots qui n'auront pu être dits [...] seront avalés, en même temps que le traumatisme, cause de perte. Avalés et *mis en conserve*."[50]Cela correspond à "l'introjection de la perte comme l'incorporation de l'objet perdu." [51]Cette incorporation est "attribuée à un *deuil inavouable*"[52]"et ce produit lorsqu'il y a obligation de renier la réalité [...] avec une perte [...] narcissique." [53]

L'identité personnelle et parentale seraient donc basées sur une construction, un long processus, qui mettrait en jeu la profonde intimité entre les expériences corporelles et la vie psychique.

---

[49] Sausse. S, Le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste, Paris, Calmann-Levy, 1996

[50]Abraham. N et Torok. M, Destins du cannibalisme: Introjecter-Incorporer, Nouvelle revus de psychanalyse, Numéro 6, Paris, Gallimard, Automne 1972

[51]Ibid, P 115

[52] Ibid, P 116

[53] Ibid, P 120

2.5. Les conséquences de la précarité

2.5.1. Sur l'identité de l'enfant au travers du parent

La précarité de la vie quotidienne a des conséquences sur la santé des enfants qui subissent des carences alimentaires, un retard dans l'accès aux soins, des pathologies parfois liées aux logements insalubres et une souffrance psychique qui trouve son origine dans l'instabilité et l'insécurité de la situation. La précarité a des conséquences au long cours sur la construction des enfants et peut avoir un impact sur leur capacité à se construire pour l'avenir un "capital culturel et social."[54]

D'après Moro, professeure de psychiatrie de l'enfant et de l"adolescent et directrice de la maison des adolescents maison de Solenn, Paris, "les effets de la précarité sur les enfants et les adolescents sont comparables à ceux de la "guerre", les conséquences de la précarité sont directes et indirectes, avec parfois un effet transgénérationnel"[55]. C'est à dire que tout ne se passe pas "ici et maintenant". Effectivement, des facteurs antérieurs peuvent conduire à la reproduction de l'histoire personnelle du parent.

Les effets directs ont une action sur les enfants en cours de développement. Le manque de nourriture, de sécurité amène un risque majeur dans la construction de l'enfant. A cela peut se rajouter la question du regard de l'autre, de la stigmatisation en lien avec les personnes immigrés par exemple.

Les effets indirects sont liés à la protection et à l'attention que les parents ont pour leurs enfants. Or, cet accompagnement peut être discontinu et entraîner parfois une perte identitaire pour ces enfants ou adolescents vivant dans une situation de précarité. Ainsi l'enfant peut être touché par une vulnérabilité psychique puis associée à l'angoisse de la situation familiale peut entraîner une construction identitaire en perte de vitesse. La précarité peut empêcher les parents d'exercer une fonction sécurisante qu'est la parentalité.

C'est dans ce contexte, que le psychomotricien doit porter son attention sur l'identité parentale qui s'est créée ou qui se construit avec l'enfant. Les signes de cette construction sont en lien avec les éléments que perçoit le

[54] Moro. M-R, Parents en exil. Psychopathologie et immigrations, Paris, Puf, 1994
[55] Ibid, 1994

psychomotricien provenant de sa propre identité. Il faut faire attention sur la circulation de phénomènes d'identification entre le thérapeute et le patient.

Dans le contexte de Tiréou, la précarité familiale mais aussi psychologique de cette jeune mère rend les assises narcissiques fragilisées chez Tiréou. En effet, l'agitation psychomotrice de Tiréou est probablement la cause d'une insécurité psychique provenant certainement de l'absence du père. L'agitation psychomotrice pourrait être la conséquence d'un manque de cadre.
Aucune coordination psychocorporelle n'est possible et une mauvaise régulation de son axe corporel est observée. Ce manque d'axialité et de coordination rend "l'installation et le développement de base psychique du narcissisme et de la construction du Moi" [56] fragilisée.

Le travail en psychomotricité va permettre à travers l'intégration des sensations et d'expériences corporelles positives d'étayer et d'enrichir l'image du corps de Tiréou et par conséquent son identité.

2.5.2. Sur la fonction parentale

L'enfant se développe psychiquement grâce à une certaine forme de stabilité, que nous retrouvons généralement dans le noyau familial. La stabilité permet de construire chez l'enfant une identité personnelle qui lui donnera " un sentiment continu d'exister."[57] Cette stabilité extérieure sera la conséquence d'une stabilité intérieure.

Dans un contexte de précarité, deux facteurs pourraient fragiliser la parentalité: la rupture et la légitimité des parents aux yeux de leur enfant et de la société.
Concernant le premier facteur, la discontinuité de la réalité extérieure et par conséquent la précarité familiale sont dues généralement aux ruptures, comme par exemple, la séparation des deux parents, mais aussi des changements d'habitat, de culture, de pays ou de religion.
Quant au deuxième facteur " Nul ne peut exercer des fonctions parentales s'il ne se sent légitimé à le faire et reconnu dans ses fonctions par la société dans laquelle il les exerce"[58]. Dans une situation de précarité, il faut redonner la

[56]Robet Ouvray. S, L'enfant tonique et sa mère, Paris, Desclée de Brouwer, 2007
[57] Winnicott, 1971
[58] Leclercq. C , Bulletin national santé mentale et précarité, De l'exil à la précarité contemporaine, difficile parentalité, Rhizome, Décembre 2009, N°37

légitimité aux parents pour qu'ils retrouvent une base sur laquelle ils vont pouvoir s'appuyer pour remplir leurs droits parentaux.

Le parent inscrit l'enfant dans une filiation et construit avec lui, au quotidien, une appartenance commune à une histoire et à un groupe humain.

Le psychomotricien dans son soutien à la parentalité va renforcer le narcissisme de la mère en lui apportant un regard complémentaire et de l'aide compte tenu de la situation familiale.

Deux registres d'actions sont donc présents. Les actions internes avec les expériences psychomotrices multiples que par exemple Tiréou pourra faire dans un cadre thérapeutique déterminé. Mais aussi les actions externes concernant le soutien à la fonction parentale et sur l'insertion de la famille dans l'espace social (proposition accueil parent-enfant, halte garderie. Etc.)

Dans le contexte de Kalil, sa mère est une jeune femme qui découvre la fonction de parent. Son isolement familial pourrait impacter à plusieurs niveaux l'intégration psychomotrice de Kalil. Or, son identité est en voie de maturation comme l'est le développement psychomoteur de Kalil. C'est donc une construction à deux à laquelle nous assistons.

De façon plus générale, le manque de moyen ne rend pas pour autant les parents moins compétents que les autres. En effet, ni la précarité, ni la disqualification sociale, qui vont souvent de pair, n'entrainent automatiquement une disqualification parentale. Le bien-être des enfants reste pour tout parent la préoccupation centrale.

"Une meilleure compréhension du vécu des parents précarisés permettrait d'aller au-delà d'une simple comparaison "normative"[...] d'ou la nécessité de prendre en compte la famille et son bien-être dans sa globalité."[59]

Le soutien à la parentalité que propose le psychomotricien à la PMI ou au CMPP a pour objectif premier, d'asseoir les compétences des parents en leur faisant prendre confiance de leurs capacités éducatives et leur faire prendre conscience qu'une évolution est possible. Pour cela, la formation d'une alliance thérapeutique doit être un axe central de l'accompagnement.

[59] Ibid

2.5.3. Sur l'image du corps

2.5.3.1. Du côté de l'enfant

Chez les enfants l'image du corps se construit de façon progressive mais elle peut vite être altérée si ils vivent dans une situation de grande précarité. "Je crois que, pour les enfants, la pauvreté, ce ne sont ni des chiffres, ni des analyses socio-économiques, mais une vraie misère et des blessures psychologiques qui les font souffrir tous les jours. " [60]

L'enfant est un être en développement mais aussi insouciant. Or, des blessures psychiques liées à une situation de précarité entravent l'expérience de cette insouciance, d'ou l'intérêt de soutenir pleinement ces enfants.

2.5.3.2. Du côté des parents

Les parents quant eux sont exclus du corps social. Ils perdent ainsi leurs légitimités en tant que parent. Le lien qu'ils ont à leur image corporelle est en conséquence altéré. Un désinvestissement peut être visible. En effet, la représentation du corps se lie aux expériences relationnelles, répétitives, archaïques et actuelles. Dans un état de précarité où les droits fondamentaux ne sont pas acquis, la représentation du corps affaibli et changeant peut être source de détresse psychique.

Pour Sami Ali, le corps est ce qui permet à la représentation d'exister, sur le double plan du réel et de l'imaginaire. Nous pouvons nous questionner: est ce que l'identité est fondée sur l'imaginaire? Et dans ce cas, est ce que la précarité impacte la fonction imaginaire du parent et de l'enfant? Comme le dit Gatecel, " l'identité fondamentale du sujet s'inscrit dans la structuration de l'imaginaire corporel ; c'est par l'omniprésence et la mise en scène de cette fonction imaginative que le corps va trouver son lieu."[61]D'où l'importance de travailler avec Hichem sur cette fonction imaginaire. En effet, en proposant des modalités d'organisation psychocorporelle en relation, nous tentons de le rendre capable de fantasmer et de rêver. En proposant de travailler autour "du jeu partagé", nous investissons également le symbolisme mais aussi les représentations en mettant le corps au centre de l'action.

[60] M. T. Hermange , Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion Atelier « Familles vulnérables, enfance et réussite éducative ».
[61] Gatecel. A, L'imaginaire, Paris, Bayard, 2004

3. LE DISPOSITIF THERAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITE

Comment le cadre devient-il thérapeutique?

3.1. Un espace

Pour les psychomotriciens, le cadre est fait de plusieurs conditions. Dans "Etre psychomotricien", Potel parle des conditions matérielles, d'espace, de temps, d'encadrement et de fonctionnement institutionnel du cadre.

Le psychomotricien doit travailler dans un lieu où des gestes, du plaisir mais aussi de l'excitation peuvent être présents. Cet espace permet d'apporter des expériences autour des sens et de la mise en acte du corps ; il est sensorimoteur. Le thérapeute s'implique corporellement avec sa propre sensibilité mais aussi par l'intermédiaire de matériaux tels que des jeux, des tissus, afin que les enfants puissent s'investir également avec leur corps.

La régulation du temps joue également dans la construction d'un cadre thérapeutique.

Et tout ceci, ne peut prendre forme que si l'institution permet au psychomotricien d'avoir un appui psychique, afin que les professionnels puissent réfléchir sur leur travail. De plus, un étayage entre les divers professionnels permettrait au thérapeute de trouver une cohérence dans ses pensées et dans sa pratique.

Dans les différents stages que j'ai pu faire durant mes trois ans de formation, j'ai compris l'importance d'instaurer un cadre thérapeutique pour soi. C'est à dire, se sentir bien psychiquement et physiquement dans un espace que l'on nous donne. Mais aussi, un espace pour le patient qui se doit d'être *secure*, contenant et qui apporte une certaine régulation de leur propre pensée et de leur corps.

Dans le cas de Tiréou, le cadre fait partie du dispositif thérapeutique. Lors des séances, il teste en permanence la solidité du cadre en le mettant en péril par son agitation et son comportement.
Le cadre apporte une sécurité interne à Tiréou. Par conséquent, il nous faut être garant de ce cadre.

3.2. Un cadre thérapeutique

Nous rencontrons chaque jour, des situations familiales qui diffèrent par leur constitution, leur fonctionnement, leurs coutumes ou encore leurs croyances. Par sa posture, le psychomotricien doit avoir la capacité de jongler avec tous ses paramètres afin de ne pas rentrer dans le jugement et dans l'interprétation.

Pour le psychomotricien la relation thérapeutique se mêle à la connaissance qu'il a de lui-même, c'est à dire une connaissance sensorielle, motrice et psychique. Nous pourrions même parler "d'une connaissance psychomotrice". Le but premier du psychomotricien étant "de permettre une mise en pensée du corps"[62] par un étayage relationnel.

La relation thérapeutique se crée dans un dispositif et dans un cadre précis. Le psychomotricien travaille avec deux notions indispensables autant dans le contenu des séances qu'en dehors qui sont le temps et l'espace.

Pour Potel, "le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée."[63]

Le cadre assure la qualité de la rencontre, et la dynamique ultérieure du suivi. D'après Bourger,[64] le cadre psychomoteur se trouve à deux niveaux:

- le cadre physique, matérialisé par un lieu, une durée, un horaire et une organisation. Il s'inscrit dans un cadre espace-temps.
- le cadre psychique qui repose sur la qualité d'empathie, d'écoute du psychomotricien. Cet espace est contenant, il pose les interdits et les possibilités.

Le cadre propose aux parents et à l'enfant, un espace propice au dialogue et à l'écoute. Les parents souvent investissent les premières minutes de la séance pour parler du quotidien (par exemple: le rythme de sommeil de l'enfant, son appétit...etc.) et du motif de consultation. C'est à partir de plusieurs questions du psychomotricien que les parents peuvent exprimer plus en détails leurs difficultés quotidiennes avec l'enfant où expliquer leur situation familiale si celle-ci s'avère être complexe. Ils peuvent également évoquer des données plus

[62] Potel. C. Etre psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir, Toulouse, ères, 2010
[63] Ibid, 2010
[64] Bourger. P, De l'appropriation des concepts à l'individualisation de la prise en charge en psychomotricité in psychomotricité: entre théorie et pratique, Paris, in press, pp 65-80, 2008

personnelles (par exemple: les conditions de vie, les difficultés financières, alimentaires. etc.) qui sont essentielles pour accompagner au mieux l'enfant.

Par exemple, pour Kalil, c'est vers la fin de la séance que la mère nous dira que pendant sa grossesse, son compagnon a eu des comportements violents envers elle.

3.3. Le psychomotricien en relation

3.3.1. Grâce à son engagement corporel

C'est grâce à sa posture, son écoute, son empathie, sa compréhension des différentes situations qu'il rencontre que le psychomotricien est capable à travers son corps d'interagir avec l'environnement.

La médiation utilisée par le psychomotricien fait référence à l'objet transitionnel décrit par Winnicott. Une médiation c'est "un intermédiaire. Un processus créateur. "[65] Nous pouvons dire que la médiation est un intermédiaire entre soi et l'autre.

Dans la situation d'Hichem, son refus de jouer avec l'autre, est-il lié à une angoisse ? Celle-ci est elle due à son histoire familiale? Enfin l'impossibilité de se détacher de la réalité pour aller dans l'imaginaire de l'autre en utilisant une médiation tel que "le jeu partagé" est elle la conséquence d'un manque de sécurité interne?

Le bébé vit en état d'union avec la mère. Progressivement, il sera en état de relation avec elle. Une transition sera faite. L'objet représente donc le corps de la mère et l'objet extérieur, cet espace entre les deux permet l'illusion, l'imaginaire. L'objet représente le processus de cette distanciation que le bébé a vécu avec sa mère. La médiation s'assimile donc à l'objet transitionnel. L'objet devient médiation de l'aire d'illusion. Comme le dit Rodriguez, "la médiation est un processus thérapeutique singulier qui s'appuie sur la matérialité du médiateur et la participation active du thérapeute.[66]

A partir des travaux de Winnicott, nous pouvons dire que "les processus psychiques pour pouvoir se représenter ont besoin d'un temps intermédiaire dans

[65] Potel. C. Etre psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir, Toulouse, ères, 2010
[66]Rodriguez. M, Où en est la psychomotricité? Etat des lieux et perspectives pour une approche psychodynamique, La médiation: un processus thérapeutique, Paris, Edition in Press, 2014

lequel ils vont se symboliser, prendre forme dans les objets, nous suggérons de considérer la médiation comme un processus qui vise au déploiement de l'activité représentative."[67]

A travers son corps mais aussi des objets ou des matériaux qui deviennent médiateurs par leurs utilisations le psychomotricien pourra "proposer de faire de "vraies choses", qui sont investies pour-elles mêmes. C'est en cela que la médiation va avoir une véritable valeur de symbolisation, parce qu'elle est investie pour elle-même."[68]

Les médiations corporelles, proposées par le psychomotricien, ont pour objectifs de proposer des sensations et des perceptions dans un étayage relationnel structurant afin d'apporter la transformation des éprouvés en représentations.

Tout au long de notre formation, diverses expériences corporelles nous sont proposées. A travers un travail d'expressivité corporelle, de relaxation et de conscience corporelle, le psychomotricien dispose de nombreux outils afin de proposer à son patient une implication corporelle dans une perspective créatrice et structurée.

Les dispositifs en psychomotricité sont "des propositions offertes aux patients qui visent [...] à mettre dans une certaine disposition, afin d'activer ou de réactiver des éprouvés corporels."[69]

3.3.2. Grâce à son ajustement

Un jour à la PMI, je reçois un petit garçon avec sa maman. L'enfant présentait un trouble de la relation et de la communication. Lors de la séance, il ne répondait pas à mes questions, il ne parlait pas, ne répétait pas les mots et n'imitait pas les sons. Après plusieurs essais de ma part, la maman lui dit le mot (donne) en arabe et je m'aperçois qu'il le répète. Je demande alors cette dernière ce qu'il vient de dire puis elle m'explique qu'ils parlent arabe à la maison. A ce moment là, j'ai demandé à la maman de m'apprendre le mot que je voulais qu'il dise pour pouvoir ensuite communiquer avec lui. J'ai répété ce mot et j'ai enfin pu rentrer en communication avec lui.

[67] Ibid, P 277
[68] Ibid, P 366
[69] Rodriguez. M, Où en est la psychomotricité? Etat des lieux et perspectives pour une approche psychodynamique, Paris, Edition in Press, 2014

Suite à cette séance, j'ai pris conscience que mon adaptation dans cette situation à été primordiale pour pouvoir réussir à rentrer en communication avec ce petit garçon et lui proposer des activités. De plus, j'ai pu apercevoir un sourire chez la maman, lorsque j'ai essayé de prononcer correctement le mot en arabe.
Ainsi, l'ajustement du psychomotricien au vécu du patient est indispensable au bon déroulement et à l'évolution des séances.

Dans ce genre de situation je pense qu'il est essentiel pour le thérapeute d'essayer de créer du lien. Ceci lui permettra par la suite de garder une continuité et une régularité dans l'accompagnement de son patient. Sans cet ajustement, l'alliance thérapeutique parait plus difficile à créer.

Lors d'une séance, Hichem ne souhaitait pas entrer dans la salle de psychomotricité. Je l'ai donc porté dans mes bras comme un nourrisson, puis je me suis assise sur le banc. En observant qu'il ne bougeait pas, je me suis mise à le bercer pendant que nous regardions les autres enfants jouer. Ce n'est que vingt minutes après qu'il a pu partager l'activité avec les autres enfants. Plusieurs exemples comme celui-ci montrent qu'il a fallu faire preuve d'un ajustement important avec Hichem. En effet, nous avons accepté qu'il ne rentre pas en même temps que les autres, mais aussi qu'il puisse rester assis sur le banc. Hichem est un enfant qui était énormément dans le contrôle, et qui avait besoin de temps. Si nous n'avions pas toléré cela, je ne pense pas qu'il aurait pu progressivement trouver sa place dans le groupe et accepter "l'autre". Notre ajustement a permis à Hichem d'explorer les différentes situations et donc progressivement d'être parmi les autres sans vouloir tout contrôler.

L'ajustement du psychomotricien peut également se voir lorsqu'il doit expliquer les courriers de médecin ou de spécialiste aux parents . En effet, souvent les familles sont incapables d'expliquer la cause des troubles de l'enfant. Je pense que ce temps permet de rendre acteur les parents dans l'accompagnement de leur enfant. Le soutien à la parentalité peut se faire par des conseils que la psychomotricienne peut donner aux parents mais il me semble essentiel d'expliquer aux parents les raisons de leur venue lorsque par exemple un enfant a des trémulations ou d'expliquer pourquoi un enfant présente un retard psychomoteur... etc.

A mon sens, la crédibilité du psychomotricien passe par la capacité qu'il a de rassurer les parents, de les informer mais aussi de montrer son

professionnalisme grâce à ses diverses compétences (en neurologie, physiologie, anatomie, neuropsychologie). Mais, nous voyons très clairement en séance, que la connaissance n'a aucun poids s'il n'y a pas d'empathie.

Etre psychomotricien est un tissage entre le savoir, le savoir-faire et le savoir être.

3.4. L'alliance thérapeutique

Je pense que l'alliance thérapeutique peut se créer dés le premier rendez-vous. La relation de confiance permet d'instaurer rapidement l'accompagnement en psychomotricité.

La confiance qui s'établit entre la famille et le psychomotricien permet à ce dernier de créer une alliance thérapeutique. Cette dernière comprend l'implication et la collaboration des parents dans le déroulement des soins. En effet, la continuité des séances, l'engagement qu'a le parent pour les soins nous permet en tant que thérapeute, de construire un projet thérapeutique solide autour de l'enfant et de sa famille et de proposer ensuite un suivi adapté et continu.

Grâce à la relation que nous avons installée avec ma maître de stage, la mère de Kalil a pu se livrer sur ses difficultés conjugales et familiales. Ses explications, nous ont permises d'élaborer un accompagnement convenant au mieux pour elle et son enfant. Je pense que l'écoute mais aussi la crédibilité du thérapeute dans ses attitudes et ses comportements sont des éléments essentiels pour conforter l'alliance thérapeutique.

Pour Tiréou, la maman a rapidement investi les séances de psychomotricité. En effet, les rencontres avec la psychomotricienne lui ont apportés un autre regard sur la situation familiale et sur son rôle de mère. Par son approche, la psychomotricienne lui a redonné confiance en elle, ce qui lui a permis de gérer au mieux son rôle de parent durant l'absence du père. Cette mère était prise dans une problématique émotionnelle compte tenu de la situation de son mari. Mais elle se retrouvait également face à son rôle de mère qu'elle ne maitrise plus. L'alliance thérapeutique qui s'est créée entre la psychomotricienne et la mère a permis à cette dernière d'ajuster et de mieux comprendre l'agitation psychomotrice de Tiréou.

La maman d'Hichem, quant à elle, a été accompagnée par la psychomotricienne et la psychologue du CMPP. Celle -ci s'entretient avec la mère plutôt sur son statut de femme avec ses difficultés, tandis que la

psychomotricienne tente de décrypter les comportements d'Hichem. Il y a donc un rôle de complémentarité afin d'accompagner au mieux la parentalité. Par exemple, lorsque Hichem s'est montré violent à l'école, nous avons essayé de donner du sens à son comportement, en évitant de culpabiliser et d'angoisser la maman.

Notre travail est donc d'écouter cette violence et de la réduire au maximum.

3.5. Une contenance corporelle grâce au dispositif thérapeutique

C'est à partir des travaux de Bion, que la notion de contenance apparait. Pour lui, la contenance "c'est la capacité de la mère à rêver son bébé, à le penser pour lui permettre de transformer du mauvais en du bon."[70]

Ce terme de contenance a été "transféré" à la psychomotricité en se définissant comme "la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé."[71]

Lorsqu'un enfant arrive au monde, la maman a une fonction de nourricière mais elle va aussi servir de contenant pour les sentiments de déplaisir. L'enfant lui ne peut gérer ses émotions seuls. C'est par conséquent, la mère qui par son propre fonctionnement psychique va lui permettre d'acquérir la capacité de transformer ses vécus en pensées.

La théorie de Bion montre également que la tolérance à la frustration dépend en grande partie du "processus de formation des pensées."

Au fil des séances avec Tiréou, je m'aperçois que c'est un petit garçon qui ne peut pas accepter les frustrations. C'est à dire qu'il lui est impossible de transformer sa frustration en pensée. Comme le dit Bion, il rejettera cette frustration à partir des cris et des pleurs.

Pour le psychomotricien, la contenance thérapeutique se caractérise par un rôle maternel, paternel et de pare-excitation. C'est par conséquent qu'à partir de son corps et de ses éprouvés une trame d'enveloppe relationnelle peut se créer.

Tiréou est un enfant qui fait de nombreuses colères. Dans cette situation, le petit garçon est dans une recherche de cadre. Il recherche l'autorité dont la

[70] Ibid, P 328
[71] Ibid, P324

mère ne peut lui donner. Grâce au "NON" de la psychomotricienne et par sa posture faisant référence au regard paternel, il peut davantage tolérer la frustration. Tiréou en criant est en demande de limites, de ce cadre pour être *secure*. Son insécurité face à l'environnement refait surface. L'autorité de la psychomotricienne va permettre à la mère de s'autoriser à être autoritaire.

Lors des consultations à la PMI, nous avons également observé que Tiréou n'a aucune conscience du danger. Sa motricité est désorganisée et pulsionnelle. Je lui propose plusieurs activités sensorimotrices structurées qui amènent à la chute. Je choisis cette activité car il est en recherche de projection de son corps.

Le psychomotricien transforme alors cette expressivité du corps en une activité construite où le respect de soi même est la ligne conductrice. Dans la recherche de la chute, il y a un besoin d'expérimenter la verticalité et le déséquilibre. Lorsque l'enfant souhaite chuter, il cherche à se désaxer pour mieux s'axialiser. Pour Tiréou, cette proposition permet d'expérimenter également la contenance du psychomotricien.

Dans sa fonction maternelle, la mère a aussi un rôle de pare-excitation, c'est à dire savoir contrôler les excitations de l'enfant en rythmant ses sollicitations et en s'adaptant afin que le bébé puisse intégrer ce qui se joue. Pour le psychomotricien, son rôle pourrait s'assimiler également à celui-ci. En effet, en proposant des stimulations motrices ainsi que des expériences ludiques, il doit être garant d'une bonne intégration psychique tout en contrôlant d'éventuels débordements.

Pour conclure sur la notion de cadre en thérapie psychomotrice, nous pouvons dire que le cadre "c'est avant tout la disponibilité psychique du thérapeute qui va faire appel, à l'intérieur de lui, à sa propre capacité à être, en même temps, un réceptacle et un séparateur."[72]

4. LE ROLE DU PSYCHOMOTRICIEN

4.1. Les différents champs d'action du psychomotricien

Potel, dans son livre "Etre psychomotricien" précise que le psychomotricien peut intervenir selon cinq axes essentiels qui sont:

[72] Ibid, P331

-'la prévention et l'éducation psychomotrice;
-les rééducations psychomotrices;
-les thérapies psychomotrices;
-les médiations thérapeutiques;
-les psychothérapies psychocorporelles."[73]

Dans le contexte de mon mémoire, j'affinerais les axes de la prévention, de l'éducation et des thérapies psychomotrices.

4.1.1. La prévention psychomotrice

La prévention correspond à "l'ensemble des dispositifs pris pour prévenir un danger."[74] En psychomotricité, la prévention que nous retrouvons particulièrement en PMI, peut se développer sous différentes formes : par exemple un affichage sur les différents niveaux d'évolutions motrices d'un enfant, l'apport d'informations concernant les dangers de l'utilisation trop précoce du trotteur, de conseils sur le portage d'un enfant ou le positionnement du bébé au moment de l'allaitement.

A de nombreuses reprises, Pavot-Lemoine insistait bien pour spécifier son rôle: "la présence des psychomotriciens dans les structures d'accueil du tout petit et de l'enfant et dans l'accompagnement de la parentalité s'inscrit dans la prévention." [75]

Par exemple, la prise en charge de Kalil a été axé sur la prévention. Au départ, le suivi en psychomotricité a été indiqué pour une hypertonie observée par le pédiatre et pour la présence de nombreux reflux gastriques. Un bilan neuro-psychomoteur a été réalisé mais il n'a rien révélé d'anormal chez Kalil. Par conséquent, et au vue de la situation de la jeune mère, la psychomotricienne a décidé d'agir préventivement. Ainsi, plusieurs conseils concernant entre autre la nourriture et le portage ont été donnés à la mère.

4.1.2. L'éducation psychomotrice

L'éducation psychomotrice me fait penser à ma première rencontre avec Tiréou. Le petit garçon ne souhaitait pas venir dans la salle de psychomotricité

[73] Potel. C, Etre psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir, Toulouse, ères, 2010
[74] Le Larousse de poche, 2012
[75] http://prod-3newcg93.integra.fr/Cecile-Pavot-psychomotricienne-en.html

pour commencer la séance. Il se roulait par terre, criait et n'écoutait pas. D'un ton très ferme, la psychomotricienne lui dit :" Tiréou, tu viens immédiatement. Ce ne sont pas les enfants qui commandent, ici, mais les adultes comme maman et moi."

Une fois dans la salle, la mère nous confie alors ses difficultés à calmer Tiréou et à se faire respecter. A travers l'autorité, la psychomotricienne montre à la maman que Tiréou pour grandir a besoin de règles afin qu'il puisse apprendre à vivre en société. Faire comprendre les règles à un enfant lui permettra d'évoluer dans un cadre sécurisant.

Pour conclure sur l'apport préventif et éducatif en psychomotricité, nous pourrions dire que le travail autour de l'éveil psychomoteur rend "toutes ces actions comme des actions préventives à partir du moment où elles interviennent auprès de l'enfant très jeune en construction et en plein développement."[76]

4.1.3. Les thérapies psychomotrices

Les thérapies psychomotrices restent des dispositifs de soins classiques mises à part qu'elles vont se faire sur le support d'une activité expressive. Au cœur des thérapies psychomotrices, le lien relationnel est au centre du processus thérapeutique entre le psychomotricien et le patient.

Au CMPP, la psychomotricienne utilise comme médiateur principal "le jeu partagé". Pour Hichem, tout le travail consiste à élaborer une histoire ou des personnages à partir d'une pensée imaginaire. Ensuite, il faudra construire, organiser, jouer et se représenter le jeu. C'est une façon "de développer la mise en jeu du corps alliée à la dimension symbolique du langage dans la rencontre avec autrui." [77] C'est à partir des matériaux (briques, Kapla. etc.) et de la découverte sensorimotrice que l'enfant "va pouvoir dire quelque chose de son expérience interne qui correspond au mieux à son expérience subjective." [78]

Le travail spécifique dans le cadre du CMPP se base sur "le jouer partagé" et "sur être ensemble". C'est dans ce but que le dispositif thérapeutique du groupe nous permet une élaboration ensemble qui se partage et se confronte. En effet, le groupe en règle générale permet d'organiser la société humaine; mais il

[76] Potel. C, Etre psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir, Toulouse, ères, 2010
[77] Gatecel. A, Psychosomatique relationnelle, nouvelles perspectives, CIPS, Paris, 2015
[78] Ibid, 2015

permet aussi d'apporter à l'individu son expérience la plus complète d'une unité sociale qui constitue une base pour s'organiser en tant qu'être.

La spécificité du jeu en thérapie psychomotrice permet d'amener comme le dit Winnicott, un espace potentiel entre l'enfant et sa maman puis entre l'enfant et les autres. Et c'est à partir d'expériences subjectives du "faire semblant ensemble" que va se constituer une communauté d'émotion.

Le psychomotricien, en fonction du lieu où il exerce mais aussi de son projet thérapeutique, pourra interagir à partir de ses principaux points décrits plus haut. Mais, avant tout, le psychomotricien est conscient qu'il doit d'abord instaurer une relation thérapeutique avec la famille et l'enfant afin de pouvoir avoir un rôle direct auprès de l'enfant et indirect en accompagnant la parentalité.

4.2. Deux propositions de dispositifs thérapeutiques pour soutenir la parentalité

4.2.1. Distinction entre guidance et soutien à la parentalité

Je pense qu'il est important de distinguer dans ce mémoire, abordant la parentalité et la place du psychomotricien, la différence qu'il existe entre la guidance parentale et le soutien à la parentalité.

En effet, lorsque nous guidons quelqu'un, nous avons pour objectif de l'amener d'un point A à un point B. Nous pourrions dire "nous le conduisons" vers un but précis à partir d'une trajectoire bien définie.
Or, lorsque nous accompagnons quelqu'un, nous le soutenons en maintenant une trajectoire mais qui n'est pas pré définie, c'est à dire qu'elle peut être modifiée au cours de l'accompagnement.

En psychomotricité nous essayons le plus possible de ne pas guider les parents. Nous préférons qu'ils trouvent par eux même la solution leur convenant le mieux pour réussir à interagir avec leur enfant. Ainsi pour parvenir à cela, nous nous impliquons auprès de l'enfant pour lui apporter un espace de jeu.

Dans le cas du soutien à la parentalité, nous accompagnons le parent dans ce processus qui est parfois semé d'embuches. Nous pourrions expliquer le soutien comme une co-construction, une co-élaboration entre le thérapeute et le parent afin que celui-ci puisse s'installer au mieux dans son rôle.

Nous l'avons dit plus haut, la parentalité est un processus qui s'inscrit dans un contexte social et culturel. Nous avons vu dans l'histoire de Kalil, Tiréou et Hichem que chaque parent s'inscrit dans une temporalité différente auquel le psychomotricien se doit de s'adapter. C'est pour cette raison qu'il s'emploie à un double objectif. Il se doit de proposer des expériences sensorimotrices, relationnelles et corporelles qui vont permettre d'éveiller un potentiel psychomoteur, émotionnel, cognitif et affectif chez l'enfant.

Et d'autre part, comme le dit Pavot-Lemoine, "il s'agit de soutenir les parents dans le vécu corporel, l'intégration et la mise en sens de ce qui se joue entre eux -mêmes, avec leur histoire, et leur petit enfant avec ses particularité et son parcours." Dans le soutien et l'accompagnement que propose le psychomotricien en PMI comme en CMPP, nous imaginons éviter l'aggravation des troubles.

4.2.2. Les dispositifs thérapeutiques

A de nombreuses reprises, j'ai observé les parents qui amenaient leur enfant en psychomotricité. L'investissement du psychomotricien est en grande partie le socle qui rend la relation thérapeute-parent harmonieuse. En effet, lorsque le parent et le psychomotricien se rencontrent dans la salle d'attente, nous pouvons observer si la relation est installée ou en cours grâce aux postures prises ou aux comportements de chacun.

Ce contexte relationnel est déterminé par le cadre de référence que le psychomotricien pose dès la première rencontre avec la famille. En effet, il va pouvoir analyser les difficultés de l'enfant mais aussi l'histoire familiale et si celle-ci s'inscrit également dans la problématique de l'enfant. En fonction de cela, le projet thérapeutique aboutira vers un dispositif thérapeutique où le lien parent-enfant sera travaillé directement ou indirectement.

4.2.2.1. Le travail en PMI

En PMI, les parents participent à la séance. Le psychomotricien doit être à la fois en relation avec l'enfant et avec le parent. Il est à l'écoute du parent mais propose aussi des activités cohérentes à l'enfant. Le fait que les parents soient présents pendant la séance de psychomotricité s'impose la plupart du

temps compte tenu du bas âge des enfants mais aussi dans l'objectif de travailler autour du lien parent-enfant directement.

Comme nous l'avons dit auparavant, pour Tiréou, l'objectif était de soutenir la mère dans son rôle de parent. Le projet psychomoteur avait pour but de diminuer l'agitation psychomotrice de Tiréou mais aussi de restaurer le lien mère-enfant. Dans ce contexte, la mère a toute sa place dans la prise charge. C'est en proposant à Tiréou plusieurs expériences motrices contenues mais aussi en valorisant ses capacités que nous l'inscrivons dans un processus de pensé, ceci pouvant progressivement lui permettre de tolérer de plus en plus la frustration. Progressivement et par notre intermédiaire la mère va pouvoir se rendre compte de l'évolution de son fils mais aussi va devoir se positionner afin de se faire respecter.
Tous ce processus allant "de l'agir à la pensée", nous permet d'apporter une élaboration psychique chez Tiréou et un espace des possibles à la maman.

4.2.2.2. Le travail en CMPP

Au CMPP, les parents participent rarement aux séances de psychomotricité. Lorsqu'ils sont présents, nous nous situons chez des enfants ayant des troubles de la séparation.

En revanche, d'autres enfants viennent en psychomotricité pour des raisons différentes. C'est alors, compte tenu de la problématique psychomotrice, que nous décidons si une prise en charge en groupe avec d'autres enfants ou seul peut être envisageable.

Dans le cas d'Hichem, nous remarquons qu'il n'y a pas de place pour "l'autre". Il ne peut interagir avec autrui. Cette difficulté qu'il a d'intégrer "l'autre" dans le jeu pourrait provenir d'un manque de place qu'il a vécu lorsque son père vivait encore à domicile. En effet, aucun espace de jeu pour Hichem n'était envisagé dans la maison. De plus, il ne devait faire aucun bruit dans la maison lorsqu'il y avait son père. Ce manque d'investissement spatial ajouté à l'absence d'interaction avec son père pourrait être éventuellement une des causes du malaise que présente Hichem lorsqu'il doit interagir avec ses pairs.

Pour Hichem, le groupe autour de la médiation du "jeu partagé" était un des dispositifs les plus adaptés. En effet, cet accompagnement permet à Hichem d'intégrer "l'autre" dans l'activité mais aussi de trouver sa place dans un groupe. La difficulté pour Hichem sera de ne pas prendre toute la place mais seulement

celle qui lui est attribuée. Dans ce contexte, le cadre et la présence de l'adulte permet de créer des dispositifs adéquats au projet thérapeutique d'Hichem.

C'est à partir de ce dispositif choisi et à travers la médiation du "jouer ensemble" que le psychomotricien travaille sur le lien mère-enfant de façon indirecte. En effet, la mère se trouve à l'extérieur de la salle et peut à tout moment demander une rencontre avec la psychomotricienne pour expliquer l'évolution d'Hichem en dehors du CMPP (école, maison). Si d'autres problématiques sont évoquées par la maman, le psychomotricien peut alors adapter son accompagnement.

4.3. Les difficultés et les limites de l'accompagnement en psychomotricité

Les interventions préventives, éducatives, thérapeutiques auxquelles j'ai participé sur mes lieux de stages ont soulevé quelques difficultés et limites à l'action du psychomotricien.

4.3.1. La continuité/ La discontinuité

La continuité signifie "un caractère de ce qui est continu; permanent, persistant."[79]

La continuité et la stabilité de l'environnement sont des éléments essentiels qui son garants du bon développement de l'enfant. La continuité est garant du psychisme et également socle de l'identité. "L'identité et continuité sont intimement liées: une effraction des limites du moi interrompt le sentiment continu d'existence."[80]Cette continuité environnementale permet à l'enfant de lui apporter une certaine sécurité grâce à la capacité d'anticiper certaines situations et de contrôler certaines actions.

Dans l'histoire d'Hichem et de sa mère, nous retrouvons cette discontinuité familiale du aux allers-retours du père. En effet, Hichem en ne sachant jamais quand son père va revenir, nous observons une augmentation considérable de l'angoisse. Cette insécurité psychique se caractérise par de la violence, un mal être et des réactions cutanés tel que l'eczéma. L'impossibilité

[79] Larousse, 2014
[80]Moreau. A, in Denis. P, Continuité des soins, continuité psychique, Eres, Toulouse, 2010

pour lui de ne pas maîtriser les apparitions de son père le met dans une discontinuité psychique mais aussi dans une volonté de tout contrôler.

Cette insécurité se révèle également dans la salle de psychomotricité lorsqu'il ne peut pas être le seul décideur de l'activité. Mais aussi j'ai observé de la discontinuité dans l'accompagnement que nous pouvons avoir, nous psychomotricien (lorsqu'il ne peut rentrer en séance avec les autres ou lorsqu'il ne vient pas au rendez-vous. etc.) Sa discontinuité psychique rend son accompagnement discontinu.

Lors des séances avec tous les enfants que j'ai pu rencontrer, je me suis aperçu que la continuité pour moi, donc de manière générale pour le psychomotricien était importante. Elle permet de soutenir le développement de l'enfant, de maintenir une alliance thérapeutique avec l'enfant et la famille et de tenter de faire naître chez l'enfant une sécurité interne.

4.3.2. La régularité/ L'irrégularité

La régularité correspond au "caractère de ce qui se reproduit, revient à des moments déterminés du temps."[81]

Lors des séances de psychomotricité en PMI des rendez-vous sont donnés aux familles avec parfois une distance entre les prises en charges d'au moins un mois. En effet, durant mon stage j'ai pu constater un réel manque de place pour recevoir les enfants en psychomotricité. La raison à cela est une liste d'attente d'au moins un an dans les centres spécialisés, par exemple pour la prise en charge des enfants autistes ou ayant des troubles de la relation et de la communication. Le centre de PMI n'offre donc pas un suivi régulier comme nous le souhaiterions. Or, cela reste le seul moyen pour l'instant de garantir un accompagnement minimum aux familles et aux enfants.

Au CMPP, les enfants ont rendez-vous le même jour et à la même horaire pendant toute l'année scolaire. Cependant, j'ai pu constater que certains enfants ne viennent pas de façon régulière aux séances de psychomotricité, pour diverses raisons.

Certains ont besoin de cette irrégularité pour ensuite passer dans la régularité. C'est donc à nous thérapeutes d'évaluer si l'enfant à besoin de ce temps pour évoluer.

[81] Larousse, 2014

La régularité des soins permet à l'enfant de s'investir dans les interactions mais aussi d'affiner ses représentations déjà construites auparavant.

L'importance étant de maintenir un travail pluridisciplinaire.

Si nous prenons l'exemple de l'histoire de Kalil et de sa mère, à la suite des rendez-vous avec la psychomotricienne, plusieurs contacts ont pu être possible avec la conseillère conjugale. Dans le but que la mère puisse faire valoir ses droits mais aussi avoir un lieu où elle puisse poser des questions concernant sa situation familiale.

La continuité et la régularité en psychomotricité permet de créer un lien avec l'équipe, mais aussi avec les autres structures (école, crèche, halte-garderie. etc.) et les professionnelles qui suivent l'enfant. Et aussi d'accompagner et d'orienter l'enfant et sa famille vers des structures spécialisées qui prendront le relais surtout dans le cas de l'accompagnement en PMI.

CONCLUSION

Dés le début de ma formation, je désirai faire mon stage de troisième année dans deux structures différentes qui accueillent des enfants. Mais aussi je souhaitais faire mon expérience en tant que future psychomotricienne dans un lieu où toutes les classes sociales, religions, cultures se rencontrent. En effet, le contexte social, de mon point de vue, doit avoir une place centrale lorsque nous accompagnons une famille.

C'est en rédigeant mon mémoire que je me suis rendu compte que les difficultés des familles quelles soient administratives, matérielles, financières, psychologiques, familiales et sociales ont un impact plus ou moins direct sur la fonction parentale et donc par conséquent sur le développement de l'enfant.

A travers mes rencontres et en m'appuyant sur de nombreuses théories, j'ai pris conscience de l'importance de la relation mère-enfant comme étant fondatrice de "l'être psychomoteur en devenir". Et tout ceci à travers le socle commun de la parentalité comme étant un tissage qui se construit peu à peu.

Je pense même que la construction de la parentalité pourrait se comparer au développement psychomoteur de l'enfant. C'est à dire un processus lent, avec des évolutions, des arrêts mais aussi des involutions. Le processus de parentalité est semé d'embuche, de doute identitaire, d'incertitude concernant la façon de faire mais aussi de réassurance narcissique: "on ne naît pas parent, on le devient."

C'est à partir de plusieurs dispositifs thérapeutiques que le psychomotricien peut mettre en place un soutien à la parentalité. Dans mon mémoire et grâce à mes deux lieux de stages, j'ai pu mettre en avant comment le psychomotricien pouvait être efficient dans les différents contextes exposés. Par la suite, j'ai décrit deux dispositifs thérapeutiques pouvant soutenir la parentalité. Enfin, j'ai conclu ce mémoire par les difficultés et les limites de l'accompagnement en psychomotricité.

L'exercice du psychomotricien est donc de travailler avec le corps en relation afin "de tisser ou retisser des représentations de choses corporelles : schéma corporel, image du corps, assises narcissiques et travail sur les représentations de soi."[82]

[82] Joly. F, Où en est la psychomotricité? Etat des lieux et perspectives pour une approche psychodynamique, Psychomotricité et médiations corporelles thérapeutiques. Paris, Edition in Press, 2014

Malgré tout, je m'interroge sur le moment où le soutien à la parentalité doit s'arrêter? Comment savoir si l'accompagnement a duré suffisamment de temps pour que le parent puisse retrouver confiance en sa fonction? Mais aussi comment évaluer si l'enfant a lui aussi fait le cheminement nécessaire pour s'épanouir ?

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES:

Abraham. N et Torok. M, Destins du cannibalisme: Introjecter-Incorporer, Nouvelle revus de psychanalyse, Numéro 6, Paris, Gallimard, Automne 1972

Albaret. J-M, Scialom. P, Giromini. F, Manuel d'enseignement de psychomotricité, Marseille, Solal, 2011

Bourger. P, De l'appropriation des concepts à l'individualisation de la prise en charge en psychomotricité in psychomotricité: entre théorie et pratique, Paris, in press, 2008

Boutillier. C, Mémento de psychologie du développement à l'usage des professionnels de l'accueil des bébés, Toulouse, ères, 2013

Contini. E, Lumbroso. V ,Premières années premiers liens, l'attachement de l'enfant à ses parents, Bruxelles, de boeck, 2010

Coutelle-Seydi. C , Mémoire de psychomotricité, périnatalité et migration: prévention en psychomotricité dans une approche transculturelle, session de juin 2009

Delion. P, La fonction parentale, Bruxelles, éditions Fabert, 2011

Delion. P ,Vasseur. R, Périodes sensible dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans, Toulouse,1001 BB, 2010

Dolto. F, L'image inconsciente du corps, Paris, Points, 2014

Gatecel. A, L'imaginaire, Paris, Bayard, 2004

Gatecel. A, Psychosomatique relationnelle, nouvelles perspectives, CIPS, Paris, 2015

Gauthier. J-M, L'enfant malade de sa peau, Paris, Dunod, 1993

Gross. M, Homoparentalités, état des lieux, Paris, ESF, 2000

Hermange. M-T , Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion Atelier « Familles vulnérables, enfance et réussite éducative

Houzel. D, Les enjeux de la parentalité, Ramonville Saint-Agne, Ed. Eres, 1999

Inhelder. B , **Piaget. J,** La représentation de l'espace chez l'enfant, Paris, Puf, 1947

Joly. F, Où en est la psychomotricité? Etat des lieux et perspectives pour une approche psychodynamique, Psychomotricité et médiations corporelles thérapeutiques..., Paris, Edition in Press, 2014

Kreisler. L, Psychosomatique et expression corporelle dans la psychiatrie de l'enfant et du nourrisson in S. Lebovici, F. Weil-Halpern, Paris, Psychopathologie du bébé, 1989

Lacan. L, Propos sur la causalité psychique, congrès de Bonneval, 1946

Lamour. M, Barraco. M, Souffrances autour du berceau, Gaetan Morin Editeur, 1998

La rosa. E, Santé, précarité et exclusion, Paris, Puf, 1998

Lemay. M, J'ai mal à ma mère, Paris, éditions Fleurus psychopédagogie 1979

Moreau. A in Denis. P, Continuité des soins, continuité psychique, Toulouse, Eres, 2010

Moro. M-R, Parents en exil. Psychopathologie et immigrations, Paris, Puf, 1994

Ott. L, Travailler avec les familles: parents -professionnels: un nouveau partage de la relation éducative, Paris, Eres, 2004, (Photo de couverture)

Potel. C, Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir, Toulouse, ères, 2010

Pireyre. E, Clinique de l'image du corps: du vécu au concept, Paris, Dunod, 2011

Rodriguez. M, Où en est la psychomotricité? Etat des lieux et perspectives pour une approche psychodynamique, La médiation: un processus thérapeutique, Paris, Edition in Press, 2014

Sami-Ali, Corps réel-Corps imaginaire, Paris, Dunod, 1984

Sausse. S, Le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste, Paris, Calmann-Levy, 1996

Schilder. S, L'image du corps, Paris, Gallimard, 1980

Sécher. R, Reconnaissance sociale et dignité des parents d'enfants placés : Parentalité, précarité et protection de l'enfance, Paris, Ed. L'harmattan, 2010

Sellenet. C, La parentalité décryptée, Paris, L'Harmattan,2007

Solis-Ponton. L, La parentalité, défi pour le troisième millénaire, Paris, PUF, 2002

Robert-Ouvray. S, Enfant abusé, enfant médusé, Paris, Desclée de Brouwer , 2003

Robert -Ouvray. S, L'enfant tonique et sa mère, Paris, Desclée de Brouwer, 2007

Wallon. H, De l'acte à la pensée, Paris, Flammarion, 2002

Winnicott. D, L'enfant et le monde extérieur, Paris, Payot, 1957

REVUES:

Leclercq. C, Bulletin national santé mentale et précarité, De l'exil à la précarité contemporaine, difficile parentalité, Rhizome, Décembre 2009, N°37

Thiedo. B, Unit psychomotrice: des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques, neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, N°56,2008

SITOGRAPHIE

http://www.legifrance.gouv.fr
http://www.insee.fr
http://www.fdcmpp.fr

RESUME

La fragilité des familles au niveau administratif, social, psychologique et financier m'a fait prendre conscience du réel enjeu de soutenir la parentalité.

L'enfant et ses parents se retrouvent parfois au cœur d'un engrenage dans lesquels les droits fondamentaux sont bafoués. L'intégration psychomotrice de l'enfant peut alors se fragiliser comme l'état psychologique des parents.
Le psychomotricien par sa posture, son regard, ses connaissances pourra intervenir dans cet accompagnement auprès du jeune enfant mais également tenter d'agir sur la fonction parentale. Ainsi, dans le cadre du soutien à la parentalité, le psychomotricien s'inscrit progressivement dans la dynamique relationnelle parents-enfants.

Mots clés: la précarité, le soutien à la parentalité, la spirale pathogène, dispositif thérapeutique, rôle du psychomotricien

SUMMARY

At an administrative, social, psychological and financial level, the fragility of families made me conscious of the real challenge to support parenting.

The child and his parents find sometimes themselves in a gear in which fundamental rights are abused.
As a result, the psychomotor integration of the child can become more fragile, as psychological state of parents.
Through his posture, his eyes,his knowledges, the psycho-motor therapist will be able to take place in the process of accompanying the young child, and also to try to act in parental role.
In this way, in framework of parenting help, the psycho-motor therapist is gradually being incorporated into relational dynamics between parents and children.

Keywords: social uncertainty, support for parenting, pathogenic spiral, therapeutic mechanism, the role of psycho-motor therapist