HAL
open science

La fonction d'étayage du psychomotricien dans la relation parents-enfant

Adeline Ballet

To cite this version:

Adeline Ballet. La fonction d'étayage du psychomotricien dans la relation parents-enfant. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01195864

HAL Id: dumas-01195864

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01195864

Submitted on 8 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 DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

La fonction d'étayage du psychomotricien dans la relation parents-enfant

Exemples de travail auprès de jeunes enfants et de leurs parents dans le cadre de prises en charge en psychomotricité

BALLET Adeline

Née le 27 Mai 1992 à Libourne

Sous la direction de Mr Hugues ESCULPAVIT

JUIN 2015

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous ceux, qui ont de près ou de loin, contribué à l'élaboration de ce mémoire et qui m'ont accompagnée dans sa rédaction.

En premier lieu, Monsieur Hugues ESCULPAVIT, mon maître de stage et de mémoire, pour son aide, son écoute, son soutien lors de l'élaboration de mon mémoire et pour avoir su me guider lorsque j'en avais besoin, tout au long de cette année. Il m'a permis de découvrir le métier de psychomotricien auprès de jeunes enfants et de leurs parents.

Ainsi qu'une pensée toute particulière à ma famille et à mes ami(e)s pour leur soutien et leur réconfort durant ces trois années d'études. Et principalement à mon père pour ses précieuses relectures et corrections.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....p 3

I. UNE HISTOIRE ENTRE PARENTS ET ENFANT.....p 5

A. L'enfant.....p 5

B. Les parents.....p 10

C. Une rencontre : des interactions parents-enfant.....p 18

D. Une relation : un lien d'attachement.....p 27

II. DES INTERACTIONS PERTURBEES.....p 31

A. Les aspects quantitatifs des perturbations.....p 32

B. Les aspects qualitatifs des perturbations.....p 33

C. Les expressions symptomatiques chez l'enfant.....p 34

D. Les facteurs de risque.....p 36

III. INTERVENTION DU PSYCHOMOTRICIEN AU SEIN DU CMPPE.....p 40

A. Le Centre Médico Psychologique Petite enfance CMPPE.....p 40

B. L'intervention et la place de la psychomotricité au sein du CMPPE.....p 40

C. Les différents rôles que peut jouer le psychomotricien.....p 45

IV. HISTOIRE DE ZOE.....p 58

A. Présentation de Zoé.....p 59

B. Demande des parents pour la prise en soin de Zoé.....p 61

C. Les axes de prises en soin en psychomotricité.....p 65

D. Les séances en psychomotricité avec Zoé.....p 66

CONCLUSION.....p 70

TABLE DES MATIERES.....p 72

BIBLIOGRAPHIE.....p 77

INTRODUCTION

Durant les premiers moments de la vie, les interactions précoces parents-enfant sont reconnues comme indispensables. Un enfant se construit physiquement et psychiquement dans l'inter-relation avec ses parents. Comme l'a dit WINNICOTT ***« un enfant seul n'existe pas, il fait nécessairement partie d'une relation »***.[1] Les parents, premiers partenaires de l'enfant, jouent un rôle déterminant dans son développement.

Mais c'est dans la rencontre et au fil du temps que ces partenaires vont apprendre à s'ajuster l'un à l'autre, se connaître et se reconnaître. Parents et enfant s'influencent mutuellement dans un processus de développement et de changement. Tout ceci devrait conduire à **une relation et un lien d'attachement stable et sécure**.

Mais des difficultés liées aux parents, à l'enfant ou relatives au contexte, peuvent venir fragiliser la continuité du lien et des soins, mettant à mal la rencontre et le processus d'attachement.

Compte tenu des enjeux de la relation parents-enfant, je me suis questionnée sur **l'intervention possible du psychomotricien** et du **rôle** qu'il pourrait jouer dans un contexte de perturbations du lien entre l'enfant et ses parents, de situations à risque ou d'interactions pathologiques.

Lorsque nous rencontrons un jeune enfant, nous nous intéressons à lui en tant que **personne en devenir**, personne dont l'évolution dépend autant de facteurs intrinsèques que de l'environnement qui lui est offert.

Dans ce même temps, nous rencontrons aussi des **parents** parfois épuisés, parfois en souffrance et également confrontés à d'éventuelles difficultés, quelles soient d'ordre personnel, psychologiques, relationnelles, sociales, affectant leur disponibilité à la relation.

Chaque situation rencontrée en pratique est donc complexe. Et lorsque les vécus sont difficiles de part et d'autre, les influences réciproques peuvent conduire à une aggravation de la situation.

1 D.W WINNICOTT*, L'enfant et le monde extérieur,* PAYOT 1972, page 115

Le symptôme à l'origine de la demande de soin, occupe une place importante. En psychomotricité, il faut appréhender le patient dans le champ de l'expression du symptôme qui représente un registre particulier de communication, à savoir celui du langage du corps.

Julian DE AJURIAGUERRA a dit que « *la lecture du symptôme va permettre à celui-ci de prendre valeur de signe. Le symptôme psychomoteur est la traduction somatique, la révélation corporelle d'un trouble plus profond concernant le vécu et l'histoire du sujet. Il a une valeur de communication* ».

Le symptôme représente l'ensemble des signes que le patient nous donne à entendre ou à voir. Autant les parents peuvent exprimer leurs souffrances de façon verbale, autant l'enfant peut être porteur d'un symptôme qui ne se manifeste et ne s'exprime qu'à travers son corps.

Dans cet écrit, nous développerons une réflexion tentant de répondre à la problématique suivante : **le psychomotricien est-il susceptible de jouer un rôle d'étayage dans la relation entre l'enfant et ses parents, lorsque le développement psychomoteur de l'enfant peut préoccuper et perturber les interactions entre ces partenaires ? Si oui, sur quelles bases et quels appuis le psychomotricien peut-il jouer ce rôle ?**

Dans un premier temps, je décrirai les acteurs de cette relation parents-enfant, leurs particularités avec les compétences précoces du nouveau-né et l'enjeu du devenir parent.

Dans un deuxième temps, j'aborderai les interactions qui se jouent et le lien d'attachement qui se crée.

Dans un troisième temps, je parlerai des perturbations des interactions entre le parent et l'enfant, je citerai des exemples de facteurs de risque d'interactions pathologiques et leurs conséquences.

Dans un quatrième temps, j'évoquerai la possibilité du travail en psychomotricité avec ces parents et cet enfant rencontrant des obstacles sur leur chemin. J'illustrerai mes propos de cas cliniques recueillis lors de mon stage.

Pour terminer, je relaterai ma rencontre avec Zoé, petite fille dont l'histoire justifiait la mise en place d'un étayage familial.

I. UNE HISTOIRE ENTRE PARENTS ET ENFANT

A. L'enfant

D'après le livre, *Vocabulaire de Psychopédagogie et de Psychiatrie de l'enfant*, le terme « **enfant** » vient du latin *infan*, *infantem*, celui qui ne parle pas. Étymologiquement, les critères d'incapacité, de dépendance totale pour subvenir à ses besoins caractérisent l'enfance.

La **néoténie** est caractéristique de l'enfant à la naissance ; il ne peut vivre sans un environnement portant, soutenant et répondant à ses besoins. Toutefois, le nourrisson est doué de compétences innées lui permettant d'entrer en interaction avec son environnement.

1. Un nouveau regard sur le nouveau-né

Il y a une vingtaine d'années, la représentation qu'avaient les scientifiques de l'enfant était celle d'un **simple tube digestif**, d'un état végétatif coupé du monde extérieur. Le nouveau-né était considéré comme un être réflexe sans aucune compétence, dénué de sentiments et de sensations.

A partir du XVIIIème siècle, l'apparition du concept « **le bébé est une personne** » bouleverse les connaissances et les pratiques. L'enfant est progressivement perçu comme un être en croissance et en maturation somatique et psychique. La période de la vie qu'est l'enfance a suscité beaucoup de recherches et de découvertes concernant les compétences du jeune enfant. Le bébé est devenu **un être compétent**, un individu doté de **capacités sensorielles**, **motrices** et **sociales**, un **partenaire actif** capable d'entrer en relation avec son environnement et notamment avec sa mère, cela dès sa naissance et même in-utéro. Pour Françoise DOLTO, « *l'enfant est un sujet à part entière* ».

POMERLEAU et MALCUIT ont défini la notion de « **compétence** ». Ils parlent de compétence de base concernant le bébé : « *la compétence de base est entendue comme l'ensemble des comportements (actions et réactions) que le jeune enfant, en se fondant sur son équipement biologique de départ, est susceptible de manifester, quand les circonstances, le contexte et les conditions environnementales s'y prêtent* ».[2]

2 http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMobs/POLY.Chp.2.html

Certains auteurs ont parlé de la notion de « **corps potentiel** »[3] avec l'idée que le nouveau-né dispose de nombreuses compétences innées, déterminées par le patrimoine génétique humain avec des variabilités interindividuelles. Un bébé est équipé pour sentir, reconnaître, discriminer les voix, les visages, … Notre corps fonctionne dès la naissance, même in-utéro, de façon automatique et réflexe.

Julian DE AJURIAGUERRA a montré les **potentiels extraordinaires** du jeune enfant autant que sa **fragilité** et sa **dépendance environnementale**, en insistant sur l'inextricabilité de la maturation du système nerveux et des influences d'ordre historiques, relationnelles et environnementales.

Nous allons aborder les compétences sensorielles, motrices et sociales du nouveau-né.

2. Les compétences du nouveau-né

a. Les capacités sensorielles

▪ La capacité visuelle

A la naissance, le système visuel n'est pas encore mature. Cependant, dès les premiers jours, le bébé a déjà la **capacité de suivre du regard** un objet qui se déplace, à condition que celui-ci soit proche de son visage et très contrasté.

Le nouveau-né peut voir à une distance de 25 centimètres, ce qui correspond à la distance entre les yeux du bébé et ceux de sa mère lors de la tétée. Le bébé a une préférence visuelle pour le **visage humain** et notamment les yeux.

▪ Les capacités auditives

A la différence de la vision qui est peu stimulée avant la naissance, d'autres sens sont fonctionnels in-utéro. C'est le cas de l'audition. Le **fœtus baigne dans un univers sonore** qui se compose de bruits internes (battements cardiaques, bruits de la circulation sanguine), de la voix de sa mère qu'il entend de manière vibratoire et de bruits extérieurs atténués.

Dès la naissance, le nouveau-né est capable de tourner la tête dans la direction d'un son. Il **reconnaît la mélodie, la prosodie de la voix de sa mère** .

3 *Cours d'Anne-Marie LATOUR*

▪ Les capacités olfactives

Dès les premiers jours, le nouveau-né est **capable de mémoriser et de reconnaître l'odeur sa mère**. Il est capable de différencier et de discriminer l'odeur de sa mère de celle d'une autre femme.

▪ Les capacités gustatives

A la naissance, par une mimique de rejet ou de plaisir, le nouveau-né manifeste sa **capacité à percevoir et différencier** les quatre saveurs primaires **:** amer, acide, sucré et salé.

▪ Le toucher

La peau est l'un des premiers organes des sens à se mettre en place in-utéro. Une multitude de capteurs est présente sur toute la surface de la peau du fœtus. Durant la grossesse, le fœtus baigne dans le liquide amniotique lui procurant un sentiment de contenance. Le toucher est mature dès la naissance. L'enfant a besoin de retrouver cette contenance physique qui peut être éprouvée par le portage du parent.

b. Les capacités motrices

Dès la naissance, l'enfant est un **être en mouvement**. La motricité est essentiellement **réflexe** et apparaît peu coordonnée. Les principaux réflexes sont le réflexe de Moro, de succion, d'agrippement, de redressement, de marche… Ces réflexes sont des pré-formes pour les conduites volontaires à venir qui disparaissent pour les premiers en quelques semaines.

Les travaux d'Emmi PIKLER, pédiatre hongroise, sur la **motricité libre** ,mettent en avant la capacité du jeune enfant à prendre une part active dans son développement psychomoteur. Elle a montré que si le bébé est libre de ses mouvements, il franchit les grandes étapes de son développement moteur dans l'ordre, selon la loi de succession qui stipule que les enfants passent par les même grandes étapes.

Le développement de l'enfant est soumis à d'autres lois comme : la **loi de maturation progressive** (l'enfant dépendant devient peu à peu autonome en fonction de la maturation neuro-physiologique, tenant compte des lois céphalo-caudale et proximo-distal) ; la **loi de différenciation** (chaque nouvelle acquisition s'incorpore à l'ensemble par une assimilation réciproque), la **loi d'équilibration** (l'évolution neuro-psychique de l'enfant est progressive, mais chacun des moments de progression forme un ensemble homogène et harmonieux) et la **loi de variabilité** (l'évolution du développement est continue et régulière, mais le rythme de son expression clinique est souple et changeant).

Le docteur Albert GRENIER a mis en évidence, sous certaines conditions, la compétence de « ***la motricité libérée*** ». Ce dispositif permet de soulager l'enfant de son tonus axial, ce qui lui permet d'utiliser son énergie pour réaliser d'autres expériences et mettre en évidence des compétences motrices.

c. Les compétences sociales

Dès la naissance, le nouveau-né réagit à la voix humaine et sera rapidement capable d'imiter autrui. Cela renforce l'idée que le nouveau-né a des capacités pour interagir avec son entourage.

D'après J. NADEL, « *le bébé de 3 minutes de vie est déjà capable de reproduire le mouvement qu'il voit, pourvu, bien sûr, que ce mouvement fasse partie de son répertoire moteur fonctionnel* »[4].

D'une manière générale, les compétences du nourrisson tendent à s'attacher à son entourage et à « *être avec* » l'autre. La dépendance du bébé vis-à-vis de ses proches n'est pas seulement due à son impuissance et à son incapacité à satisfaire ses propres besoins. Le nourrisson a besoin de ces diverses interactions pour développer ses compétences innées qui l'inciteraient à entrer en communication avec son entourage : il y a « *[…] une véritable interaction relationnelle et sociale dès la naissance et ainsi que sur l'émergence d'un soi différencié d'autrui dès le début de la vie* ».[5]

Pour FREUD, **l'enfant se construit petit à petit dans la relation à l'autre.**

4 D.HOUZEL, *La transmission psychique parents et enfants*, Odile Jacob 2010, page 39
5 MAZET et STOLERU, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, MASSON 2ème édition, page 73

Pour STERN, le développement du tout-petit dépend de façon importante de l'interaction qu'il développe avec son entourage physique et humain. Les pensées naissent dans l'interaction.

Selon COSNIER, **le nouveau-né est un être compétent**, **sensible dès la naissance au milieu dans lequel il vit.** Il est aussi prêt précocement à établir avec lui des « *relations transactionnelles* ».[6] Pour lui, le terme de « *compétence* » correspond aux aptitudes potentielles à capter, à intégrer l'information et à émettre lui-même ou à agir.

Le nouveau-né a donc des compétences sensorielles, motrices et relationnelles qui font de lui un **partenaire actif dans l'interaction**, avec des variations de disponibilité selon son état de vigilance.

3. Les états de vigilance

Le nouveau-né est soumis à une succession rapide d'états de vigilance durant lesquels ses compétences s'exercent. Il s'agit de la modulation des états de calme, d'excitation motrice du nourrisson et de la qualité des vécus affectifs qui les accompagnent. Cette modulation des états de vigilance se fait en fonction de la nature du stimulus.

PRECHTL décrit 6 états de vigilance allant d'un état calme et de sommeil profond à un état de pleurs, de cris, d'excitation maximum et de motricité intense. L'état n°4 est l'état d'éveil calme et attentif, au cours duquel le bébé semble être intéressé par ce qui l'entoure et ainsi pleinement disponible pour l'interaction.

Petit à petit en grandissant, en fonction de la maturation neurologique et psychique, le bébé exerce lui-même un contrôle sur ses états de vigilance. Par exemple, en prolongeant certains moments agréables ou en coupant le contact lors de situations trop envahissantes. Cette modulation le rend ainsi **acteur des moments de communication avec son entourage**. L'état du bébé communique à sa mère ses vécus internes, s'exprimant au niveau somatique par une décharge tonique. La mère influence également à son tour la fréquence, la durée de tel ou tel état de vigilance. Il existe une **réelle communication entre le parent et le nouveau-né**, rejoignant l'idée du dialogue tonico-émotionnel.

6 *http://vincent-le-corre.fr/?p=418#_ftn14*

Mais « un bébé seul n'existe pas » voulant dire par là que si vous voulez décrire un bébé, vous vous apercevez que vous décrivez un bébé et quelqu'un d'autre »[7].

C'est au travers de l'autre que l'enfant se construit. Les parents prennent alors une place essentielle dans le développement de l'enfant. L'un ne va pas sans l'autre. Nous allons poursuivre en nous intéressant à la place et aux rôles des parents.

B. Les parents

L'arrivée d'un enfant constitue une source de changements et de réaménagements psychiques et affectifs au sein du couple qui va accéder au statut de parents.

1. Qu'est-ce que la parentalité ?

En 1961, le terme de parentalité apparaît grâce à Paul-Claude RACAMIER, psychiatre-psychanalyste, qui propose le terme de maternalité pour définir « *l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité* ». Il ajoute à ce terme celui de paternalité pour former le concept global de **parentalité.**

Suite aux travaux de Geneviève APPELL et Myriam DAVID « pour éradiquer les facteurs de carence en pouponnière » et à ceux de Jeanine LEVY et Danièle RAPOPORT « pour améliorer les conditions de vie des nourrissons en pouponnière », le concept de parentalité se définit de façon plus précise à la fin des années 80.

La parentalité est donc un néologisme issu de la sphère médico-psycho-sociale qui désigne de façon très large la « ***fonction d'être parent*** ». Dans cette expression, le terme « *parent* » désigne aussi bien le géniteur biologique qu'un éventuel tuteur ayant la responsabilité d'élever un enfant.

Selon BAUDY et COLOMBO, « *la parentalité est un processus qui 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 (soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique. C'est un processus maturatif* ».[8]

7 D.W WINNICOTT, *L'enfant et le monde extérieur,* PAYOT 1972, page 115
8 BAUDY et COLOMBO, *Être parents aujourd'hui : un jeu d'enfants ?*, ERES 2014, page 21

Comme l'a dit Françoise DOLTO **« on ne naît pas parents, on le devient »**. C'est l'enfant qui les rend parents et les confirme dans ce statut. C'est dans l'interactivité que se construit chacun des membres de la famille.

D'après le Manuel de la psychopathologie du bébé et de sa famille, *la parentalité, cela se fabrique avec des ingrédients complexes. Certains sont collectifs, ils appartiennent à la société toute entière, changent avec le temps, ceux-là sont historiques, juridiques, sociaux et culturels. D'autres sont plus intimes, privés, conscients ou inconscients, ils appartiennent à chacun des parents en tant que personne et en tant que futur parent, au couple, à la propre histoire familiale du père et de la mère. Ici se joue ce qui est transmis et ce que l'on cache des traumas infantiles et la manière dont chacun les a colmatés. Il est une autre série de facteurs qui appartiennent à l'enfant lui-même et qui transforme ses géniteurs en parents*.

Dans *Les enjeux de la parentalité,* Didier HOUZEL dégage trois axes :

- l'**exercice de la parentalité** qui renvoie à l'identité de la parentalité,
- l'**expérience subjective de la parentalité** en lien avec les fonctions de la parentalité,
- la **pratique de la parentalité** renvoie aux qualités de la parentalité.

L'accès à la parentalité demande du temps, il débute bien avant la naissance de l'enfant et se poursuit bien au-delà.

2. La fonction parentale

La **fonction parentale** recouvre l'ensemble des soins nécessaires à l'enfant : protection, éducation, socialisation, en favorisant l'ouverture au monde humain. Elle soutient le développement de l'enfant.

Aucune standardisation des soins parentaux ne peut être proposée car il existe une multitude de différences individuelles entre les nouveau-nés, concernant l'irritabilité, la consolabilité, la capacité du bébé à s'apaiser de lui-même, les états de vigilance, l'activité motrice, la réactivité aux stimuli, les capacités sensorielles, la clarté des signaux.

SCHAFFER souligne que la **tâche des parents** est une adaptation de leur comportement à l'organisation du bébé formant une « *enveloppe de maternage* ». Elle est constituée par l'ensemble de leurs actions et réactions, adaptées en fonction de la personnalité de l'enfant et que nous pouvons mettre en lien avec la notion d'**ajustement réciproque**.

Cette adaptation repose sur la **capacité du parent à être disponible**, sur sa **capacité d'empathie** et sa **capacité à développer une sensibilité** aux sollicitations du nourrisson par rapport au feedback, afin d'agir et ajuster son attitude.

a. La fonction maternelle : « *une mère suffisamment bonne »*

WINNICOTT parle d'une « ***mère ordinaire normalement dévouée*** »[9] aux soins nourriciers et maternels. Elle est dans un certain état de « folie » qui lui permet de se consacrer exclusivement à son enfant. Mais au-delà de ces soins, la mère a un rôle primordial dans le développement de celui-ci. Elle contribue au bon développement psychique, physique, affectif et social de son bébé, par sa présence et ses actions.

Nous allons citer quelques exemples de fonctions que la mère assure auprès de son bébé.

- Les trois fonctions maternelles indispensables selon WINNICOTT pour le développement harmonieux de l'enfant

Le **holding** correspond à la manière dont l'enfant est porté physiquement, cette façon d'être tenu et contenu dans les premiers temps de sa vie. Le fait de porter un enfant se présente à la fois comme un savoir-faire corporel et psychique, mais également comme un savoir-être. La mère soutient l'enfant par ses soins, ses bercements. Elle a un rôle de pare-excitation. Elle lui permet de tempérer des excitations d'intensité trop importante. Cette fonction est fondamentale dans l'intégration du moi dont dérive le sentiment du « je suis ».

La fonction de holding permet d'aider l'enfant à acquérir la capacité d'exister seul sur ses propres appuis moteurs et psychiques, sans qu'il éprouve d'angoisses, sans désorganisations, afin de pouvoir continuer son développement.

9 D.W WINNICOTT, *La mère suffisamment bonne*, PAYOT 2006, page 41

Le **handling** correspond à la manière dont l'enfant est traité, manipulé physiquement et fait référence aux soins prodigués, tels que le nourrissage, la toilette, l'alimentation. Ces soins contribuent à la constitution d'une intériorité ainsi que des limites corporelles. L'enfant pourra structurer et intégrer les fonctions somatiques, toniques et motrices grâce au maniement ferme et habile de son corps. Cette fonction intervient dans la personnalisation.

Grâce à la fonction de holding et de handling, la psyché s'installe dans le soma ; l'enfant acquiert une première conscience de son corps et le sentiment de l'habiter.

L'**object-presenting** est la présentation de l'objet, c'est-à-dire le sentiment d'exister par la toute-puissance qu'éprouve le nourrisson lorsque sa mère satisfait toutes ses demandes. La mère en étant présente au bon moment, permet à l'enfant de lui attribuer une existence réelle, mais aussi de lui faire éprouver l'illusion qu'il crée l'objet. Il fait l'expérience de l'omnipotence et de la toute puissance.

Ces fonctions assumées par une « *mère suffisamment bonne* » assurent au bébé le sentiment continu d'exister, en lui offrant le soutien psychique nécessaire à son développement, tout en créant un environnement maternel adéquat et une base de sécurité.

• La préoccupation maternelle primaire d'après WINNICOTT

Développé par WINNICOTT, le concept de **préoccupation maternelle primaire** caractérise l'état de la mère lors des premiers temps après l'accouchement. Cette mère est dans une sorte d'hyper-vigilance et d'hyper-sensibilité. Elle a une « *maladie normale* » qui lui permet de s'adapter aux tout premiers besoins du petit enfant en s'identifiant à lui. C'est un *« état psychiatrique très particulier de la mère : il se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accrue pendant la grossesse et spécialement à la fin, il dure encore quelques semaines après la naissance de l'enfant »*[10].

« *Cette fonction maternelle essentielle permet à la mère de connaître les tout premiers désirs, les tout premiers besoins de son nourrisson et la rend heureuse dans la mesure où il est heureux. C'est grâce à cette* ***identification*** *avec lui qu'elle sait comment le porter, si bien qu'il commence par exister et non par réagir ».*[11]

10 D.W WINNICOTT, *La mère suffisamment bonne*, PAYOT 2006, page 41
11 Ibid page 112

• La fonction de miroir de la mère de WINNICOTT

Le **visage maternel** joue le **rôle de miroir :** le bébé qui regarde le visage de sa mère, se voit dans le regard de celle-ci. La mère regarde son bébé et ce qu'elle va exprimer est en lien avec ce qu'elle perçoit de lui.

Cette fonction est une métaphore permettant de comprendre comment la mère présentant au bébé son visage, va lui représenter ses états émotionnels, dans le visuel et le sonore. Cette fonction miroir emprunte le canal tonique. Ainsi la mère propose un miroir porteur de significations aux productions du bébé, qui peut alors les ré-incorporer, puis les intérioriser ; ce que nous pouvons mettre en lien avec l'appareil à penser les pensées de BION.

• La capacité de rêverie d'après BION

La mère fonctionne comme un **contenant des sensations du nourrisson**. Le psychisme du bébé n'est pas encore assez élaboré pour contenir et traiter ses émotions et ses sensations qui sont non représentables, puisqu'il ne peut pas mettre de mots sur ce qu'il ressent. La mère peut s'identifier au vécu de son bébé grâce à son appareil psychique pour prendre en charge ses vécus terrifiants et désorganisateurs. Ces « *vivances émotionnelles* » comme les appelle BION, correspondent aux « *éléments β (bêta) ».* Cette mère va les transformer, y donner du sens et les lui rendre sous une forme « détoxiquée » ; ce n'est plus un vécu corporel terrifiant mais cela s'appelle la faim. Cette mère transforme les éléments β de l'enfant en « *éléments α (alpha)* », c'est-à-dire en vécus organisés et porteurs de sens. BION appelle cela « ***la capacité de rêverie de la mère »***.

Au début de la vie, le bébé ne peut ressentir et réagir que corporellement ; le corps est donc le vecteur des émotions. Peu de choses sont conscientes pour le bébé, mais la mère y met du sens progressivement. Au fil des interactions mère-bébé, par la régulation et la répétition de ces expériences, le petit enfant va se sentir sécurisé face à ses contenus émotionnels et corporels. Il va pouvoir intérioriser le mécanisme et construire progressivement son « *appareil à penser* » ses propres pensées.

• La fonction de « boucle de retour » de HAAG

*« Cette boucle interactive signifiante, que G.HAAG a appelée « **boucle de retour** » permet à l'enfant d'imaginer que ce qui se projette hors de lui n'est pas perdu/disparu à tout jamais, mais a été reçu et lui est retourné sous une forme transformée chargée de sens et du désir de communiquer. Ces « boucles de retour » lui permettent de vivre et de ressentir une expérience contenante »*[12].

Grâce à cette sensibilité, cette empathie, cette capacité à s'identifier à son bébé, à lui permettre de penser en lui prêtant son appareil psychique, ainsi qu'en le pensant de manière continue, la mère parvient à faire naître chez son enfant un **sentiment de continuité d'exister.**

« La mère suffisamment bonne répond à l'omnipotence du nourrisson, et dans une certaine mesure, elle lui donne une signification, et ce maintes et maintes fois. Par l'intermédiaire de la force que donne au moi faible du nourrisson l'accomplissement de ses expressions d'omnipotence, un vrai self commence à prendre vie ».[13]

D'après les psychanalystes, au début de la vie, le bébé et sa mère ne font qu'un. Cette proximité physique est essentielle pour le soutien de sécurité. C'est une phase que l'on peut qualifier de **symbiose** et qui est suivie d'une phase de **séparation** pour leur permettre de devenir des individus différenciés. L'individualisation de l'enfant conditionne la mise en place de ses premières relations aux objets ainsi que ses futures relations (aux objets, à autrui, à l'espace…) et donc conditionne son évolution.

« *La mère apporte une certaine sécurité, qui rend ainsi possible à l'enfant d'être seul et de jouir d'être seul* ».[14] L'enfant acquiert ainsi la **capacité à être seul**. La maturité et la capacité à être seul impliquent que l'individu a eu la chance, grâce à des soins maternels suffisamment bons, d'édifier sa confiance au sein d'un environnement suffisamment bon.

GAUBERTI insiste sur le fait que les acquisitions de l'enfant se font avec le support de la mère. Il pourra franchir les étapes de son développement grâce à l'accompagnement d'une mère suffisamment présente, disponible et sensible à sa personne.

12 *Cours d'Anne Marie LATOUR*
13 D.W WINNICOTT, *La mère suffisamment bonne*, PAYOT 2006, page 105
14 Ibid page 83

La mère a une autre fonction, celle de **laisser une place au père auprès de l'enfant**. « *La mère influence de manière majeure la relation père-nourrisson en permettant, à des degrés et selon des modalités divers, au père d'être père et au bébé de rentrer en relation, réellement et fantasmatiquement, avec son père dans la parole maternelle* »[15].

Il est important que le père soit présent dans la pensée et la parole de la mère ; c'est elle qui le désigne et lui offre une place auprès de l'enfant. Elle lui donne la possibilité d'interagir avec son bébé et ceci est possible avant même la naissance.

« Chacun des partenaires fait la preuve de ses capacités d'adaptation pendant cette période, qu'on pourrait qualifier de ***période d'ajustement réciproque****. La mère accepte de renoncer à la relation fusionnelle exclusive avec son bébé. Le père établit avec lui une relation spécifique, et le nourrisson accepte de se détacher de sa mère pour développer des interactions avec son père d'une part, et faire l'expérience d'un début d'autonomie, d'autre part »*[16].

b. La fonction paternelle

« *Mais une famille, ce n'est pas seulement une mère et son bébé. Le* ***rôle du père*** *pendant ces premières semaines est important. Dans les premiers jours, il se sent souvent débordé et désemparé, exclu de la relation entre la mère et l'enfant,[...], il va* ***trouver une place, différente de celle qu'occupe la mère, mais qui sera reconnue par elle et par l'enfant*** *»*[17].

Le père a un rôle différent de celui de la mère dans le développement de l'enfant, mais tout aussi bien complémentaire. Par exemple, Jean LE CAMUS propose l'expression de **dialogue phasique** pour désigner le dialogue entre le père et l'enfant, par opposition au dialogue tonico-émotionnel entre la mère et l'enfant.

Par le terme de phasique, LE CAMUS insiste sur le caractère plus brusque, plus discontinu, plus rythmé et imprévisible des échanges initiés par le père.

15 LEBOVICI et STOLERU, *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces,* BAYARD 2003, page 200
16 G. BINEL, *Prématurité et rupture du lien mère-enfant, la naissance inachevée*, Gaëtan Morin Éditeur, 2000, page 57
17 Ibid page 57

Il y a plusieurs manières d'aborder la relation père-nourrisson. « *La première est de considérer l'interaction père-nourrisson directe, c'est-à-dire les contacts et échanges entre père et nourrisson. Une deuxième approche est de considérer l'influence indirecte que le père exerce sur le nourrisson, au travers de la relation conjugale, au travers du soutien qu'il offre à la mère et des différents aspects de la relation de couple* »[18].

En psychologie, la fonction paternelle se manifeste notamment dans cinq secteurs, avec des rôles que le père peut classiquement jouer auprès de sa femme et son enfant :

- La **protection** : le père doit être présent physiquement et psychologiquement, afin que sa femme et son enfant puissent compter sur lui.
- L'**éducation** : le père représente l'autorité et la loi. Il doit faciliter à son enfant l'apprentissage du contrôle de soi (renoncer à la satisfaction immédiate de ses besoins, apprendre la patience).
- L'**initiation** : le père initie l'enfant aux règles de la société. Il a la fonction d'humaniser l'enfant afin de pouvoir l'intégrer dans le monde adulte et social.
- La **séparation** : le père a la fonction de séparer l'enfant de la mère et la mère de l'enfant. Il prend un **rôle de tiers séparateur** et va reconnaître son enfant comme une personne à part entière, avec une identité en dehors de la symbiose maternelle.
- La **filiation** : l'enfant a besoin de savoir qu'il s'inscrit dans une lignée qui possède une histoire.

Souvent, devenir parent amène à s'interroger, à se remettre en question. Le sentiment de compétence parentale ou ce que le psychologue Albert BANDURA nomme le « **sentiment d'efficacité parentale** », peut influencer les interactions entre les parents et leur enfant et par conséquence le développement de ce dernier.

18 LEBOVICI et STOLERU, *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces,* BAYARD 2003, page 199

« L'enfant, bien sûr, ne peut pas produire cette famille par magie, c'est-à-dire sans les parents et le désir des parents issu de la relation qu'ils entretiennent. Néanmoins chaque bébé et chaque enfant crée la famille. Il est vrai que les parents apportent l'existence de la famille, mais ils ont besoin de quelque chose qui vient de chaque bébé et de chaque enfant ».[19]

C. Une rencontre : les interactions parents - enfant

« *Actuellement, la relation parent-nourrisson est conçue comme faite de* ***processus bidirectionnels****, où le bébé est non seulement soumis aux influences de ses parents, mais également à l'origine de modifications tout-à-fait considérables chez ces derniers* ».[20]

Entre les parents et l'enfant, des **interactions précoces** se jouent et constituent un continuum d'échanges où chacun des partenaires agit et réagit. Selon LEBOVICI, *« l'être vivant se développe dans un milieu qui agit sur lui, mais qui est aussi et en retour modifié par lui* »[21].

ESCALONA parle de la notion de « **spirale transactionnelle ou interactionnelle** ». C'est l'enchaînement complexe de processus bidirectionnels ne se développant pas en cercle fermé mais plutôt en spirale. La mère et le nourrisson s'influencent l'un l'autre dans un processus de développement et de changement. Cette dynamique repose sur la réciprocité des échanges et l'adéquation des interventions aux manifestations de chacun des partenaires.

LEBOVICI définit l'**interaction** comme « *un processus au cours duquel la mère entre en communication avec son bébé en lui adressant certains « messages », tandis que le nourrisson à son tour, « répond » à sa mère à l'aide de ses propres moyens. L'interaction mère-nourrisson apparaît comme le prototype primitif de toutes les formes ultérieures d'échanges* »[22].

L'interaction parents-nourrisson est un ensemble complexe qui passe par un certain nombre de canaux ou modalités perceptifs et moteurs, en particulier le regard, l'audition et le contact. Cette interaction est caractérisée par des variables temporelles concernant notamment sa durée et son rythme. Elle implique des processus de régulation mutuelle, grâce auxquels le parent influence les messages de l'enfant et réciproquement. Elle se traduit également par des modifications affectives de chacun des partenaires.

---

19 D.W WINNICOTT, *La famille suffisamment bonne*, PAYOT 2014, page 58
20 MAZET et STOLERU, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, MASSON 2ème édition, pages 75-76
21 LEBOVICI et STOLERU, *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces,* BAYARD 2003, page 97
22 Ibid page 96

Ces interactions sont décrites selon trois niveaux : comportement, affectif et fantasmatique.

1. Les interactions comportementales

Les **interactions comportementales** correspondent à la manière dont le comportement de l'enfant et celui de la mère s'agencent et s'ajustent l'un par rapport à l'autre. Ces interactions sont également appelées les interactions concrètes. C'est un ensemble d'échanges directement observables entre le nourrisson et sa mère suivant trois registres : corporel, visuel et vocal.

a. Les interactions corporelles

Les **interactions corporelles** sont en lien avec la façon dont le bébé est porté, manipulé et touché. Le contact corporel est l'un des tout premiers modes de communication chez l'enfant avec le monde extérieur et plus particulièrement avec sa mère.

WINNICOTT parle du **holding physique** et **du holding psychique** c'est-à-dire la manière dont la mère porte son bébé physiquement et la façon dont elle le pense dans sa tête, au niveau de ses représentations psychiques.

La mère va porter son enfant, lui offrir une contenance physique qui lui permettra de se représenter son corps. Le toucher entre dans la **constitution d'une enveloppe** et d'une **unicité corporelle globale** lors des soins. C'est la mère qui fait exister son bébé.

Durant les premiers mois de sa vie, le bébé communique avec sa mère par le biais du tonus. WALLON développe le concept de « ***dialogue tonico-émotionnel*** » pour décrire la communication non verbale qui s'établit entre le nouveau-né et sa mère, dans une modalité tonique permettant des ajustements corporels interactifs entre eux.

Pour WALLON, le tonus musculaire est considéré comme une **communication émotionnelle.** Le tonus a une fonction d'appel. Le bébé a des manifestations, des réactions toniques qui vont être lues par la mère, qui y donne un sens et répond à ce qu'elle interprète comme une demande.

La dynamique de ce dialogue tonique est en lien avec la façon dont le parent est sensible ou non aux différentes manifestations de confort ou d'inconfort de son bébé en adéquation à son attitude corporelle et ses variations, ainsi qu'à la réponse qu'il lui donne.

DE AJURIAGUERRA s'appuie sur les travaux de WALLON pour décrire la notion de « **dialogue tonique** » désignant : « *l'ensemble des échanges médiatisés par la manière dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par le parent, et la manière dont le bébé y répond ; il y a ainsi une véritable interaction entre les postures des partenaires et le tonus musculaire qui est corrélatif* ».[23]

b. Les interactions visuelles

« *Le regard a une fonction essentielle dès les premières interactions d'attachement. Dès la naissance, une mère parle des yeux de son nouveau-né, lui parle de son regard comme le lien privilégié d'échange, premier lien sensoriel tendu entre eux ; le bébé recherche activement le contact œil-œil* »[24].

Le **regard** est un des modes de communication privilégiés entre le nourrisson et sa mère. Il constitue dès les premiers jours de vie du bébé une modalité interactive essentielle.

« *Le regard du bébé, dès la période néonatale, apparaît comme une manière dont le bébé peut développer la force du lien affectif entre sa mère et lui-même ».*[25]

Le moment de la tétée (sein ou biberon) permet au bébé de regarder sa mère et à la mère de regarder son bébé pendant qu'elle le nourrit, en établissant avec lui des épisodes de **regard mutuel**. Le regard peut être considéré comme l'une des modalités de « fusion primitive mère-enfant ». Pendant ce temps, le nouveau-né tend à fixer des yeux le visage de sa mère. Les mères accordent beaucoup d'importance au fait que le bébé les regarde pendant la tétée, elles passent la majeure partie de ce moment privilégié à le regarder.

Le regard du bébé a des effets importants sur la mère et illustre le **processus bidirectionnel de l'interaction entre la mère et son bébé**. Ce regard est souvent perçu par la mère comme gratifiant, voire même valorisant.

23 MAZET et STOLERU, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, MASSON 2ème édition, page 78

24 M. GAUBERTI, *Mère-enfant : à corps et à vie, Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, MASSON 1993 page 34

25 LEBOVICI et STOLERU, *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces,* BAYARD 2003, page 99

WINNICOTT écrivait : « « *Que voit le bébé quand il (ou elle) regarde le visage de sa mère ? » Je suggère ici que, d'ordinaire, ce que le bébé voit est lui-même (ou elle-même). En d'autres termes, la mère regarde le bébé et l'image qu'elle donne d'elle-même est liée à ce qu'elle voit devant elle. « Ainsi dans le développement émotionnel de l'individu, le précurseur du miroir est le visage de la mère »* ».[26]

c. Les interactions vocales

• Les cris et les pleurs, des moyens pour le bébé de communiquer

Le **cris** et les **pleurs** sont les premiers langages corporels du nourrisson lui permettant d'exprimer ses besoins. Ils suscitent chez la mère des affects intenses et un sentiment d'urgence auxquels elle donne un sens, la poussant à intervenir et agir pour mettre un terme à cet état de détresse. Cet aller-retour entre ces différents partenaires représente une modalité interactive.

L.SANDER et H.JULIA disent que les cris forment l'équivalent « *d'un* ***cordon ombilical acoustique*** »[27] qui suscite et favorise le rapprochement, la proximité de la mère et du bébé.

• Le langage de la mère vers son bébé

« *La parole de la mère peut aider l'enfant à surmonter ses peurs, à comprendre ce qu'il lui arrive, ce qui se passe autour de lui, l'aider à grandir, à mûrir, à devenir doucement indépendant, capable de comprendre seul et de trouver en lui, les ressources nécessaires pour affronter les difficultés de la vie, et profiter pleinement de ses grands bonheurs »*[28].

La mère modifie et adapte son langage lorsqu'elle s'adresse à son bébé ; elle utilise le « *parler bébé* ». Elle prend une prosodie particulière avec un timbre de voix plus aiguë, une voix plus chantante et rythmée.

STERN a mis l'accent sur l'importance de la prosodie du langage maternel, les intonations et le rythme qui paraissent parfois plus importants que le contenu du message.

---

26 LEBOVICI et STOLERU, *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces,* BAYARD 2003, pages 159-160
27 Ibid page 162
28 BINEL, *Prématurité et rupture du lien mère-enfant, la naissance inachevée,* Gaëtan Mortin Éditeur 2000, page 38

DOLTO a insisté sur le fait qu'il est **important de parler au bébé**, cela dès sa naissance et même avant. Il entend et comprend ce que sa mère lui explique. Certes, il n'en a pas une perception consciente comme la nôtre, mais suffisante pour qu'elle entraîne les effets attendus.

« Un enfant devient vraiment une personne vers 3 ans lorsqu'il parle et marche. Ma fille n'est pas encore intéressante, elle ne comprend pas ce qui se passe ni ce que je lui raconte. C'est seulement une poupée dont je dois prendre soin, qui mange et dort ». Voici les propos de Mme V qui ne parle pas à sa fille Kati âgée de 17 mois.

2. Les interactions affectives

Les **interactions affectives** correspondent à l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère. La mère va moduler son comportement en fonction de l'état affectif du bébé et inversement. Elle traduit en mots ses propres ressentis, mais également ceux de son bébé. La mère regarde son bébé, perçoit l'affect ou imagine percevoir quel est l'affect qu'il ressent. En faisant appel à ses capacités d'empathie, elle propose une sorte d'interprétation pour percevoir l'état affectif de son bébé.

Lors des premiers mois, l'objet de la communication entre les parents et le nourrisson concerne directement et principalement les deux membres de ce couple. L'affect correspond à « un objet essentiel » des communications entre la mère et le bébé.

« De plus, ce qui paraît être transmis de l'un à l'autre est représenté essentiellement par des affects de chaque partenaire à chaque instant de l'interaction. D'ailleurs, il semble que les modalités de communication utilisées entre les deux partenaires (le regard, la voix, le toucher, les postures, etc …) soient surtout aptes à communiquer l'affect, l'état émotionnel de chacun, beaucoup plus que des représentations ou des pensées »[29].

29 LEBOVICI et STOLERU, *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces,* BAYARD 2003, page 187

a. L'accordage affectif de STERN

STERN décrit le phénomène de l'**accordage affectif ou l'harmonisation des affects**, une concordance affective et un véritable partage entre la mère et l'enfant. Cette interaction permet au nourrisson de faire l'expérience du partage de sa vie émotionnelle avant même de savoir parler. La mère répond en miroir aux sollicitations de son bébé en utilisant soit le même mode de communication ou un mode différent, enrichissant la communication. Nous retrouvons le concept de spirale transactionnelle, où chaque partenaire va percevoir de façon plus ou moins précise l'état affectif de l'autre, y répondre lui même par un état affectif, qui en retour produira un nouvel affect chez l'autre.

« *L'accordage affectif et son caractère transmodal - c'est-à-dire l'utilisation par la mère d'un autre canal de communication que celui du nourrisson, par exemple celui de la voix en réponse à la mimique - constituent l'une des manières dont les états affectifs peuvent être communiqués et partagés au sein de la dyade »*[30].

b. Les trois organisateurs de SPITZ

René SPITZ estime que « *le développement du système psychique du bébé est lié à sa relation avec sa mère : de l'indifférenciation initiale, il est conduit au développement d'une relation différenciée avec un objet interne stable, sa mère, à travers « des points d'organisation* » ».[31] Par ces observations, SPITZ décrit la **reconnaissance progressive par l'enfant du monde extérieur et de l'objet maternel**.

Il parle de trois organisateurs : la réponse par le sourire au visage humain, la réaction de détresse face à l'angoisse de l'étranger ou l'angoisse du huitième mois et le « non ». Ces organisateurs sont à considérer comme de nouvelles modalités d'expression affective chez le bébé qui influent sur le contenu des affects au sein des interactions.

30 MAZET et STOLERU, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, MASSON 2ème édition, page 83
31 LEBOVICI et STOLERU, *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces,* BAYARD 2003, page 70

3. Les interactions fantasmatiques

Les **interactions fantasmatiques** correspondent à l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé.

D'après LAPLANCHE et PONTALIS, dans cette interaction « *les deux partenaires ne sont plus considérés seulement en tant que sujets présentant des comportements observables ou des expressions manifestant leurs états affectifs ; ils sont étudiés en tant que sujets dont la vie mentale comporte des scénarios imaginaires figurant l'accomplissement de leurs désirs. L'interaction fantasmatique est alors l'étude de la manière dont les fantasmes des partenaires trouvent leur expression dans l'interaction et de la manière dont les fantasmes de chaque partenaire répondent à - et modifient - ceux de l'autre* ». [32]

La vie imaginaire et fantasmatique des parents est très liée à leur vie affective, leur enfance, leur histoire et à leur relation avec leurs propres images parentales. *« En effet, l'imaginaire des parents en interaction avec leurs propres bébés est « peuplé » des relations infantiles qu'eux-mêmes ont vécues et des fantasmes liés à ces relations ».*[33]

WIERNSBERGER pense que « *toute naissance dans le réel est précédée d'une naissance dans la tête. L'enfant, bien avant de naître porte déjà la trace du désir de ses parents qui se le représentent tel qu'ils aimeraient qu'il soit* »[34].

a. Les enjeux de la grossesse

BYLDOWSKI parle de « ***transparence psychique*** ». Au moment de la grossesse, la mère est plus proche de ses émotions et baisse ses défenses psychiques, ce qui permet une perméabilité plus facile au préconscient et à l'inconscient. Cette conscience des mouvements inconscients va entraîner une **vulnérabilité** particulière. On est dans l'idée d'une re-centration.

Selon BRAZELTON, l'attachement au fœtus se développe bien avant la naissance. Tant que la grossesse reste invisible, cet enfant n'existe pas vraiment mais il est ressenti comme faisant partie de la mère.

32 MAZET et STOLERU, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, MASSON 2ème édition, page 86
33 Ibid page 118
34 BINEL, *Prématurité et rupture du lien mère-enfant, la naissance inachevée*, Gaëtan Mortin Éditeur 2000, page 44

La psychologue MARINOPOULOS définit le concept de « **grossesse psychique** » comme un processus complexe dont l'ancrage conscient et inconscient accompagne la naissance du parent. La future mère vit lors de sa grossesse une « gestation psychique » par laquelle elle imagine son bébé.

Les parents parlent de leur enfant au futur. Ils font des projets et imaginent comment il sera et ce qu'il fera plus tard. Les mouvements du fœtus deviennent perceptibles pour la mère, puis pour le père lorsqu'il pose sa main sur le ventre de sa femme. Par ses mouvements, l'enfant devient petit à petit une réalité. La grossesse devient de plus en plus visible. La mère ainsi que le père la voient, ils en parlent et prennent progressivement conscience de l'enfant qui grandit dans le ventre de la mère ; un être vivant avec une vie propre.

b. Les conséquences de l'accouchement

L'**accouchement** peut être considéré comme une séparation objective entre la mère et l'enfant. La mère perd sa relation privilégiée avec son bébé ; elle doit abandonner sa relation fantasmatique avec l'enfant imaginaire pour laisser une place à l'enfant réel et aller à sa rencontre.

« *Dans les minutes qui suivent la naissance, les parents ressentent des sensations particulières où se mêlent l'excitation, la joie, le soulagement devant l'enfant qui vient de naître : ces sensations les rendent prêts à accepter les imperfections qu'il présente. La confrontation de l'enfant réel avec l'enfant imaginaire peut, certes, causer une certaine déception aux parents mais elle est atténuée par cet état psychique particulier créé par le soulagement que l'enfant soit là et qu'il soit normal »*[35].

GOLSE et BYLDOWSKI parlent d'une « ***objectalisation du fœtus par la mère*** ». Ils parlent d'un mouvement de bascule de l'attention psychique du sujet avec un regard parental d'abord tourné vers le parent lui-même, pour s'ouvrir progressivement à la découverte du contenu utérin. Au début, le fœtus et la mère ne font qu'un. Petit à petit, la mère va avoir un regard vers ce bébé, cet être externe et différencié d'elle-même.

35 BINEL, *Prématurité et rupture du lien mère-enfant, la naissance inachevée*, Gaëtan Mortin Éditeur 2000, page 52

c. La rencontre de l'enfant réel

Tout au long de la grossesse, et même avant, la mère imagine son bébé. SOULE a parlé du concept de « ***bébé imaginé*** » qui comprend 3 aspects :

- le « ***bébé imaginaire*** » est celui des rêveries diurnes, des désirs conscients de la mère. Il s'élabore dans la petite enfance de la future mère. C'est l'enfant volé à la mère, l'enfant du désir incestueux avec le complexe d'Œdipe ; ce bébé imaginaire est un bébé omnipotent et une projection de la toute-puissance infantile.

- le « ***bébé fantasmatique*** » est celui des désirs inconscients de la femme, des conflits infantiles et refoulés de ses parents.

- le « ***bébé mythique*** » est le bébé des désirs préconscients voire inconscients, qui renvoie aux fantasmes transgénérationnels. Il est chargé des références culturelles de la mère et de sa famille.

L'enfant va naître forcément différent de celui que ses parents avaient imaginé. Pour cela, ils vont devoir élaborer un processus de deuil de cet enfant imaginaire, pour leur permettre d'accueillir cet enfant réel avec ces caractéristiques propres et de l'aimer tel qu'il est. Le deuil de l'enfant imaginé est lié à la notion d'anticipation. Lors des échographies et au moment de la naissance, les parents vont se confronter au bébé réel.

KlAUS et KENNELL parlent de « *véritable deuil, d'autant plus que des liens solides, véritable bonding, ont pu se constituer avec l'enfant imaginaire, pendant la grossesse. Le deuil, à la fois perte objectale et blessure narcissique confronte la jeune accouchée à la perte de l'enfant imaginaire de ses fantasmes, tandis qu'elle doit se satisfaire de l'enfant de la réalité dont l'aspect n'est pas toujours conforme à ses vœux* »[36].

« *Les parents ne doivent pas s'adonner à créer l'enfant qu'ils voudraient avoir mais, au contraire, l'aider à devenir ce qu'il est en puissance, à épanouir ses potentialités* » de Bruno BETTELHEIM.

36 LEBOVICI et STOLERU, *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces,* BAYARD 2003, page 74

D. Une relation : un lien d'attachement

Après avoir abordé les concepts clés et les enjeux des interactions parents-enfant, nous allons passer à la question de l'attachement.

A la naissance de l'enfant, les interactions favorisent l'établissement du lien et de l'attachement entre les parents et l'enfant.

LORENZ a développé une théorie éthologique selon laquelle les petits ont des prédispositions génétiques les incitant à **vivre en permanence dans la proximité d'un adulte**, toujours le même et qui deviendra l'objet d'une relation privilégiée.

HARLOW a montré que le **besoin de relation** ne serait pas lié à la faim mais serait une tendance sociale et primaire. Il a mis en évidence le caractère irrépressible du besoin d'amour chez le bébé. C'est l'ensemble des comportements d'attachement du petit qui déclenche l'attachement maternel.

*« **Parler de l'attachement, c'est parler de ce qui se tisse entre un enfant et ses parents, à tous les moments de leur histoire**. Mais leur histoire bien sûr ne commence pas au moment de l'arrivée du bébé dans leur vie. Elle commence au moment de la rencontre de cet homme et de cette femme* »[37].

Les premiers jours suivant la naissance représentent une période sensible où la mère est particulièrement apte à constituer un lien d'attachement avec son bébé. « *En maternité, le nouveau-né est auprès de sa mère, et j'ai pu remarquer que le processus d'attachement se mettait en place spontanément, et que, très vite, en quelques jours, des signes d'attachement précoce se manifestaient. Les mères connaissaient très rapidement les besoins de leur bébé ; savaient identifier la cause de ses pleurs, répondre à ses attentes et prendre soin de lui sans qu'il soit besoin de leur apprendre quoi que ce soit* »[38].

1. La théorie de l'attachement de BOWLBY

L'attachement désigne un lien affectif spécifique entre un individu et une figure d'attachement. Il répond à un besoin physiologique fondamental. L'attachement est un **processus interactif** débutant précocement, nourri de présence et d'échanges.

37 BINEL, Prématurité et rupture du lien mère-enfant, la naissance inachevée, Gaëtan Mortin Éditeur, 2000, page 43
38 Ibid page 14

La conception de la **théorie de l'attachement** a été développée par BOWLBY, dans laquelle il a postulé l'existence d'un besoin inné de contact social chez le bébé. L'attachement est un **besoin primaire** spécifique. Dès sa naissance, le bébé est un être immature et vulnérable qui a besoin de sécurité et de protection. Il va alors s'attacher instinctivement à la personne qui s'occupe de lui et lui prodigue les soins.

2. La figure d'attachement

La **figure d'attachement** est la personne vers qui l'enfant dirige son comportement d'attachement. Cette figure est choisie par l'enfant en fonction de son engagement et de ses réponses empathiques apportées à ses besoins. Ce rôle est souvent tenu par la mère qui assure le « **rôle de caregiving** » que l'on pourrait traduire par « *le prendre soin de* » aussi bien au niveau physique qu'affectif.

Cette figure d'attachement permet à l'enfant de se sentir en sécurité. La notion de **base de sécurité** favorise un bon développement lorsque l'enfant se sent en sécurité et qu'il sait qu'il peut compter sur cette figure d'attachement en cas de détresse. L'enfant a un **besoin primordial d'établir un lien stable et sécurisant avec une figure d'attachement.**

3. Les comportements d'attachement

BOWLBY a décrit **cinq schèmes de comportement** chez le bébé favorisant l'attachement :

- les **pleurs** et les **cris** témoignent d'un comportement d'appel,
- les **sourires** contribuent à interpeller la figure d'attachement pour qu'elle se rapproche
- les **comportements de poursuite** et **d'agrippement** permettent à l'enfant d'être proche de sa mère,
- la **succion non nutritionnelle** peut être déclenchée lors de situation stressante,
- l'appel par des petits **cris** puis par le nom, généralement celui de « maman ».

Les comportements d'attachement de l'enfant ont pour fonction et conséquence d'induire et de maintenir la **proximité** ou le contact avec la figure d'attachement, le **réconfort** ainsi que d'**activer le système motivationnel de caregiving du parent**. C'est ainsi que le lien d'attachement se crée et que la réciprocité des interactions mère-enfant prend toute son importance.

Il est nécessaire dans un premier temps qu'il y ait une **proximité** entre le bébé et sa figure d'attachement ainsi qu'une **confiance** en sa disponibilité, qui permettront à l'enfant de se sentir en sécurité et de diminuer ainsi l'activation de son système d'attachement. L'enfant pourra alors se détacher d'elle pour explorer le monde environnant. **Il est indispensable de bien « s'attacher » pour pouvoir bien « se détacher ».**

4. La mise en évidence de différents types d'attachement

Selon KREISLER, *« pour que son développement affectif soit harmonieux, le nourrisson doit bénéficier, à travers les échanges avec sa mère ou tout adulte prenant soin de lui, des éléments suivants : de plénitude des apports affectifs, de souplesse d'adaptation à ses besoins, et de stabilité de la relation ».*[39]

Il existe plusieurs styles d'attachement qui ont été conceptualisés à partir des observations de Mary AINSWORTH en 1978 à la suite de l'expérience « **The Strange Situation** ». « *Le but du dispositif est d'activer expérimentalement les comportements d'attachement de l'enfant (typiquement âgé de douze mois), au moyen d'un léger stress, induit par une brève séparation du parent ainsi que par la présence dans la pièce d'une personne non familière»*.[40]

AINSWORTH met en évidence trois catégories d'attachement à savoir, l'attachement sécure, l'attachement insécure évitant et l'attachement insécure ambivalent. Elle a voulu montrer que l'enfant est disponible pour l'exploration du monde environnant, à condition de disposer d'une figure d'attachement comme base de sécurité. Les réactions de l'enfant à la séparation d'avec la figure d'attachement sont en fonction de la qualité d'attachement qui s'était établie antérieurement.

L'**attachement sécure** est donc favorisé par une figure d'attachement réceptive et sensible aux besoins de l'enfant. Les interactions permettent et facilitent un développement harmonieux de l'enfant, si elles sont caractérisées par une **disponibilité affective**, une **souplesse des réponses** de l'adulte ainsi qu'une **stabilité**, une **continuité** et une **cohérence** dans le temps. L'enfant sera autonome par la suite car il aura acquis une sécurité interne.

39 *www.médecine.ups-tlse.fr*

40 PIERREHUMBERT Blaise *et al.*, *Théorie de l'attachement et parentalité, Devenir père, devenir mère,* ERES 2004 page 36

Avec un **attachement insécure évitant**, l'enfant peut ne pas se tourner vers la figure d'attachement lors de leur séparation. Il tente de masquer sa détresse émotionnelle par un détachement de la situation et un accrochage à l'environnement physique. A son retour, l'enfant peut avoir un comportement d'indifférence ou éviter le contact avec elle, en restant concentré davantage sur ses jouets. L'enfant semble ne pas avoir pu développer une base de sécurité en relation avec sa figure d'attachement et donne une impression d'indépendance précoce.

Dans l'**attachement insécure ambivalent**, l'enfant peut protester au moment de la séparation d'avec la figure d'attachement et il peut ne pas être rassuré, rendant difficile la possibilité d'explorer son environnement. A son retour, il peut adopter une attitude ambivalente qui vacille entre recherche de contact et de résistance. Dans ses relations précoces, l'enfant a rencontré une figure d'attachement ambivalente qui pouvait se montrer tout à la fois réceptive et ignorante aux besoins de l'enfant, avec des réactions souvent imprévisibles et incohérentes pour ce dernier.

Lucie, petite fille âgée de 16 mois, a été placée en famille d'accueil à l'âge de 6 mois pour carence de soins par négligence parentale. La première fois que nous rencontrons Lucie, elle a un comportement ambivalent ; elle nous tend les bras demandant à ce qu'on la prenne, mais avec une certaine retenue. Lucie a besoin de contenance bien qu'elle ait des difficultés à la supporter.

Par la suite, Marie MAIN ajoute un quatrième type d'attachement, il s'agit de l'**attachement désorganisé ou désorienté**. L'enfant ne réagit pas de manière caractéristique ou prévisible à la situation étrange. Il peut présenter des attitudes contradictoires, par exemple il s'agrippe à la figure d'attachement tout en détournant le regard ou pleure à son départ sans vouloir s'en rapprocher. Cette figure d'attachement est à la fois source d'apaisement et source de peur. Ces comportements donnent une impression de désorganisation, ils semblent incompréhensibles et témoignent d'un défaut de construction d'une stratégie d'attachement cohérente.

« La sécurité de l'attachement serait favorisée par la présence, au cours de la première année de vie, de comportements parentaux sensibles, prévisibles et ajustés à l'enfant, alors que l'insécurité serait associée à une certaine pauvreté des réponses parentales aux demandes de l'enfant, à des attitudes trop envahissantes ou encore à des réactions imprévisibles »[41].

Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, elles peuvent entraîner des **perturbations** dans la mise en place de l'attachement et du lien unissant les parents et l'enfant. Les interactions entre ces différents partenaires se trouvent impactées, engendrant des difficultés dans leur rencontre et le développement de chacun pour se construire de manière harmonieuse. Nous allons donc nous intéresser aux perturbations des interactions parents-enfant.

II. DES INTERACTIONS PARENTS-ENFANT PERTURBEES

Les perturbations du lien parents-enfant retentissent sur le développement et le comportement de l'enfant.

« Comment la « danse » entre parent et bébé peut être perturbée par divers « faux pas » ? Comment l'harmonie de l'interaction peut être troublée, et, en définitive, comment cet échange aboutit à compromettre le plaisir des deux partenaires ainsi que le développement des capacités relationnelles du bébé ? »[42]

A. Les aspects quantitatifs des perturbations : *l'inadaptation des réponses*

Ces perturbations quantitatives se situent dans le registre soit de l'excès ou soit de l'insuffisance de stimulation. Elles dépendent du niveau de stimulation que la mère adresse au bébé, si elle tient compte des capacités d'attention et du désir manifesté par son bébé à vouloir être ou non dans l'échange.

Il convient ainsi de ne pas se focaliser seulement sur les comportements de la mère, mais de tenir également compte des réponses du bébé et donc de l'échange entre ces deux partenaires.

41 PIERREHUMBERT Blaise *et al.*, *Théorie de l'attachement et parentalité, Devenir père, devenir mère,* ERES 2004 page 37
42 LEBOVICI et STOLERU, *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces,* BAYARD 2003, page 216

Cependant, que ce soit le cas de la sur-stimulation ou de la sous-stimulation, tous les nourrissons réagissent différemment à une stimulation donnée, car ils ont chacun leur propre seuil de tolérance.

1. L'excès de stimulation ou l'hyper-stimulation

L'**hyper-stimulation** se retrouve notamment lorsque la mère ne tient pas compte des signaux et réponses de son bébé exprimant qu'il est débordé par les stimulations. Cela pourrait avoir pour conséquence son impossibilité à ressentir son influence sur le monde extérieur. Cela lui renvoie le sentiment d'être incompris et que ses mimiques ou manifestations ne sont pas assez claires et compréhensibles pour modifier son environnement.

Dans cette situation, le comportement de la mère peut être perçu comme intrusif dans l'espace du bébé. Si une telle expérience se répète, cela peut amener le bébé à renoncer à s'exprimer et à inhiber des manifestations essayant d'interpeller sa mère.

2. Le défaut de stimulation ou l'hypo-stimulation

L'**hypo-stimulation** peut s'observer lors de dépression maternelle. La mère investit et s'occupe peu de son bébé. Son intérêt pour lui se retrouve diminué, auquel s'ajoute un sentiment d'incapacité pouvant amener par conséquent la réduction des échanges entre les deux partenaires. Cela peut se traduire chez la mère par un appauvrissement de signaux de ses mimiques, de son langage et de ses gestes envers son bébé au cours des interactions.

A cela, il peut s'ajouter une diminution de la sensibilité de la mère aux signaux de son bébé et une diminution de l'aptitude d'y répondre de manière adéquate.

Mais l'hypo-stimulation peut émaner également du bébé avec ses faibles intentions de communiquer, son manque ou son absence de signification de ses besoins auprès de sa mère. Le bébé contribue lui-même à faire baisser le niveau de la stimulation au sein du couple mère-enfant.

Dans ce genre de situation, on peut se trouver confronté à un syndrome de carence affective ou à une négligence du nourrisson.

B. Les aspects qualitatifs des perturbations

1. Les perturbations de la réciprocité et du déroulement temporel

Lors des consultations, l'**observation de la dynamique interactive** entre la mère et son enfant est un élément riche à prendre en compte, en centrant son attention plus particulièrement sur la **réciprocité des échanges** entre ces deux partenaires.

La perturbation de la réciprocité peut s'observer dans différents domaines comme le regard, le contact physique, la parole entre la mère et son enfant. *« Dans le domaine du regard (phénomène de l'évitement du regard par la mère et/ou le bébé), dans le domaine des contacts physiques (discordance entre les efforts de l'un des partenaires pour maintenir un contact physique et recherche d'une prise de distance par l'autre partenaire), dans le domaine de la parole (par exemple quand les vocalisations ou les mots du bébé ne sont pas pris en compte) »*[43].

GREESPAN et LIEBERMANN parlent de **comportement contingent** défini comme une réponse directe et appropriée aux signaux du partenaire. Ce comportement caractérise la sensibilité de la mère aux signaux de son bébé et témoigne du respect de celle-ci pour l'état et les comportements de ce dernier. Les mères contingentes qui favorisent l'interaction sont capables de rester dans un registre optimal de stimulation. Le **comportement non contingent** apparaît comme dénué de lien avec le comportement du partenaire. Alors qu'un **comportement anti-contingent** est une réponse contraire à ces signaux.

Assis par terre, Louis pleure. Sa mère le regarde, nous regarde. Le psychomotricien lui suggère de prendre son fils dans ses bras. Aussitôt dit, aussitôt fait. Mme B prend Louis et le pose sur ses genoux. Dans ce court instant, nous avons pu ressentir comme une asynchronie entre la demande de l'enfant et la réponse non spontanée de cette mère.

43 MAZET et STOLERU, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, MASSON 2ème édition, page 117

Certaines mères semblent ne pas remarquer les signaux de l'enfant et inversement, il peut rester insensible aux diverses sollicitations de ces dernières. Il paraît également important d'observer le déroulement temporel de l'interaction entre la mère et son bébé : remarquer si l'interaction a tendance à s'harmoniser, à être marquée par la réciprocité, s'il y a l'existence d'une discontinuité ou de mini-coupures au cours des échanges. Il paraît intéressant de pouvoir repérer tous ces signaux.

2. La fixation et les régressions des modalités interactives

MAZET et STOLERU évoquent les **fixations et régressions de patterns interactifs**. La qualité de l'interaction entre une mère et son enfant doit être appréhendée en fonction de l'âge et du développement de ce dernier.

La mère et son bébé peuvent revenir à des comportements et des modalités interactives archaïques, comme le maintien d'une relation trop symbiotique à un âge où d'autres modes de communication devraient être instaurés. Ou inversement, la mère peut demander et exiger une autonomisation trop précoce de son bébé avec des exigences auxquelles il ne peut encore répondre à cause de ses besoins de dépendance très marqués.
Dans les deux cas, il y a un **défaut d'ajustement de la mère à son enfant**.

C. Les expressions symptomatiques du côté de l'enfant

« Les manifestations de la souffrance psychique d'un nourrisson et des perturbations de son développement peuvent revêtir des aspects multiples et variés »[44].

En s'appuyant sur le livre *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant* écrit par MAZET et STOLERU, nous allons citer, sans les développer, quelques expressions symptomatiques répertoriées en quatre grandes rubriques :

- **Les troubles à expression somatique** : avec les troubles du sommeil (difficultés et troubles du sommeil précoce,...), les troubles de l'alimentation (anorexie, vomissement, rumination,...), les troubles abdominaux et intestinaux (colique, constipation,...), les troubles sphinctériens, les troubles de la peau (eczéma,...), les troubles tonico-posturo-moteurs …

44 MAZET et STOLERU, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, MASSON 2ème édition, page 124

- Les troubles du développement : avec un retard du développement, des troubles intellectuels et cognitifs, des troubles du langage …

- Les perturbations du comportement : avec des troubles localisés (colères, décharges psychomotrices, …) ou des troubles globaux (hyperactivité, agitation, instabilité, inactivité, apathie, comportement de retrait, …) …

  L'apparition de comportements ou de mouvements relationnels inadaptés à une situation est à considérer comme une forme possible d'expression de la souffrance psychique, de difficultés ou de troubles dans l'évolution psychologique du nourrisson. Il est intéressant d'essayer d'avoir une certaine idée du vécu subjectif du nourrisson à travers son comportement, tout en tenant compte du contexte interactif et relationnel dans lequel ces perturbations ont tendance à apparaître.

- L'expression mentale : des cris, des pleurs, des angoisses, de l'excitation, ...

  La vie affective ou émotionnelle représente une autre modalité d'expression des perturbations psychologiques du nourrisson, s'exprimant à travers le corps et notamment à travers la vie psychique et tonique.

Les perturbations de l'interaction doivent être situées dans une **perspective** à la fois **synchronique**, c'est-à-dire dans le contexte familial actuel et à la fois **diachronique**, en lien avec l'histoire des relations que les parents ont eues avec leurs propres parents.

L'interaction mère-enfant reste dépendante et liée au contexte plus large des interactions du système familial. Il est important de prendre en compte des aspects environnementaux avec le contexte économique, culturel, social et familial dans lesquels se déploie cette parentalité et où grandit cet enfant.

Il faut essayer de prendre en compte l'étiologie qui peut être liée à des facteurs propres à l'enfant, propres aux parents, voire même à une combinaison de ces deux types de facteurs.

D. Les facteurs de risque

Nous allons citer quelques exemples de facteurs de risque fréquemment rencontrés, pouvant conduire à des situations de vulnérabilité ou des situations à risque pour le développement harmonieux de l'enfant et l'établissement d'un lien sécure avec ses parents. Il y a divers degrés de difficultés pour les facteurs de risque. Par exemple, un bébé dont les pleurs sont inconsolables, peuvent rendre la relation parents-enfant compliquée.

1. La prématurité

Selon LEBOVICI et STOLERU, « *la prématurité reste un facteur de risque de difficultés interactives* ».[45] Elle se révèle être un facteur de risque quant aux troubles du développement psychique ainsi qu'une étape difficile à surmonter pour les parents.

Une naissance prématurée est un événement traumatique à l'origine de bouleversements au sein de la famille. Culpabilité, blessure narcissique, anxiété quant au devenir de leur enfant peuvent envahir les parents. Les risques de séquelles sont importants, mais dépendent du degré de prématurité et sont inversement proportionnels au poids de naissance.

Tout juste né, le bébé est séparé de ses parents. Le lien est subitement rompu alors que les premières heures et les premiers jours sont essentiels pour la mère et son bébé.

Par son immaturité neurologique, le bébé prématuré est un partenaire avec qui les interactions sont différentes. Il s'agit d'un bébé vulnérable, peu actif et peu sensible aux stimulations. Ses compétences sont limitées, notamment en ce qui concerne l'interaction et la régulation des états de vigilance.

« *Les parents « prématurés » vivent donc des moments bouleversants, risquant de perturber leur relation avec leur bébé et de rendre difficile l'établissement du lien d'attachement »*[46]. Ces difficultés peuvent entraîner des **possibilités d'asynchronie et d'ajustement** entre les parents et ce prématuré.

45 LEBOVICI et STOLERU, *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces,* BAYARD 2003, page 233
46 *http://www.psychomot?ups-tlse.fr*

2. Atteintes somatiques de l'enfant : malformations, maladies, handicaps

« Une altération de l'équipement de base (moteur, sensoriel, neurologique) est une entrave évidente aux expériences et compétences du nourrisson, mais aussi une blessure infligée directement à la rencontre entre le corps de la mère et le corps de l'enfant. Dans le cadre de la clinique psychomotrice, c'est cette blessure-là qu'il s'agit de soulager »[47].

L'existence d'une maladie chronique ou d'un handicap chez un nourrisson affecte son développement. Plusieurs types de situations sont possibles : le trouble peut gêner directement l'enfant dans son développement ou entraîner indirectement des perturbations sur la relation avec ses parents.

Il faut garder à l'esprit ce que vivent ces parents et leur plus ou moins grande difficulté à investir leur enfant qui varie en fonction de son atteinte ; si elle est visible ou non, si elle menace la vie de l'enfant et si elle entraîne ou non des hospitalisations répétées.

3.Difficultés personnelles des parents ou troubles psychiatriques

« L'enfant a besoin qu'un adulte manifeste de l'intérêt pour ses ressentis. Son activité s'épuise sans la présence et l'attention de quelqu'un d'extérieur. Il se fragilise lorsqu'il ne se sent pas assuré par une relation affective privilégiée riche, significative et stable avec un adulte qui prend soin de sa personne. Il se nourrit des soins, de l'attention, des interactions apportés par l'autre, adulte »[48].

Des difficultés personnelles ou des troubles psychiatriques chez l'un ou l'autre des parents, voire des deux, peuvent les rendre moins disponibles auprès de leur enfant, n'apportant pas de réponses adaptées à ses besoins. Tout ceci concourt à fragiliser encore plus la situation et perturber les interactions. Selon MAZET et STOLERU, la carence est liée « *soit à un défaut de stimulations et d'apports affectifs de la mère (des parents), soit à l'absence d'un personnage maternel approprié, soit encore à des expériences de séparations précoces et répétées de l'enfant avec une figure maternelle* »[49].

---

47 GAUBERTI, *Mère-enfant : à corps et à vie, Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, MASSON 1993, page 30

48 KONICHECKIS Alberto,*Troubles psychiques liés aux interactions précoces*, *SPIRALE* 2003/1 n° 25, page 150

49 MAZET et STOLERU, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, MASSON 2ème édition, page 236

Il peut y avoir une insuffisance qualitative et quantitative des interactions entre l'enfant et sa mère. Par exemple, dans le cas de dépression, la mère peut avoir une attitude de retrait dans l'interaction avec une diminution du regard mutuel, des sollicitations et des interactions verbales. Elle se trouve en difficulté pour fournir à son bébé les réponses adéquates à ses besoins.

SPITZ a montré que toute séparation est un risque de traumatisme pour l'enfant. Dans le cas extrême, si la carence affective se prolonge, les enfants présenteront **le syndrome de l'hospitalisme** qui est la forme la plus grave de dépression anaclitique.

4. *« Vulnérabilité de la relation parents-enfant »*

GAUBERTI parle de « ***pathogénies*** » qui sont les dysfonctionnements des systèmes corporels et relationnels ; la stagnation des processus d'évolution ; le dérèglement des modes de communication. Elles ne répondent à aucune étiologie organique et ne sont imputables, ni à l'enfant ni à la mère. Il s'agit d'un défaut des mécanismes d'adaptation et d'identification réciproques. Ainsi, « *toute pathogénie précoce est pathogénie de l'inter-relation mère-bébé* »[50].

Certaines familles rencontrent des difficultés majeures et ce, dans plusieurs domaines. Elles peuvent se combiner entre elles, aggravant la situation et ayant des répercussions sur le développement de l'enfant. GAUTHIER parle de « ***vulnérabilité de la relation parents-enfant*** » se définissant comme la sensibilité particulière de la relation aux facteurs de risque. Elle peut varier dans le temps en fonction des étapes de développement de l'enfant.

LEBOVICI explique que **quelque soit le partenaire en cause, l'autre partenaire est affecté par le biais de la perturbation de l'interaction où il se trouve engagé**. Les troubles ou difficultés du parent ou de l'enfant ne peuvent pas rester isolés. Ils se répercutent dans leur relation.

Les difficultés des troubles des interactions parents-enfant peuvent se manifester sous forme de symptômes chez l'enfant ou de troubles de son développement. Mais nous ne pouvons pas avoir de « vision linéaire » des situations des relations entre parents et enfant.

50 GAUBERTI, *Mère-enfant : à corps et à vie, Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, MASSON 1993, page 29

Le psychiatre, Boris CYRULNIK, développe la notion de « **résilience** » correspondant à un processus complexe par lequel les blessés de la vie peuvent déjouer tous les pronostics.

Michel MANCIAUX définit la **résilience** comme la capacité d'une personne ou d'un groupe à bien se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir, en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères. Il est donc imaginable que certains enfants soient résilients et puissent triompher des différents traumatismes qu'ils ont subis (abandon, maltraitance, violence,...).

Le couple parents-enfant va se construire ensemble, mais si l'un des membres rencontre des difficultés, la relation peut en être impactée.

La plupart des familles que j'ai rencontrées, présentaient également des difficultés socio-économiques, pouvant se retrouver démunies et en difficultés sur le plan matériel. Mais certains parents sont en mesure de constater par eux-mêmes, à un moment donné, que leur état ou que leur situation pourrait nuire à leur statut de parent, tout en impactant la relation avec leur enfant. Il est parfois difficile de sortir de situations critiques sans une aide extérieure. Ces familles peuvent trouver le soutien de professionnels dans des structures spécialisées qui peuvent les accompagner, comme par exemple les Centres Médico Psychologiques.

Mais « ***il reste à savoir comment mieux aider ces familles, comment reconnaître cette souffrance et permettre aux parents de s'approcher de leur bébé, de vivre leur parentalité sans que ces aspects traumatiques viennent envahir et perturber le lien en construction*** »[51].

51 A.BORGHINI et C.MULLER NIX, *Un étrange petit inconnu*, ERES « 1001 bébés » 2008, page 99

III. Intervention du psychomotricien dans un CMPPE

A. Le Centre Médico Psychologique Petite Enfance CMPPE

Lorsque les parents s'inquiètent, se posent des questions sur le développement de leur enfant, ils peuvent se rendre dans un Centre Médico Psychologique Petite Enfance, spontanément ou être adressés sur conseils de leur médecin, du pédiatre ou de la crèche, … .

C'est une « unité fonctionnelle » de pédopsychiatrie, à vocation de prévention auprès du jeune enfant âgé de 0 à 30 mois. Les deux axes majeurs du CMPPE sont la prévention et les soins précoces. C'est également un lieu de paroles et de rencontres, un espace d'échanges pour les parents et les enfants.

L'équipe de psychiatrie du CMPPE comprend différents professionnels afin de pouvoir offrir une prise en charge la plus complète. Elle se compose de pédopsychiatre, psychologue, orthophoniste, psychomotricien et secrétaire médicale.

L'intérêt de cette prise en charge est d'être dans une **approche pluridimensionnelle** avec ces situations généralement plurifactorielles. Chaque intervenant apporte un soutien, une aide à ces familles. Les diverses interventions peuvent se combiner et contenir ces familles en souffrance où l'enfant présente un développement qui peut être préoccupant.

Par échange d'informations, l'équipe va pouvoir mettre en évidence certains aspects du fonctionnement de l'enfant et/ou de la famille et redonner un aspect dynamique aux élaborations propres à chacun. Avec l'accord des parents, l'équipe peut aussi prendre contact et se mettre en lien avec les différents intervenants, médecins, pédiatres ou professionnels de structures hospitalières, présents autour de cette famille.

B. L'intervention et la place de la psychomotricité dans un CMPPE

1. Définition de la psychomotricité

La psychomotricité est une **pratique spécifique qui porte sur le corps**. Elle demande une écoute ainsi qu'une implication active et corporelle de la part du psychomotricien. Il s'engage dans la relation à l'autre, au niveau verbal et non verbal dans le cadre d'un accompagnement contenant.

Le psychomotricien s'intéresse à la façon dont le sujet perçoit son corps, se le représente, ainsi qu'à la façon dont il s'en sert pour investir son environnement, exprimer ses émotions et entrer en relation. Le corps est un précieux indicateur qui peut parfois en dire plus que les mots.

Le psychomoteur correspond à l'investissement par le sujet de ses propres capacités motrices, de ce qu'il va en faire ou pas, c'est-à-dire la **manière propre à chaque personne d'investir ses compétences**. La psychomotricité est une articulation qui noue pas à pas un programme neuro-sensori-moteur et des expériences affectivo-relationnelles. C'est cet ensemble qui construit le psychique. C'est par la relation que sans cesse l'enfant apprend à investir son propre corps, l'autre et les objets environnants.

2. Un psychomotricien au sein du CMPPE

La plupart des enfants rencontrés dans ce CMPPE ont des difficultés dans leur développement psychomoteur et ce pour des raisons étiologiques diverses, parfois connues et repérées (maladie génétique, …) et parfois supposées ou en voie d'investigation.

Le fait que l'enfant ne se développe pas comme les autres, génère chez les parents une inquiétude quant à un trouble dans son développement pouvant peser sur leur relation et sur la qualité des échanges, tout en entraînant une distorsion dans l'instauration des liens d'attachement.

Souvent, les parents pensent que la prise en charge en psychomotricité s'adresse exclusivement à l'enfant. Elle s'avère être acceptée plus facilement par ces parents en souffrance, lorsque le développement de l'enfant pose question.

Or, comme nous l'avons montré tout au long de cet écrit, plus qu'à tout âge, le tout-petit ne peut être envisagé comme une entité isolée. Dans les premières années de sa vie, son développement s'inscrit et s'étaye dans la relation à ses parents. Son mode d'être au monde s'exprime à travers la relation établie avec ses parents. Par conséquent, les troubles ou difficultés de l'enfant ne peuvent pas rester isolés, ils se répercutent au sein de la relation parents-enfant. En tant que psychomotricien, le travail auprès de ces enfants en bas âge implique de réfléchir à la place des parents dans le dispositif de soin.

Dans les séances en psychomotricité, le psychomotricien accompagne l'enfant dans son développement. En prenant appui sur l'étayage qui lui est offert, c'est l'enfant lui-même qui permet à ses parents de découvrir et prendre conscience de tout ce qu'il est capable de faire, ses compétences, ses limites et par conséquence, changer le regard porté sur lui.

« *C'est bien l'enfant qui doit rassurer s'il le peut, ses parents et initier ainsi une spirale interactive positive, avec l'étayage offert par le psychomotricien jouant le rôle de tiers à la fois neutre et bienveillant* »[52].

Le psychomotricien tente de jouer un **rôle de traducteur et de pont corporel entre l'enfant et ses parents**. Cet étayage vise un réaménagement, un réajustement et un ré-accordage dans la relation parents-enfant, indispensables pour que les processus d'attachement, puis d'autonomisation et d'individuation se réalisent.

3. Séances de psychomotricité de l'enfant en présence des parents

Lors des séances, il est important d'être « vigilant » sur certains points précis afin d'être au plus près des besoins de l'enfant.

- **le discours des parents** sur l'histoire de l'enfant au travers du récit de la grossesse, de la naissance, des premiers temps de la vie avec ce nouvel être, des changements au sein de la famille, des antécédents y compris les facteurs étiologiques et pathologiques associés ainsi que leur façon de parler actuellement de l'enfant.

- **l'observation de l'enfant et du jeu spontané** peut donner des informations sur les acquisitions, le vécu et l'image du corps, les possibilités motrices, la qualité corporelle mise en jeu dans la relation à l'autre, l'attitude spontanée, le mode de communication, la conscience de ses limites, le dialogue tonico-émotionnel, la façon de jouer de l'enfant et sa capacité à répondre aux sollicitations, les conduites et les comportements dans la salle de psychomotricité, lors de jeu libre, en notre présence et celle d'un parent.

52 ESCULPAVIT Hugues, *Bilan et prise en charge du nourrisson et du jeune enfant, La psychomotricité auprès du jeune enfant présentant des difficultés de développement et de sa famille,* 2013

– <u>l'observation de l'enfant et de ses parents durant la séance</u> permet d'apporter des informations essentielles sur le lien qui les unit, la nature de leurs échanges et la spontanéité de leur relation. J'ai remarqué que la séance peut prendre diverses tournures. Cela dépend, tantôt de l'enfant, de l'état dans lequel il est, de ce qu'il propose et amène au travers de ses jeux ; tantôt de ce que le parent va dire, faire ou ne pas faire.

Notre observation clinique ne se limite pas aux symptômes de l'enfant ou aux inquiétudes évoquées par les parents. Lors des consultations parents-enfant, le psychomotricien doit être sensible et attentif à un ensemble de signaux émis par l'enfant, par le parent, ainsi qu'à ce qui se joue dans la relation entre ces partenaires. « *Il doit être attentif à l'enfant, mais également aux parents : faire comprendre à ceux-ci le pourquoi de certaines attitudes ; laisser s'exprimer les projections des parents sans en être envahi, tout en continuant à être en relation avec l'enfant* »[53].

Grâce à ce stage, j'ai pris conscience de l'importance de l'observation clinique. Parfois, le bilan peut s'avérer difficile quand l'enfant ne comprend pas, ou étant peu dans la relation cela n'a pas de sens pour lui ; ou encore parce qu'il est mis en difficultés lorsqu'on lui demande quelque chose. L'observation clinique est riche et instructrice. C'est une situation qui va nous permettre d'observer comment l'enfant interagit.

Nous pouvons avoir un aperçu de l'investissement de l'enfant par les parents. Nous allons recueillir plusieurs informations sur différents éléments nous permettant de faire « *un* ***tableau d'ensemble de la dynamique familiale****, à travers l'histoire de l'enfant et le témoignage qu'en donnent les parents* ». [54]

<u>4. Le cadre en psychomotricité : un espace et un temps particuliers</u>

« Tout se joue dans le respect du rythme et des compétences du bébé, dans les possibilités qu'il montre à être en lien avec nous dans ce moment de rencontre. Il s'agit de créer un ajustement avec lui qui se situe dans une alternance suffisamment structurante entre passivité et activité, attente et action »[55].

53 SQUILLANTE, *L'apport de l'observation du nourrisson aux soins institutionnels dans un service de psychiatrie infanto-juvénile,* page 145
54 MAZET et STOLERU, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, MASSON 2ème édition, page 104
55 CLEMENT-ASTIER, *L'approche psychomotrice du bébé au sein d'une unité de Psychopathologie Périnatale,* page 7

Sacha est décrit par ses parents comme un « enfant caractériel ». Il rencontre des difficultés à accepter la frustration. Il est dans une dimension de toute puissance.
Installé à la petite table, Sacha est calme et attentif. La contenance physique apportée par le cadre et notre présence, ainsi que celle apportée par les mots mis sur ce qui se passe, ont permis à Sacha de pouvoir se concentrer et focaliser son attention pour réaliser une activité d'empilage/assemblage avec une certaine aisance.

Le psychomotricien pose un **cadre** dont il est le garant. Dans cette salle, l'enfant et son parent vont retrouver régulièrement quelque chose de sensiblement identique, séance après séance, mais dans un cadre contenant et sécurisant. Cet espace-temps spécifique du soin en psychomotricité peut être perçu comme lieu de ressource pour la relation parents-enfant.

Selon BALLOUARD, « *un cadre contenant c'est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître* ».

Le parent ressent et investit la contenance offerte par cet espace. Se sentant suffisamment en confiance, il aborde ses soucis et ses difficultés, contribuant à l'alliance thérapeutique.

« Dans cette salle, je ne reconnais pas ma fille, je trouve qu'elle a l'air vraiment bien ici » nous confie une mère d'une voix apaisée. Kati dort dans la poussette, laissant « plus de place à sa mère » qui trouve un espace et un lieu où elle se sent écoutée et qu'elle investit. Elle nous confie que sa fille se sent bien dans cette salle et elle évoque également son bien-être. Cette salle sécurise à la fois Kati et sa mère, qui trouve ici un espace pour exprimer ses inquiétudes .

5. Les parents : partenaires de la prise en charge de leur enfant

En tant que psychomotricien, ce type d'approche demande à nous positionner dans la manière d'aborder le nourrisson ou le jeune enfant, sans exclure la mère et/ou le père. Les deux parents sont invités à être présents et à participer à la prise en charge de leur enfant.

Pour pouvoir travailler avec ce couple parents-enfant, il est primordial de créer une **alliance thérapeutique**, simultanément avec l'enfant et les parents. « *L'essentiel, pour nous, c'est l'instauration d'une alliance véritable avec l'enfant et ses parents. Ce temps est marqué par l'attention, la réceptivité ; nous pouvons entendre, mais aussi, et surtout, observer »*[56].

Au cours des séances, la présence du parent, nous permet d'aller dans le sens d'une appréhension globale de la relation parent-enfant par l'intermédiaire d'une observation des interactions entre eux. **Ce système interactif qui unit les parents et l'enfant constitue l'environnement essentiel de cet enfant, au sein duquel son comportement psychomoteur prend un sens et se développe**.

Lors de la première séance, ainsi que tout au long de la prise en charge, nous recueillons un grand nombre d'informations sur l'enfant et sur sa relation avec ses parents à travers le discours tenu par le parent présent. Les éléments de l'anamnèse sont riches d'enseignements : depuis le début de la grossesse jusqu'à ce jour. Les parents abordent d'eux-mêmes, si cela leur est possible, les points importants concernant leur enfant et leurs préoccupations.

La présence des parents avec un enfant en bas âge s'avère indispensable pour lui procurer une base de sécurité en lui permettant d'investir ce lieu et être disponible.

C. Les différents rôles que peut jouer le psychomotricien

« Le thérapeute se positionne comme un observateur, un lecteur des mots du corps qui s'enchaînent, cohérents ou non, pour raconter l'histoire de la rencontre entre le corps de la mère et le corps de l'enfant »[57].

Le psychomotricien est particulièrement attentif à la parole ainsi qu'au langage corporel. Il accorde aux gestes, à la posture, aux attitudes et aux autres manifestations corporelles leur valeur de communication. Il est à l'écoute également de ce qui est dit verbalement, notamment par le parent présent.

56 SQUILLANTE, *L'apport de l'observation du nourrisson aux soins institutionnels dans un service de psychiatrie infanto-juvénile,* page 143

57 GAUBERTI, *Mère-enfant : à corps et à vie, Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, MASSON 1993, page 74

1. Quel rôle peut- il avoir auprès de l'enfant ?

Ces temps de séance sont une occasion de rencontrer l'enfant, d'entrer en relation avec lui sans brusquer les choses et en s'adaptant à son rythme. Il est important de lui laisser le temps nécessaire pour rentrer en contact et nous faire confiance. Les conditions de contenance proposées sont nécessaires et essentielles pour que des intégrations et des expériences constructives prennent forme.

a. Un soutien pour le développement de l'enfant

Par sa connaissance spécifique du développement psychomoteur, le psychomotricien en connaît les grandes étapes et peut donc proposer des mises en situations, des activités que l'enfant est en mesure de réussir pour ne pas le mettre en situation d'échec. Cette adaptation nécessite de la part du psychomotricien de repérer les compétences ainsi que les limites de l'enfant. Il pourra par la suite mettre en place des situations d'action pour favoriser et stimuler son développement psychomoteur.

L'objectif du travail en psychomotricité avec un nouveau-né ou jeune enfant est de lui permettre d'éprouver un vécu corporel agréable et de lui **offrir un environnement le plus adapté possible à son développement**. Notre rôle est d'éveiller l'enfant pour lui donner l'envie de regarder et de communiquer. Cela lui permet de découvrir ses possibilités motrices et communicatrices.

« Notre rôle est de soutenir les capacités corporelles naissantes du bébé en offrant un étayage à une mise en mouvement du corps pour aller vers une construction corporelle sécure et une activité représentative »[58].

Mais il faut garder à l'esprit «[..] *qu'aider un bébé en difficulté ce n'est pas simplement le rendre plus performant sur le plan neuro-moteur mais c'est lui permettre d'« habiter son* corps » *avec toute la dimension relationnelle et de subversion libidinale que cela suppose* »[59].

58 CLEMENT ASTIER, *L'approche psychomotrice du bébé au sein d'une unité de Psychopathologie Périnatale*, Thérapie Psychomotrice, et Recherches N° 161/ 2010, page 7

59 Marc RODRIGUEZ, *La thérapie psychomotrice Bébé-Parents*, de Thérapie Psychomotrice - *et Recherche* - N° 158 – 2009, page 40

b. Un lecteur et un décodeur du corps

Le travail avec le jeune enfant qui n'est pas encore entré dans le langage, suppose de porter une attention particulière à sa globalité et aux signaux pouvant signifier ou apporter une indication sur un état interne, un vécu ou une émotion. Par sa posture et son attitude, le jeune enfant peut montrer en quoi il accepte ou évite le contact. Son niveau tonique, la qualité de ses mouvements et de sa présence, son orientation en fonction de son partenaire, sont des indices qu'il faut percevoir et interpréter comme un message.

En psychomotricité, nous partons du principe que ce que l'enfant mobilise avec les jouets, correspond à des figurations de son état corporel qu'il ne peut exprimer autrement que par l'agir. Nous obtenons une lecture corporelle de sa mise en actes. A nous, d'être disponible, à l'écoute, de jouer et de verbaliser ce qui se passe à ce moment-là pour cet enfant. Le psychomotricien utilise la parole pour appuyer l'enfant dans ce qu'il vit, l'aider à comprendre ce qui se passe. Il accueille les émotions de l'enfant, tente de les reconnaître et de les mettre en mots.

L'essentiel est de parler au bébé et non du bébé. En s'adressant directement à lui, nous lui conférons le sentiment que nous le considérons comme un être humain à part entière. Il a besoin de rencontrer dans son environnement des personnes capables de l'aider à penser, à mettre en sens et à ordonner ce qu'il ressent.

Le psychomotricien s'identifie à l'enfant pour mieux le comprendre. Le fait de l'observer attentivement, d'interpréter ses manifestations et ses comportements en y mettant du sens, apporte à l'enfant un **sentiment de contenance**. *« Le thérapeute psychomotricien, en s'adressant corporellement à l'enfant et en inter-agissant avec lui - ce qui suppose d'une part sensibilité et disponibilité, et d'autre part contrôle de ses propres expressions corporelles - lui offre un nouvel espace d'expression de sa souffrance »*[60].

Il essaye de **« renforcer » la construction d'une enveloppe psychique et physique de l'enfant.** Lors de ces temps de séance, l'enfant peut se sentir reconnu, contenu par un autre qui le pense comme une personne individuée et différenciée.

60 GAUBERTI, *Mère-enfant : à corps et à vie, Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, MASSON 1993, page 4

Le psychomotricien s'engage et s'investit corporellement lors ses séances. *« Ce travail ne peut se concevoir également que dans un engagement de mon propre corps où l'implication corporelle interactive permet une certaine identification au bébé »*[61].

c. Un partenaire de jeu

Le jeu est « le » moyen pour rentrer en relation avec l'enfant, en créant un premier contact progressif, avec l'idée d'un objet intermédiaire situé entre nous. Le jeu permet de partager un instant de plaisir avec l'enfant, tout en étant un moyen d'appréhender ses compétences.

Comme l'explique Catherine POTEL, « ***le jeu psychomoteur sera ce moyen privilégié qui permettra au sujet de communiquer ce qui est encore non communicable*** ».

Fabien JOLY parle du « **travail du jouer** ». En séance de psychomotricité, nous invitons l'enfant à agir pour qu'il accède à des représentations et mette du sens sur le jeu. C'est une expérience nécessaire des plus sérieuses pour le développement psychomoteur, psychologique et cognitif du sujet. C'est un véritable carrefour psychomoteur, car l'enfant, en jouant, met tout son développement psychomoteur au travail.

« Le plaisir ne s'apprend pas, ne s'éduque pas, ne se conditionne pas... Le plaisir s'éprouve, se prend, se partage, se donne ; et voilà reposée la spécificité du psychomotricien d'être « partie prenante-donnante » dans la thérapie face à l'enfant, avec l'implication de son propre plaisir à être là, corporellement présent avec lui, et dans le travail de décodage de ce plaisir »[62].

2. Quel rôle peut-il avoir auprès des parents ?

« Tout comme leur enfant, il est indispensable que les parents soient entendus ; on ne peut accompagner efficacement le premier sans se placer à proximité des seconds ».[63]

61 CLEMENT ASTIER, *L'approche psychomotrice du bébé au sein d'une unité de Psychopathologie Périnatale*, Thérapie Psychomotrice, et Recherches N° 161/ 2010, page 7

62 GAUBERTI, *Mère-enfant : à corps et à vie, Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, page 138

63 GARDOU, *Quand le handicap s'immisce dans la famille, Peut-on vivre avec et malgré le handicap de son enfant ?*, Édition ERES 2006, page 205

a. Une écoute attentive

Le psychomotricien a un **rôle d'écoute** auprès de ces parents. Ils peuvent exprimer les perceptions qu'ils ont de leur enfant, leur ressenti et leur histoire. Ces parents peuvent aborder leurs inquiétudes et leurs peurs face aux difficultés de leur enfant, ainsi que leurs difficultés à être parent de cet enfant. « *Les parents qui, confrontés aux processus pathologiques de leur enfant, expriment de manière variée leur blessure narcissique, leur difficulté à penser et à faire, l'inadéquation dans la relation oscillant entre fusion et rejet, évoquant toute la problématique de la séparation* »[64].

Parfois, ces parents peuvent se retrouver « débordés » ou dans un état de **sidération psychique**. Cet état de choc va rendre difficile toute prise de recul, pourtant nécessaire à la réflexion et à la compréhension des événements qu'ils sont en train de vivre.

« Les aider à surmonter leurs sentiments d'incapacité et d'imperfection exige d'abord de leur faire entendre que l'on n'attend pas d'eux qu'ils soient parfaits, mais simplement humains ».[65]

En séance, il est intéressant de mettre le parent en situation de donner du sens aux réactions de son enfant. A partir des signes comportementaux émis par l'enfant, comment peut-on essayer d'interpréter ce qu'il vit ? En portant une attention à l'enfant dans l'ici et maintenant, nous allons pouvoir étayer ces parents afin qu'ils retrouvent cette fonction en prenant appui et en s'identifiant à nous. Le parent peut exprimer ce qu'il a perçu du comportement de son enfant, ce qu'il en comprend ou pas.

Le fait pour les parents d'assister à des moments d'échanges entre l'enfant et le psychomotricien, aura le plus souvent des effets bénéfiques sur la relation parents-enfant, par la mise en valeur de l'enfant qui montre qu'il peut être un partenaire actif dans l'interaction. Le psychomotricien peut ainsi accompagner les parents dans l'interaction avec leur enfant.

64 SQUILLANTE, *L'apport de l'observation du nourrisson aux soins institutionnels dans un service de psychiatrie infanto-juvénile*, page 139
65 GARDOU, *Quand le handicap s'immisce dans la famille, Peut-on vivre avec et malgré le handicape de son enfant ?* page200

BRAZELTON disait « *Donnez-moi une mère dix minutes et j'en ferai une bonne mère ». En effet, en montrant à une jeune femme les compétences extraordinaires d'un nouveau-né de quelques heures ou quelques jours, car ce bébé le suit du regard ou modifie la position de sa tête suivant la direction de sa voix, il peut affirmer à la jeune maman : « Regardez ce que votre bébé est capable de faire* ! »[66].

J'ai pu observer le comportement de plusieurs parents lorsque le psychomotricien « travaille » avec leur enfant. Ils sont attentifs à ce que fait l'enfant, à ce que fait et dit le psychomotricien mais également à ce qui se joue entre eux. Ils sont émerveillés, voire même étonnés lorsqu'ils constatent les « progrès » de leur enfant. A ce moment-là, ils ne peuvent s'empêcher de commenter ce qu'ils ressentent, en s'adressant à leur enfant en lui disant « c'est bien » ou applaudir pour exprimer leur satisfaction.

b. Un étayage de la parentalité

Avec leurs doutes et leurs inquiétudes, les parents se sentent démunis et incapables d'élever cet enfant. Nous pouvons « *aider à faire en sorte que les parents puissent retrouver leur capacité de penser et leurs propres outils pour être parents de cet enfant-là* »[67], et les **soutenir dans leur rôle de parents, les accompagner sur ce chemin de la parentalité sur lequel ils rencontrent des obstacles**.

En mettant en évidence et valorisant les compétences de l'enfant, le psychomotricien permet aux parents d'en prendre conscience, de les valoriser par la même occasion et ainsi de porter un nouveau regard sur leur enfant. Ils sont fiers et par effet rebond cela permet d'étayer la relation.

Un travail de **guidance parentale** peut être réalisé dans le cadre d'un suivi du très jeune enfant. « *La guidance parentale les aide à devenir les parents qu'ils souhaitent être, tout en considérant les besoins et les intérêts de l'enfant. Elle s'accompagne d'une information relative à l'état des connaissances en matière de développement des enfants et de leurs besoins tout en valorisant les différentes ressources des parents* »[68].

66 LEBOVICI et STOLERU, *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces,* BAYARD 2003, page 261
67 SQUILLANTE, *L'apport de l'observation du nourrisson aux soins institutionnels dans un service de psychiatrie infanto-juvénile*, page 138
68 http://www.pascalanger.fr/guidance-parentale

Par leurs attitudes et leurs réponses, les parents ont une influence directe sur l'évolution de leur enfant. En les guidant, nous pouvons les soutenir et les orienter afin de leur permettre de comprendre pour mieux agir auprès de lui.

En **valorisant les comportements adaptés des parents** dans les interactions avec leur enfant, le psychomotricien les étaye dans leurs capacités à exercer leurs fonctions de pare-excitation et de contenance pour mieux répondre aux besoins de l'enfant. Nous les soutenons dans ce trajet parental, dans leurs capacités à comprendre cet enfant et à l'investir.

Cette guidance est une réponse aux difficultés des parents blessés narcissiquement par la constatation que leur enfant ne se développe pas comme les autres. Par exemple, les parents peuvent avoir des exigences beaucoup trop précoces et non ajustées aux capacités de la maturation neuromotrice et affective de l'enfant.

« *On ne lui apprend pas à acquérir ces postures : il les découvre de lui-même, à partir de sa maturation neurologique et au gré de ses intérêts et de son désir d'expérimenter un nouveau mouvement. L'enfant essaie de nouveaux exercices, non pas poussé par un adulte qui attendrait de lui performances et précocité, mais parce qu'il se sent prêt à explorer une nouvelle possibilité, il en a envie et s'en perçoit capable* »[69].

Les parents de Karl s'inquiètent du fait qu'il ne marche pas encore. « Il a 14 mois et ne montre aucune envie de vouloir bouger ou se déplacer. Dans sa famille, tous les enfants ont marché tôt à 12 mois, ils étaient dégourdis eux ! Mais Karl, lui est plutôt « feignant » ». Ces parents veulent que Karl marche pour qu'il soit et fasse comme les autres enfants.

Il est alors important d'expliquer et de montrer aux parents, que leur enfant fait des acquisitions, naturellement au moment où la fonction est « prête » du point de vue neuromoteur, avec une maturation neuromotrice suffisamment avancée.

69 http://www.pikler.fr/emmi.php

c. Chacun à sa place et à la bonne place ...

La plupart du temps, en observant leur enfant, les parents constatent qu'il a un comportement différent dans ce lieu et en notre présence.

Mme A est toujours étonnée de voir sa fille jeter les cubes puis les ranger dans la boite. Elle dit « à la maison, elle les jette mais ne les range pas ! Elle ne le fait vraiment qu'ici dans cette salle et avec vous ! »

Les parents nous questionnent pour avoir des « idées de travail » à reproduire à la maison avec leur enfant, car ils veulent toujours bien faire pour l'aider. Certes, dans les séances avec l'enfant et les ou l'un des parents, chacun a une place qui évolue au fil du temps. Toutefois **chacun doit garder son rôle auprès de l'enfant**. Le psychomotricien est un professionnel présent pour accompagner l'enfant, le faire « travailler » ; les parents ne doivent pas devenir « rééducateurs », mais rester les parents de cet enfant, dans la salle de psychomotricité comme à la maison.

3. Sa place dans la relation parents-enfant

Pendant les séances, nous prenons en considération tout à la fois, l'enfant et les parents, ainsi que l'ensemble parents-enfant, tout en se centrant sur l'enfant. En tenant compte des troubles présentés par l'enfant au niveau corporel, relationnel, affectif, cognitif et en proposant un travail relatif à ces troubles, nous pouvons influer sur le lien parents-enfant.

« ***Devenir un socle sécurisant permettant d'accompagner la relation mère-bébé****. Ces bébés en difficultés le sont dans le cadre d'une relation mère-bébé perturbée et il convient d'aider, ces mères en souffrance à organiser une maternalité correspondant au besoin de leur enfant afin que leur histoire commune se retisse plus harmonieusement* »[70].

Le psychomotricien se place dans une **position neutre et bienveillante** auprès de cette famille. « *Il n'y est pas question d'interprétation, et encore moins de conseils ou d'avis. Le soignant doit […] suspendre son jugement, accepter de ne pas comprendre, de ne pas avoir de réponses, de ne pas faire à la place de l'autre* »[71].

70 CLEMENT ASTIER, *L'approche psychomotrice du bébé au sein d'une unité de Psychopathologie Périnatale*, page 8
71 SQUILLANTE, *L'apport de l'observation du nourrisson aux soins institutionnels dans un service de psychiatrie infanto-juvénile* page 138

Le psychomotricien peut jouer le rôle de tiers dans la relation mère-enfant. **Il « tiercéise »[72] la dyade mère-bébé.**

a) Un rôle de tiers séparateur

Julie exprime son refus de se séparer de sa mère en pleurant. Sa mère ne supportant pas de l'entendre pleurer, se sent alors obligée d'aller auprès d'elle pour la rassurer. Elle la sollicite et l'encourage à se tourner et attraper un jouet. J'ai le sentiment qu'en prenant « le rôle du thérapeute » elle évite de rester « observatrice » de la situation et surtout de sa fille. Comme si ça lui était insoutenable de voir sa dans cette situation reflétant alors ses difficultés. Elle ne trouve pas d'autre solution que de se coller à elle et d'être dans l'action.

Le psychomotricien peut intervenir dans la dyade mère-bébé pour empêcher la fusion entre ces deux partenaires en prenant le rôle de tiers séparateur. Parfois, la séparation de la mère et l'enfant peut s'avérer difficile et rencontrer des difficultés, tant du côté de l'enfant que du côté de la mère, voire des deux. Le psychomotricien peut les accompagner et les soutenir dans la séparation qui est nécessaire pour que l'enfant puisse exister en tant que personne différente et séparée de sa mère.

Julie est assise sur les genoux de sa mère. Le psychomotricien s'approche d'elle, s'accroupit et lui demande si elle est prête pour qu'ils puissent aller « travailler ensemble ». Elle se tourne vers sa mère, recherche son regard et se met à pleurer. Elle manifeste de façon « un peu excessive » la séparation d'avec sa mère. J'observe que l'attitude de cette maman n'est pas en total accord avec les mots qu'elle prononce pour encourager Julie à s'éloigner, car elle la serre dans ses bras. Il y a une « inadéquation » entre ses mots et son attitude corporelle.

72 Serge LEBOVICI, *L'arbre de la vie, Éléments de la psychopathologie du bébé*, Édition ERES 2009, page 130

Nous rencontrons Lilou, âgée de 20 mois car sa mère est inquiète d'un « retard de la marche ». « Je veux que ma fille marche, je sais qu'elle n'a que 20 mois et que ce n'est pas forcément inquiétant mais c'est vraiment pesant au quotidien ».

Elle dit clairement « j'en ai ras le bol ». Elle aimerait que sa fille soit plus autonome et se débrouille seule. « Elle est capricieuse mais avant je lui cédais tout car j'étais très disponible ».

Lilou ne peut pas rester seule, sollicite beaucoup sa mère et monopolise toute son attention. Elle l'interpelle sans cesse, ne laissant pas la possibilité à sa mère de s'exprimer.

Lilou m'a tendu le poupon, alors que nous étions près de sa maman. Progressivement, nous nous sommes éloignées pour jouer sur le tapis. Lilou ne voyant plus sa mère mais l'entendant, ne la cherchait pas du regard. La première fois, Lilou l'appela et s'empressa d'aller lui montrer le poupon. Par la suite, Lilou lui montra de loin.

Lilou a pu jouer seule en la présence de sa mère, très étonnée de cette nouvelle attitude de la part de sa fille.

Le psychomotricien peut se placer comme tiers au sein de la relation mère-enfant. Il interprète le lien entre la mère et l'enfant, il vient renforcer et soutenir l'attachement. En même temps, il favorise et accompagne les processus de développement de l'enfant, notamment le processus de séparation-individuation. Cela lui permet d'acquérir progressivement un fonctionnement autonome en la présence de sa mère.

b) Un rôle de tiers unificateur

Le psychomotricien joue également un **rôle de pont**, au sein de la dyade mère-bébé. Il contient et soutient à la fois le parent et l'enfant qui vont pouvoir aller l'un vers l'autre.

En s'appuyant sur le jeu, l'enfant et le parent peuvent aller à la rencontre de l'autre, tout en s'appréhendant. Le psychomotricien peut mettre des mots sur ce qui se passe et soutenir le début de relation entre ces partenaires.

« *La communication ludique est un moyen idéal de faire vivre un élan de confiance entre les parents et leur enfant. Quand le tout-petit saisit le jeu pour manifester combien il se sent vivant et échanger cette perspective avec l'autre, il stimule la confiance des adultes dans son potentiel de développement* »[73].

Le psychomotricien peut donc intervenir pour « trianguler la relation », c'est-à-dire « s'affilier à la place du parent » et non se substituer au rôle du parent. Il apporte le soutien nécessaire au bon développement de l'enfant et rétablit ainsi un certain équilibre au sein de la relation parents-enfant.

c. Le psychomotricien sépare et réunit l'enfant et le parent

La mère de Lilou s'inquiète car sa fille ne marche pas encore toute seule. En séance, Lilou arrive à se « décoller » et se séparer de sa mère « en se collant à moi ».

Sa mère se sent bien dans cette salle et peut s'exprimer. Le psychomotricien est présent et disponible pour la mère, verbalisant à Lilou l'inquiétude de sa mère en pleurs.

Lilou place le psychomotricien dans le rôle de tiers séparateur. Avec son aide, Lilou arrive à faire quelques pas en direction de sa mère, très étonnée et soulagée de voir sa fille assurer ses premiers pas. En prenant appui sur le psychomotricien, Lilou a pu rassurer sa mère.

73 Serge LEBOVICI, *L'arbre de la vie, Éléments de la psychopathologie du bébé*, Édition ERES 2009, page 152

d. Redynamiser la relation parents-enfant

« *On sait en tout cas que le bébé se trouve en danger lorsqu'il est désinvesti par ses parents, en particulier en raison de ses troubles* »[74]. L'enfant doit se sentir tenu et contenu pour pouvoir constituer son self, son soi et être capable de se sentir continuellement exister en dépit du désinvestissement parental.

Le fait de porter une attention particulière à l'enfant, de mettre en évidence les ressources dont il dispose ou les progrès qu'il réalise au fil des séances, aussi minimes soient-ils ; tout cela peut avoir un impact chez l'enfant qui va se sentir contenu et soutenu : les parents perçoivent alors leur enfant d'une autre façon. « *L'objectif thérapeutique sera d'éviter une fixation morbide au handicap, pour que le bébé soit sujet de désirs et non objet de soins »*[75].

« ***Montrer aux parents l'étendue des compétences de leur enfant****, les sensibiliser au besoin du bébé d'être acteur, d'être engagé dans de nouvelles réalisations chaque fois qu'il a atteint un palier de développement, peut les aider à être plus adéquats, à soutenir et stimuler les réussites propres du bébé. Ce faisant, ils participent à l'élan narcissique de leur enfant en lui renvoyant en miroir leur émerveillement. Cet émerveillement est animateur d'une relation puissante où le partage émotionnel entraîne la* ***spirale interactive*** »[76].

Pendant la séance, le psychomotricien peut amener l'enfant à montrer ses compétences, et rendre également le parent compétant à les repérer et les encourager. Par l'étayage offert par le psychomotricien, c'est l'enfant lui-même qui, renarcissisé, va renarcissiser ses parents, et leur permettre ainsi de se replacer en tant que parents d'un enfant qui chemine, de façon non conventionnelle, mais qui chemine tout de même.

Le psychomotricien peut venir soutenir la parentalité en insistant sur le fait que cet enfant, malgré tout ce qui lui arrive, grandit doucement à son propre rythme. En tant que parents, il faut être là pour l'aider et l'accompagner. Cet enfant a besoin d'une présence, d'une sécurité affective et physique pour pouvoir se développer et grandir en tant que personne individuée, grâce à « un environnement suffisamment bon ».

74 LEBOVICI, *L'arbre de la vie, Éléments de la psychopathologie du bébé*, Édition ERES 2009, page 148

75 GAUBERTI, *Mère-enfant : à corps et à vie, Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, MASSON 1993 page 27

76 LEBOVICI, *L'arbre de la vie, Éléments de la psychopathologie du bébé*, Édition ERES 2009, page 147

Le cadre et les situations mises en place au sein de celui-ci, permettent la création d'un espace interactionnel entre l'enfant, ses parents et le psychomotricien.

« Le jeu dans les soins apportés dans les situations de troubles interactifs précoces permet au thérapeute d'entrer en relation avec le bébé, sans accentuer les failles parentales, en se laissant aller à un échange ludique et dépourvu de toute attente autre que le sentiment de plaisir partagé. Cet échange permet au parent de percevoir les capacités de son enfant et les siennes propres : le parent peut alors se réapproprier l'aire ludique ainsi créée et la fonction parentale se restaure »[77].

Pendant son travail direct auprès du jeune enfant, le psychomotricien offre un étayage à son développement psychomoteur. En mettant en évidence les compétences de l'enfant sous les yeux des parents présents, ce travail est alors susceptible de modifier les représentations qu'ont les parents de l'enfant et de permettre d'aboutir à un investissement plus important de ces derniers envers leur enfant.

En psychomotricité, les séances présentent alors un triple objectif :

- étayer le développement psychomoteur de l'enfant,
- soutenir les parents dans leur statut de parents,
- accompagner l'enfant et ses parents, vers une relation suffisamment stable et sécure, essentielle au bon développement de l'enfant.

Je terminerai mon écrit, en évoquant ma rencontre avec Zoé et ses parents, dans le cadre de séances en psychomotricité au CMPPE.

77 MARCELLI Daniel et RAFFENEAU Florence, *Le bébé et le jeu*, Le Journal des psychologues, 2012/6 n° 299, page23

IV. HISTOIRE DE ZOE

Mon appréciation psychomotrice de l'enfant se fait grâce à l'observation de son jeu spontané, de son investissement corporel, de sa relation à ses parents, au soignant, du discours tenu par les parents, de leur comportement envers et avec leur enfant, ainsi que de tout l'enjeu des interactions entre ces différents partenaires.

Dans un premier temps, je ferai une présentation générale de Zoé, de son histoire, de ses difficultés et de sa relation à ses parents. Je décrirai mes premières rencontres avec Zoé, sachant que sa prise en charge était déjà en cours à mon arrivée. J'ai pris appui sur ce que j'ai pu observer et entendre lors des séances auxquelles j'ai assisté et participé depuis mi-octobre 2014. J'insisterai sur les points qui m'ont interpellé avec cette petite fille et je développerai des axes possibles de travail en psychomotricité.

A. Présentation de Zoé

Zoé est une petite fille née le 28 février 2013. Elle est née prématurément à 25 semaines et pesait 800 grammes. C'est une situation de grande prématurité.

Lorsque je la rencontre, Zoé est âgée de 18 mois. Elle présente une micro-crânie, avec un retard au niveau staturo-pondéral. Elle a un ptosis[78] à l'œil gauche.

1. La grossesse de Mme A[79]

Début septembre 2012, Mme A se sent fatiguée. Son mari a le sentiment que sa femme est enceinte. Pour elle, cela lui semble impossible. Elle a encore ses règles, ne prend pas de poids et a fait deux tests de grossesse qui se sont avérés négatifs. Sa gynécologue lui prescrit un bilan sanguin qui révèle effectivement une grossesse. Mme A est étonnée d'apprendre qu'elle est enceinte mais contente. Elle a déjà vécu un déni de grossesse pour son fils aîné aujourd'hui âgé de 16 ans. La levée du déni avait été plus tardive, autour de 6 mois de grossesse, avec une évolution favorable pour l'enfant.

Lors de la première échographie, elle est surprise de constater que son bébé est, comme elle le dit, « *déjà autant formé* ». Elle a réalisé qu'elle était enceinte seulement au bout de trois mois et demi d'une grossesse difficile.

78 Affaissement total ou partiel, de la paupière supérieure, d'origine congénitale ou acquise. *Larousse Médical, Édition 2006*
79 Informations recueillies dans le dossier de Zoé au CMP, et apportées par Mme A lors des séances

Lors de la deuxième échographie, elle découvre le sexe de son enfant. Elle attend une fille. Mme A nous dit « *j'étais vraiment plus qu'heureuse d'avoir une petite fille* ».

Mais quinze jours plus tard, son bonheur commence à s'estomper. Elle a beaucoup de contractions et se rend aux Urgences suite à la venue de SOS Médecin. Compte tenu de la douleur, le médecin pratique une péridurale. L'accouchement se passe bien.

2. Premiers temps difficiles après la naissance …

Mme A nous raconte qu'elle culpabilise beaucoup à la naissance de Zoé. Elle se demande ce qu'elle a pu faire pour que sa fille vive et subisse tout ça. Le jour de sa naissance, elle n'a vu Zoé que quelques secondes, car elle est admise directement en service de réanimation. La seule chose à laquelle elle a pensé en l'apercevant *« c'est qu'elle était toute petite, toute blanche, on lui voyait les veines ».*

Dès les premiers jours de vie, Zoé est séparée de ses parents. Elle reste quatre mois et demi à l'hôpital entre les services de réanimation et de néonatalogie. Sa mère s'y rend tous les jours. Elle verbalise qu'elle se sent impuissante face à la situation car elle ne peut pas aider sa fille comme elle le souhaiterait. « *C'était difficile de la voir intubée. J'avais le sentiment qu'elle n'arrivait pas à pleurer ou crier pour demander de l'aide. En voyant ça, j'ai eu comme un choc, j'ai compris que ma fille avait besoin de moi et que je devais m'occuper d'elle* ».

Dans les propos de Mme A se dégagent beaucoup de regrets et de culpabilité. « Je regrette de n'avoir pas pu décider d'avoir un enfant ». Elle aurait souhaité désirer, vivre, investir sa grossesse et la mener à terme, pour ne pas avoir à imposer autant de souffrance à son bébé.

3. Une naissance prématurée et ses conséquences …

Une naissance prématurée est un véritable traumatisme physique et psychique pour les parents. Cette naissance est différente de celle imaginée ou des représentations d'une naissance « normale ». Se mêlent également des sentiments de culpabilité, d'ambivalence, d'incertitude relative à l'état de santé du bébé, à sa survie et à son devenir.

La grossesse non menée à terme constitue déjà une frustration pour la mère, qui ne peut ni voir son bébé, ni s'en occuper. Cette mère se retrouve subitement confrontée à un enfant réel, petit et fragile, différent de ce qu'elle a pu imaginer. Elle doit faire le deuil d'une grossesse et d'une naissance normales, et renoncer à l'enfant parfait imaginé pour faire une place à l'enfant réel.

Dans le cas d'une naissance prématurée, les interactions corporelles sont perturbées, car cette hospitalisation précoce sépare d'emblée le bébé de sa mère. Ce contact peau à peau qui participe normalement à la création des interactions précoces et à la mise en place du lien d'attachement, fait immédiatement défaut dans ce début de relation.

D'une manière générale, les parents se vivent comme incompétents vis-à-vis des soins médicaux. Ils sont dépossédés de leur rôle de parents. Ils pensent ne pas avoir les compétences requises pour s'occuper de Zoé. Les besoins « vitaux » sont comblés par des professionnels.

La naissance prématurée laisse parfois des séquelles auxquelles l'enfant et ses parents ont à faire face et qui pèsent sur son développement harmonieux. Les conséquences de la prématurité sont attribuables à l'interaction entre l'immaturité neurologique de l'enfant à la naissance et la fragilité de la relation avec ses parents. Il est important que ces parents soient accompagnés et rassurés sur le fait que leur bébé, encore immature sur le plan neurologique, ne possède pas encore les acquisitions d'un enfant né à terme.

4. Arrivée de Zoé à la maison …

Mme A nous raconte que le retour à la maison fut difficile. On a posé une sonde gastrique à Zoé. Elle ne veut pas quitter sa mère qui la garde de façon exclusive car elle ne travaille pas. Mme A nous précise que Zoé est un bébé qui est beaucoup porté jusqu'à l'âge de 16 mois. Zoé semble vivre une relation corporelle fusionnelle avec sa mère, elles sont « collées » l'une à l'autre, comme si elles ne faisaient plus qu'une.

Son père est d'origine africaine et sa mère est antillaise. Zoé est le premier enfant du couple, la mère a un garçon âgé de 16 ans et le père a un fils âgé de 8 ans. Zoé vit avec ses deux parents et ses frères, avec lesquels elle passe beaucoup de temps à jouer.

Zoé est proche de son papa, qui a dû s'absenter et retourner dans son pays d'origine depuis le début du mois de décembre 2014, pour un problème familial. L'absence de son père a eu des répercussions sur l'humeur de Zoé ainsi que sur son appétit.

B. Demande des parents pour la prise en soin de Zoé

Zoé est reçue fin juillet 2014 au CMP à la demande du service de néonatalogie alors qu'elle est âgée de 16 mois, soit 12 mois d'âge corrigé. Les deux parents sont présents. Ce sont eux qui ont fait la demande, car ils sont soucieux de l'avenir de leur fille. Ils s'inquiètent, car « elle ne marche pas et la motricité fine n'est pas acquise ». Ils évoquent aussi des problèmes de concentration.

Zoé a commencé une prise en charge en psychomotricité avec la présence de ses parents. Par la suite, il a été décidé au mois de novembre 2014 de proposer à Zoé et ses parents de participer à un atelier comptine. Sa mère accepte et commence l'atelier en décembre 2014.

Au CMP, Zoé a un suivi hebdomadaire en psychomotricité et participe à un groupe parents-enfant avec l'atelier comptine. Ces deux prises en charge peuvent être complémentaires et permettre un accompagnement à la séparation de Zoé d'avec sa mère.

Je la rencontre tous les mercredis après-midi depuis mi-octobre 2014, sauf lors de quelques rendez-vous annulés. A part le premier rendez-vous où je rencontre le père de Zoé, par la suite je ne vois que la mère.

1. Description actuelle de Zoé *Elle est alors âgée de 18 mois.*

a) Point de vue du père

Lors du premier rendez-vous, je rencontre Zoé accompagnée de son père. Il nous raconte qu'il passe beaucoup de temps à jouer avec sa fille, qu'il la stimule et remarque le moindre progrès ; alors que sa mère reste comme il le dit « *bloquée sur ce que leur fille ne fait pas encore, alors qu'elle devrait* ». Ce père m'apparaît fier de sa fille. Mais il semble banaliser un peu les inquiétudes de sa femme ainsi que les difficultés de Zoé en portant toute son attention sur les petites choses qu'elle arrive à faire.

b) Point de vue de la mère

Sa mère nous explique qu'elle s'inquiète du retard des acquisitions de sa fille. Elle compare le développement de Zoé avec celui des enfants de ses amies de même âge. Elle se pose beaucoup de questions, notamment sur la possibilité d'envisager son entrée à l'école maternelle, lors de la rentrée prochaine en septembre 2015. Elle appréhende surtout le fait que sa fille ne parle pas encore. Elle se pose également des questions sur l'acquisition de la propreté. Zoé porte encore des couches. Elle aimerait lui apprendre à aller sur le pot. Elle voudrait pouvoir anticiper cet apprentissage de la propreté dans l'éventualité de son entrée à l'école maternelle.

Mme A semble ne penser qu'à ce que sa fille sera et fera « plus tard ». Elle investit la « Zoé de l'avenir proche » mais qui est différente de la « Zoé de l'instant présent ». Elle ne tient pas compte des capacités et des possibilités actuelles de Zoé, compte tenu de son âge et de sa grande prématurité.

Elle insiste sur le fait que Zoé n'a pas le même comportement à la maison qu'à l'extérieur. Elle nous raconte que lors d'une soirée, en présence d'enfants du même âge, Zoé est allée jouer avec eux et elle s'est montrée « beaucoup plus débrouillarde qu'eux ». Une certaine fierté et réassurance se ressentaient à travers cette histoire où « Zoé avait mieux fait que les autres enfants ».

Sa mère est beaucoup dans « lui apprendre à ». Elle a envie que sa fille fasse des progrès rapidement et de façon plus flagrante. Elle a l'air soucieuse de ce que les gens peuvent penser de sa fille et de l'image que sa fille peut renvoyer. Elle accorde une grande importance à l'apparence de sa Zoé qui est toujours très bien habillée, coquette avec de jolies robes, des collants et des chaussures assortis.

c) Relation de Zoé et sa mère

Mme A s'occupe de sa fille, lui prodigue les soins nécessaires. Elle la nourrit, la soigne, l'habille mais ne la pense pas comme une personne qui « comprend » et qui est capable de faire des choses d'elle-même. Sa relation avec Zoé paraît difficile. Mme A pense qu'il ne sert à rien de lui parler car « *elle ne comprend rien de toute façon* » ; elle ne lui raconte pas d'histoires, ne commente pas ce qu'elle fait ou ce qui peut se passer ou alors pas dans la continuité, seulement de façon ponctuelle. Elle ne lui parle pas dans sa langue maternelle.

Par le fait que Mme A n'ait ni désiré, ni investi sa grossesse à cause du déni et compte tenu de la naissance prématurée, elle a manqué de temps pour rêver et imaginer ce bébé. Elle se sent responsable de ce qui arrive à sa fille. *Nous ressentons une certaine tristesse envers Zoé, peut être due à la « déception que sa fille ne fasse pas encore comme les autres enfants ».*

Lors des premières séances, la mère semble rencontrer des difficultés à établir un lien avec sa fille, à lui parler et à l'investir en tant que personne ; une personne différenciée d'elle et individuée.

2. Mon point de vue : une description psychomotrice

Je n'ai pas fait passer de bilan psychomoteur à Zoé, cependant, par mes observations et mes analyses lors des séances de psychomotricité, je peux élaborer une description psychomotrice

a) Motricité globale *(marche, motricité fine, coordination)*

Zoé a fait ses premiers pas en septembre 2014. Elle tient debout, mais ses pas sont hésitants. Sa motricité globale peut être qualifiée de saccadée, que ce soit au niveau de sa motricité fine dans l'exécution de gestes fins ou concernant la marche. Elle donne l'impression d'être un « petit robot » dans sa façon d'être et de faire.

Dans la position assise, Zoé a le dos assez droit. La manipulation des objets s'avère plutôt « habile ». Par exemple, elle prend les cubes un par un et les range dans le couvercle, puis les ressort avec facilité.

b) Attitude et Agitation

Au premier abord, Zoé m'apparaît comme une petite fille toute frêle mais dégageant une certaine « rigidité corporelle et émotionnelle ».

Zoé a un comportement agité. La manipulation des objets se fait de façon rapide : elle prend un jouet, le porte à la bouche, le tourne entre ses mains et le jette. Zoé est prise dans une sorte d'activité motrice massive et excessive où ses manipulations sont stéréotypées. Cet enchaînement rapide des manipulations de divers objets et la stéréotypie incessante de faire tourner l'objet dans ses mains donnent le sentiment qu'elle se coupe de toute mise en sens possible sur l'action qu'elle est en train de faire.

Zoé a besoin d'avoir les choses dans l'immédiateté. Elle n'arrive pas à attendre et prendre le temps de regarder ce que nous lui proposons de faire. Sa mère, désespérée, dit « *elle est tout le temps comme ça à la maison, elle ne veut pas et elle ne peut pas se poser ou attendre, elle veut les choses tout de suite. Elle est vraiment impatiente* ». Effectivement, je remarque qu'il est difficile pour Zoé de rester dans une attitude « calme et posée » par exemple pour prendre le temps de regarder les images d'un livre.

Le plus souvent, sa mère lui dit de rentrer dans la salle : elle ne la porte pas, elle ne lui tient pas la main. Zoé rentre dans la salle de psychomotricité comme une « furie » et se précipite vers les jouets sans forcément faire attention à notre présence. Elle évite de nous regarder, comme si le fait de nous retrouver, entraînait des émotions trop importantes qu'elle n'arrivait pas à mentaliser et maîtriser.

c) Regard et relation à l'autre

Zoé ne fait aucun sourire, elle fronce souvent les sourcils et l'expression de son visage est « figée ». Elle apparaît fermée et repliée sur elle-même. Elle ne regarde pas dans les yeux et évite même le regard. Du fait de son ptosis, elle passe beaucoup de temps à se frotter l'œil, ce qui la coupe de la relation à l'autre. En effet, la question du regard et de la relation est au cœur de la problématique de Zoé. Elle est peu dans la relation à l'autre : elle a une attitude de retrait par son regard fuyant et son évitement du contact.

Ainsi, Zoé me donne l'image d'une petite fille renfermée qui dégage une sorte de froideur affective. Cependant, je remarque que lorsque nous prenons le temps d'aller à sa rencontre, Zoé peut se montrer disponible et non complètement fermée à la relation.

Conclusion : Zoé est beaucoup dans l'imitation. Ses temps de concentration restent de courte durée et elle paraît être débordée par tout ce qui l'entoure. Elle n'a pas de comportement de découverte, elle revient principalement vers les objets qu'elle connaît et va rarement vers la nouveauté. Elle ne va pas à la rencontre de l'autre de manière spontanée, car le fait d'être en relation avec l'autre lui est difficile. En évitant le regard et le contact, elle se montre très agitée concourant à une relation à l'autre entravée. Zoé ne semble pas mentaliser et mettre en sens ce qui est en train de se passer.

C. Les axes de prise en soin en psychomotricité

En psychomotricité, le travail avec Zoé se situe essentiellement autour de la dimension relationnelle et du jeu. Les jeux montrés par Zoé sont pauvres, mais nous constatons qu'une relation duelle peut venir étayer l'élaboration psychique. Il s'agit d'essayer de partager une expérience ensemble et pouvoir l'aider à mettre du sens sur ce qui se passe. Il y a tout un travail à faire autour de la relation. Le psychomotricien conseille aux parents d'essayer de « capter », « d'accrocher » le regard de Zoé lorsqu'ils lui parlent.

WINNICOTT s'est intéressé à l'importance du regard, du contact œil à œil. C'est par le regard que le bébé fait de sa mère une mère et celle-ci fait de celui-ci une personne en devenir. Le regard peut porter et soutenir l'enfant. L'enfant se sent regardé et investi comme un être à part entière, unique et différencié.

Certains points me semblent importants et intéressants à aborder dans un travail en psychomotricité :

- *la possibilité de tolérer « l'attente », d'accepter la frustration, la persévérance et par conséquent rester un peu plus concentrée sur une activité*
- *l'idée que l'autre existe, que la relation avec l'autre est possible et peut être structurante.*

  « En se protégeant ainsi de la relation à l'autre pour ne pas souffrir, elle reste seule avec les expériences douloureuses qu'elle n'arrive pas à surmonter […] ; elle se prive en même temps d'une expérience fondamentale pour son développement psychique, elle se prive de développer un contact à l'autre de qualité, un contact au sein duquel elle pourrait puiser les ressources nécessaires pour faire face à ses expériences pénibles ». [80]
- *ressentir un plaisir dans l'agir et ne pas agir que de manière pulsionnelle*
- *la contenir en mettant des mots sur ce qui est en train de se passer dans la relation à l'autre. « Le bébé, ou l'enfant, sentant ses expériences angoissantes accueillies et comprises par le psychisme de sa maman, se sent émotionnellement « contenu », ce qui a pour effet de lui procurer un sentiment de cohérence et d'unité – sentiment qui va soulager ses angoisses et,* amener en lui apaisement et sécurité ».[81]

80 GAVERIAUX, *L'observation selon Esther Bick : une méthode pour découvrir le monde émotionnel de l'enfan*t, ERES 1001 bébé, 2006, p254

81 Ibid page 255

D. Les séances en psychomotricité avec Zoé

Les séances avec Zoé et ses parents sont une bonne occasion pour identifier ce qu'elle met en jeu au niveau relationnel avec ses parents, avec nous, son comportement, sa motricité, ses demandes envers ses parents, la présence ou l'absence de réponses de la part des parents ainsi que les éventuels troubles psychomoteurs qu'elle donne à voir.

Lors des séances, les propositions faites à Zoé sont sensiblement similaires mais avec de légères variations en fonction de son état émotionnel. Nous devons prendre en compte le niveau de concentration extrêmement court de Zoé et ses capacités attentionnelles labiles. Cela nécessite d'être plus présent et disponible, ici et maintenant, pour rebondir sur ce que Zoé amène de manière spontanée.

En début de séance, le psychomotricien prend du temps pour questionner la mère sur son état et appréhender si des événements particuliers se sont produits depuis la dernière séance. Dans ce même temps et en ce même lieu, j'essaye de rentrer en contact avec Zoé en la sollicitant et m'adressant à elle. Je lui tends la petite voiture, elle la saisit, la regarde et me la rend. Zoé reste « présente » quelques minutes puis « décroche ». Il faut de nouveau aller la solliciter pour soutenir son attention et par là même, soutenir la relation.

Dans ce dispositif, nous pouvons voir « deux couples » se former ; l'un avec la maman et le psychomotricien et l'autre avec Zoé et moi. Par l'étayage que nous apportons à la fois à Zoé et à sa mère, nous observons à certains moments la naissance d'un couple Zoé et sa mère.

1. La question de l'imitation

L'imitation joue un rôle essentiel dans le développement de tout enfant. Elle permet d'apprendre à faire ce que l'on voit faire et de communiquer sans les mots. L'imitation participe également à la construction et à la prise de conscience du corps propre chez l'enfant.

Zoé reproduit ce que le psychomotricien lui propose pour rentrer en contact avec sa mère. Par exemple, lors des dernières séances, Zoé va spontanément vers sa mère lui apporter l'objet avec lequel nous sommes en train de jouer.

Sa mère, plus présente, se saisit mieux des propositions de sa fille et les accepte. Zoé initie la relation en mimant et répétant ce que nous lui avons proposé. Sa mère reconnaît et lui signifie son effort, « la fait exister et être un partenaire actif de la relation » ; créant ainsi une boucle de retour venant soutenir et maintenir leur relation. Nous observons un « véritable échange » qui s'établit entre elles. Zoé et sa mère sont ensemble, elles s'adressent l'une à l'autre, se regardent, créant ainsi un lien qui se tisse petit à petit.

2. La question de la place de l'objet

Face à l'agitation présentée par Zoé, j'essaye d'adopter une attitude calme. Je prends le temps, j'essaye d'attirer et de maintenir son attention sur une seule chose à la fois. Par exemple lors d'une séance, je lui propose un livre. Elle le prend dans ses mains, tourne les pages, retourne le livre et cela de plus en plus vite. J'essaye alors de ralentir le mouvement de ses gestes, de l'aider à ouvrir les pages du livre en y ajoutant des mots pour attirer son attention et son regard sur les dessins. Mais cela lui est difficile. Sa manipulation stéréotypée des objets me donne l'impression d'être vide de sens.

Au fil des séances, nous constatons que l'objet dont Zoé se sert, n'a plus seulement une utilisation stéréotypée, mais elle s'en sert pour rentrer en communication avec sa mère. L'objet va servir de lien entre elles.

3. La question de l'étayage

A la fin de la séance, au moment de se quitter, la mère prend Zoé dans ses bras et la met directement dans la poussette. A ce moment-là, Zoé nous regarde et nous fait même un signe de la main pour nous dire au revoir. La poussette semble lui apporter la sensation d'être soutenue et contenue ; sensation qui apparaît nécessaire pour que Zoé ait le sentiment d'être tenue et ainsi plus disponible à la relation. La question de la contenance semble faire défaut chez Zoé. A partir de cette observation, il nous a semblé intéressant pour les séances suivantes, de lui apporter cette contenance pour un soutien physique et psychique.

a) Mise en place de situations contenantes

Zoé bouge beaucoup et montre des réticences à s'asseoir par terre. Sa mère précise que sa fille n'aime pas trop rester assise par terre (ce que j'ai également constaté par la suite).

Par contre, nous remarquons que Zoé reste plus facilement assise sur une chaise ou posée sur un gros coussin où elle semble être moins « éparpillée » et ainsi plus ouverte à la relation. La contenance apportée par l'environnement extérieur, la sensation d'être maintenue au niveau du dos, influence et soutient Zoé dans la qualité de sa présence et de son attention. Cette sensation de contenance apaise Zoé et lui permet de s'intéresser à d'autres choses et de s'ouvrir à ce qui l'entoure.

b) Mise en mots de ce qui se passe

Le psychomotricien et moi-même sommes présents dans les échanges qui se produisent entre Zoé et sa mère. Nous étayons leur relation où chacune va à la rencontre de l'autre, essayant de trouver « un bon accordage ». Nous mettons des mots sur ce que fait Zoé, nous mettons en évidence ses progrès pour aider sa mère à prendre conscience que sa fille est capable de réaliser certaines choses.

Par nos mots, nous identifions et contenons Zoé en l'incitant à continuer ses efforts et nous essayons de modifier la vision que sa mère a de sa fille. Par notre présence, nous venons étayer la spirale créée entre Zoé et sa mère et ainsi soutenir leur relation. Ces temps forts nourrissent à la fois la mère et la fille, redonnant confiance à chacune d'entre elles et également au sein de cette dyade mère-enfant.

E. Évolution de Zoé au fil des séances

Zoé semble être de plus en plus à l'aise dans la salle de psychomotricité ainsi que dans la relation avec nous. Elle marche de mieux en mieux, elle est plus stable dans ses pas, son polygone de sustentation s'est réduit. Même si Zoé a des modalités relationnelles limitées, son comportement change, elle fait de plus en plus de sourires et elle regarde mieux dans les yeux. Mais Zoé ne parle toujours pas, au grand désespoir de sa mère qui aimerait tant que sa fille commence à parler.

Lors d'une séance où le psychomotricien m'envoie un ballon, nous réussissons à « capter » le regard et l'attention de Zoé. Elle le suit des yeux tout en restant immobile. Je suis étonnée de l'attitude de Zoé, elle a pu se poser tout en ne restant « qu'observatrice ». Elle n'était pas dans cette agitation incessante et cette impatience de tout avoir tout de suite.

Conclusion

L'étayage que nous pouvons offrir à Zoé lui permet d'être attentive brièvement, cependant la dispersion et l'agitation motrice reviennent rapidement. L'agitation de Zoé est un symptôme que nous décelons et auquel nous donnons sens. Cette agitation répond à un vécu psychique difficile pour Zoé. Nous pouvons apporter une aide au développement psychomoteur de Zoé, en lui offrant le soutien nécessaire pour se sentir suffisamment contenue et sécurisée.

Zoé présente un retard psychomoteur et des difficultés qui perdurent ; en cela il semble toujours important de continuer les séances de psychomotricité. Plusieurs facteurs, propres à Zoé et à sa famille, s'intriquent et s'entrecroisent dans cette situation, la rendant particulièrement complexe et compliquée.

Nous devons prendre en considération l'impact des systèmes interactifs mère-enfant sur l'évolution psychomotrice de Zoé.

Le travail en présence de sa mère est intéressant pour qu'elle puisse penser Zoé et intégrer petit à petit que sa fille a des difficultés, mais qu'elle évolue malgré tout à son rythme et non comme elle aimerait qu'elle soit. Nous jouons le rôle de médiateur dans la relation entre Zoé et sa mère.

*A*u fil des séances, le comportement de Zoé a changé : elle s'est montrée beaucoup plus souriante et surtout plus présente. Elle paraît être dans une dynamique plus relationnelle. Pendant les séances, elle va de manière plus spontanée vers sa mère, qui elle-même est beaucoup plus réceptive à ses sollicitations et surtout plus à l'aise dans la relation avec sa fille. Elle peut rentrer en relation avec sa mère en établissant un lien par l'intermédiaire du jeu. Sa mère nous confie « *j'ai compris que ma fille devait prendre le temps dont elle a besoin pour pouvoir grandir ».*

CONCLUSION

A travers cet écrit, nous avons tenté de montrer quels rôles le psychomotricien peut jouer au sein de la relation parents-enfant lorsque les interactions se trouvent perturbées.

Quelque soit l'environnement, pour lui permettre un développement psychomoteur et psycho-affectif harmonieux, l'enfant a besoin de recevoir une attention suffisamment de bonne qualité et de façon suffisamment continue pour permettre l'établissement de relation stable et sécurisante. L'attachement, besoin essentiel et lien privilégié avec les parents, permet à l'enfant de trouver à la fois une sécurité et un réconfort, une base solide pour réaliser des expériences et explorer le monde.

A travers ce stage, j'ai eu l'occasion d'appréhender l'une des facettes du métier de psychomotricien : celle du travail dans un Centre Médico Psychologique auprès d'enfants âgés de 0 à 3 ans, au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Ce stage m'a permis d'aborder les particularités de l'intervention auprès de jeunes enfants et de leurs parents. Ce jeune enfant que nous rencontrons est un sujet en évolution, en plein processus de développement non linéaire et variable. Chaque enfant a sa propre évolution et son propre rythme de développement. Il existe des variations individuelles dans le développement psychomoteur, influencées par plusieurs paramètres autant intrinsèques qu'extrinsèques (maturation du système nerveux, développement cognitif et affectif, expériences motrices, environnement « suffisamment bon »).

Par sa connaissance sur le développement psychomoteur, le psychomotricien peut appréhender l'évolution de l'enfant. Il peut rappeler aux parents que le développement se fait dans un perfectionnement progressif, mais que les progrès ne sont pas obligatoirement uniformes et continus ; stagnation et même régression peuvent aussi faire partie d'un développement normal.

Mais face à certains aléas du développement, un accompagnement, une prise en charge peuvent être aidants, sinon nécessaires, pour traverser ces difficultés avant qu'elles n'engendrent d'autres complications.

Cette expérience m'a sensibilisé sur la complexité de la prise en charge du jeune enfant rencontrant des difficultés dans son développement psychomoteur, dans laquelle nous devons prendre en compte la présence des parents ainsi que leurs ressentis et leurs doutes.

J'ai rencontré différentes situations, allant de la simple prévention à un accompagnement dans l'orientation vers des structures plus spécialisées, mais toujours abordées dans une dynamique en relation avec les parents. Comme l'a dit Didier HOUZEL, « ***quiconque se préoccupe de l'enfant a nécessairement en parallèle, le souci de ses parents. L'un ne va pas sans l'autre*** ».

L'intervention en psychomotricité vise à soutenir ces familles en difficultés, notamment en apportant un nouveau regard sur l'enfant. Il est important de retenir que le développement de l'enfant dépend étroitement des qualités de son lien à l'environnement, et en premier lieu à ses parents. C'est par ce lien que s'effectuent les bases de la construction psychique et affective de l'enfant, et conditionne donc l'évolution de ce dernier. Nous comprenons ainsi, et c'est bien l'une des particularités du soin auprès de très jeunes enfants, qu'il parait nécessaire **d'envisager une prise en charge en y incluant les parents.**

Par son accompagnement, le psychomotricien favorise les interactions parents-enfant et offre une possibilité à chacun des membres de la famille de reprendre d'eux-mêmes la place qu'ils doivent avoir. En se situant derrière eux, le psychomotricien les étaye pour qu'ils puissent reprendre leur place d'acteurs principaux dans l'évolution et le changement de leur relation.

Ainsi, nous pouvons envisager la nécessité d'une prévention précoce en tenant compte de la spécificité et la particularité de chaque enfant et de sa famille. Ce sont des familles pouvant être confrontées à d'autres difficultés, d'où l'intérêt de les aider le plus précocement possible avec une prise en charge pluridisciplinaire pour éviter d'éventuels risques de sur-handicap.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION..... 3

I. UNE HISTOIRE PARENTS ET ENFANT..... 5

A. L'ENFANT..... 5

1. Un nouveau regard sur le nouveau-né..... 5

2. Les compétences du nouveau-né..... 6

a. Les compétences sensorielles..... 6

b. Les compétences motrices..... 7

c. Les compétences sociales..... 8

3. Les états de vigilance..... 9

B. LES PARENTS..... 10

1. Qu'est ce que la parentalité ?.....10

2. La fonction parentale.....11

a. La fonction maternelle : *« une mère suffisamment bonne »*..... 12

b. La fonction paternelle..... 16

C. UNE RENCONTRE : LES INTERACTIONS PARENTS-ENFANT..... 18

1. Les interactions comportementales..... 19

a. Les interactions corporelles..... 19

b. Les interactions visuelles..... 20

c. Les interactions vocales..... 21

2. Les interactions affectives..... 22

a. L'accordage affectif de STERN..... 23

b. Les trois organisateurs de SPITZ..... 23

3. Les interactions fantasmatiques..... 24

a. Les conséquences de la grossesse..... 24

b. Les conséquences de l'accouchement..... 25

c. L'accueil de l'enfant réel..... 26

D. UNE RELATION AU TRAVERS D'UN LIEN D'ATTACHEMENT..... 27

1. La théorie de l'attachement de BOWLBY..... 27

2. La figure d'attachement..... 28

3. Les comportements d'attachement..... 29

4. La mise en évidence des différents types d'attachement..... 29

II. DES INTERACTIONS PARENTS-ENFANT PERTURBEES..... 31

A. Les aspects quantitatifs des perturbations..... 31

1. L'excès de stimulation ou l'hyper-stimulation..... 32

2. Le défaut de stimulation ou l'hypo-stimulation..... 32

B. Les aspects qualitatifs des perturbations..... 33

1. Les perturbations de la réciprocité et du déroulement temporel..... 33

2. La fixation et les régressions des modalités interactives..... 34

C. Les expressions symptomatiques du côté de l'enfant..... 34

D. Les facteurs de risque..... 36

1. La prématurité..... 36

2. Atteintes somatiques de l'enfant : malformations, maladies, handicaps. 37

3. Difficultés personnelles des parents ou troubles psychiatriques..... 37

4. « Vulnérabilité de la relation parents enfant » 38

III. INTERVENTION DU PSYCHOMOTRICIEN DANS UN CMPPE..... 40

A. Le Centre Médico Psychologique Petite Enfance CMPPE..... 40

B. La place et l'intervention de la psychomotricité au sein du CMPPE.. 40

1. Définition de la psychomotricité..... 40

2. Un psychomotricien au sein du CMP..... 41

3. Séances de psychomotricité de l'enfant en présence des parents..... 42

4. Le cadre en psychomotricité : un espace et un temps particuliers..... 43

5. Les parents : partenaires de la prise en charge de leur enfant..... 44

C. Les différents rôles que peut jouer le psychomotricien..... 45

1 . Quel rôle peut-il avoir auprès de l'enfant ? 46

a. Un étayage pour le développement de l'enfant..... 46

b. Un lecteur et décodeur du corps..... 47

c. Un partenaire de jeu..... 48

2. Quel rôle peut-il avoir auprès des parents ?..... 48

a. Une écoute attentive..... 48

b. Un étayage de la parentalité..... 50

c. Chacun à sa place et à la bonne place 52

3. Sa position de tiers dans la relation parents-enfant..... 52

a. Un rôle de tiers séparateur..... 53

b. Un rôle de tiers unificateur..... 55

c. Le psychomotricien sépare et réunit l'enfant et le parent..... 55

d. Redynamiser la relation parents-enfant..... 56

IV. HISTOIRE DE ZOE..... 58

A. Présentation de Zoé..... 58

1. La grossesse de Mme A..... 58

2. Premiers temps difficiles après la naissance 59

3. Une naissance prématurée et ses conséquences..... 59

4. Arrivée de Zoé à la maison..... 60

B. Demande des parents pour la prise en soin de Zoé..... 61

1. Description actuelle de Zoé..... 61

a) Point de vue du père..... 61

b) Point de vue de la mère..... 62

c) Relation de Zoé et sa mère..... 62

2. Mon point de vue : une description psychomotrice..... 63

a) Motricité globale 63

b) Attitude et Agitation..... 63

c) Regard et relation à l'autre..... 64

C. Les axes de prise en soin psychomotricité..... 65

D. Les séances en psychomotricité avec Zoé..... 66

1. La question de l'imitation..... 66

2. La question de la place de l'objet..... 67

3. La question de l'étayage..... 67

a) Mise en place de situations contenantes..... 67

b) Mise en mots de ce qui se passe..... 68

E. Évolution de Zoé au fil des séance..... 68

Conclusion..... 69

CONCLUSION..... 70

TABLE DES MATIERES..... 72

BIBLIOGRAPHIE..... 77

BIBLIOGRAPHIE

AUDUBERT Nathalie, *Les interactions précoces parents-enfant, Incidences d'un travail psychomoteur sur les systèmes de communication parents-enfant*, Juin 1994

BALLOUARD Christian, L'aide-mémoire de Psychomotricité, DUNOD 2ème édition, 2011

BAUDY Colette et COLUMBO Marie-Christine, *Être parents aujourd'hui un jeu d'enfant*, ERES « 1001 Bébé » 2014

BERNARD George, *Le monde selon bébé ,* 13 productions et Doriane Films

BINEL Geneviève, *Prématurité et rupture du lien mère-enfant, la naissance inachevée*, Gaëtan Mortin Éditeur 2000

BORGHINI Ayala et MULLET NIX Carole, *Un étrange petit inconnu*, ERES « 1001 bébés » 2008

BRAZELTON T. Berry et SPARROW Joshua, *Les « points forts » : intervention préventive de première ligne*, de Tim GREACEN et al., Santé mentale du jeune enfant : prévenir et intervenir, ERES « Petite enfance et parentalité », 2004, page 29-39

COUTURIER Louison, *Interaction Parent-enfant et Psychomotricité*, 1985

DELION Pierre, *L'observation du bébé selon Esther Bick*, ERES « 1001 bébés » 2006 pages 7-30

ESCULPAVIT Hugues, Bilan et prise en charge du nourrisson et du jeune enfant, La psychomotricité auprès du jeune enfant présentant des difficultés de développement et de sa famille, 2013

GAETON Géraldine, *Les parents : une place particulière en psychomotricité ?*, 2004

GARDOU Charles, *Quand le handicap s'immisce dans la famille, Peut-on vivre avec et malgré le handicap de son enfant ?* Extrait de L'annonce du handicap de la naissance en douze questions sous la direction de Patrick BEN SOUSSAN, Édition ERES 2006, page 179-207

GAUBERTI Mireille, *Mère-enfant à corps et à vie, analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces,* MASSON 1993

GAVERIAUX Odile, *L'observation selon Esther Bick : une méthode pour découvrir le monde émotionnel de l'enfant*, ERES « 1001 bébés », 2006 page 237-263

GOBIN Guillaume et JUZA Camille, *Le monde caché des bébés, s*érie documentaie de Point du jour, ADAV

HANNARD Stéphanie, *Répercussions des perturbations du lien Mère-Enfant sur le développement psychomoteur,* 2001

HOUZEL Didier et al., *Les enjeux de la parentalité*, ERES, 2004

JOLY Fabien, *Sa Majesté le bébé*, ERES « 1001 bébé » 2007

KONICHECKIS Alberto, Troubles psychiques liés aux interactions précoces, *Spirale*, 2003/1 n°25, page 149-160

LEBOVICI Serge, *L'arbre de la vie, Éléments de la psychopathologie du bébé*, Édition ERES 2009

LEBOVICI Serge et STOLERU Serge, L*e nourrisson, sa mère et le psychanalyste, Les interactions précoces*, BAYARD 2003

MARCELLI Daniel et RAFFENEAU Florence, *Le bébé et le jeu*, Marin Média, *Le Journal des psychologues,* 2012/6 n° 299, page 18-23

MAZET Philippe et STOLERU Serge, *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, MASSON 2ème édition, Collection Les âges de la vie

MICHEAU Natacha, *Le psychomotricien à la rencontre du bébé prématuré et des parents, L'étayage de la parentalité*, 2014

MOUSSIE Raphaëlle, *Intérêt de la prise en compte des interactions parents-enfants dans la pratique psychomotrice auprès du nourrisson et du jeune enfant*, 1986

PIERREHUMBERT Blaise *et al.*, *Théorie de l'attachement et parentalité*, de Michel Dugnat, Devenir père, devenir mère, ERES Hors collection 2004, page 35-51

POTEL Catherine, *Être psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir*, Édition ERES 2012

SQUILLANTE Maria, *L'apport de l'observation du nourrisson aux soins institutionnels dans un service de psychiatrie infanto-juvénile*, de Pierre DELION , L'observation du bébé selon Esther Bick ERES «1001 bébés » 2006, page 135-154

Site internet : *http://www.parents-atout-eure.org/IMG/pdf/Glossaire_parentalite.pdf*

Site internet : *http://www.passerelles-eje.info/glossaire/definition_43_parentalite.html*

Site internet : *http://www.pikler.fr/emmi.php* Association PIKLER LOCZY de France

SOLIS-PONTON Leticia, *Sur la notion de parentalité développée par Serge LEBOVICI,* SPIRALE 2001/1 n° 17, page 135-141

SOUBIEUX Marie-José et SOULE Michel, *La psychiatrie fœtale Que sais-je ?*, 1ère édition 2005

TCHERNICHEFF Igor, *La question du père chez Winnicott... et chez quelques autres*, EMPAN, 2005/1 n°57, page 142-152

WINNICOTT Donald Woods, *Jeu et réalité*, Édition Gallimard, 1975

WINNICOTT Donald Woods, *La famille suffisamment bonne*, Petite Bibliothèque Payot 2006

WINNICOTT Donald Woods, *La mère suffisamment bonne*, Petite Bibliothèque Payot 2011

WINNICOTT Donald Woods, *La relation parent-nourrisson*, Petite Bibliothèque Payot 2011

WINNICOTT Donald Woods, *Le bébé et sa mère*, Sciences de l'homme Payot, 1992

WINNICOTT Donald Woods, *L'enfant et le monde extérieur, Le développement des relations,* Service de l'homme Payot, 1972