



HAL
open science

**L'alliance thérapeutique dans les prises en soin
psychomotrices mère-enfant. Élaboration d'une relation
de confiance dans le cadre d'un dispositif thérapeutique
d'observation réciproque**

Cécile Colineau

► **To cite this version:**

Cécile Colineau. L'alliance thérapeutique dans les prises en soin psychomotrices mère-enfant. Élaboration d'une relation de confiance dans le cadre d'un dispositif thérapeutique d'observation réciproque. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01340555

HAL Id: dumas-01340555

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340555>

Submitted on 25 Aug 2016

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'Etat de Psychomotricité

L'alliance thérapeutique dans les prises en soin psychomotrice mère-enfant

*Elaboration d'une relation de confiance dans le cadre d'un
dispositif thérapeutique d'observation réciproque*

COLINEAU Cécile
Née le 8 Août 1990 à Montpellier

Sous la direction de Mr. Hugues ESCULPAVIT

Juin 2016

Remerciements

Je remercie chaleureusement mon maître de mémoire, Monsieur Hugues Esculpavit, pour m'avoir encadrée et accompagnée durant l'élaboration de cet écrit.

Je remercie Mme Delphine Masclef pour sa précieuse relecture, ainsi que ma mère et ma grand-mère pour la même raison.

Sommaire

Introduction.....	3
1^{ère} partie : Des parents, des enfants ; parentalité, attachement, interactions et développement.....	6
1. <i>Un bébé qui naît, des parents qui naissent.....</i>	7
2. <i>Interactions, attachement, et intersubjectivité</i>	12
3. <i>Les interactions entre l'enfant et son environnement ; impacts sur le développement de l'enfant.....</i>	17
2^{ème} partie : Le soin psychomoteur adressé aux jeunes enfants de 0 à 30 mois dans le cadre de séances en présence de la mère.....	31
1. <i>Objectifs généraux du soin psychomoteur.....</i>	32
2. <i>L'observation au cœur du dispositif thérapeutique parent/enfant.....</i>	39
3. <i>De l'observation à la verbalisation</i>	49
3^{ème} partie : La posture et la présence du psychomotricien dans une situation de prise en charge mère-enfant.....	53
1. <i>L'alliance thérapeutique</i>	54
2. <i>Une attitude bienveillante et non jugeante.....</i>	56
3. <i>La position du psychomotricien.....</i>	65
4^{ème} partie : Etude de cas	70
1. <i>Présentation de Lucie et du cadre du soin psychomoteur</i>	71
2. <i>Les prises en soins psychomotrices de Lucie</i>	73
Conclusion	77
Bibliographie.....	77
Table des matières.....	83

Introduction

C'est lorsque j'ai effectué un stage dans un établissement accueillant des enfants et n'entreprenant aucun travail thérapeutique avec les parents que, paradoxalement, j'ai débuté une réflexion sur les enjeux des prises en soins psychomotrice parents-enfants dans le cas de polyhandicap de l'enfant. J'ai ainsi pu réfléchir aux objectifs et à la portée de tels soins, notamment au niveau de l'adoption mutuelle parent-enfant et de la prévention des comorbidités. Cette expérience m'a également permis de réfléchir sur l'importance de l'environnement dans le développement de l'enfant. Mais toutes ces réflexions restaient limitées du fait de mon manque d'expérience. C'est pour cette raison que j'ai désiré effectuer cette année un stage dans un Centre Médico Psychologique spécialisé dans la petite enfance (CMPPE) accueillant de tous petits enfants de 0 à 30 mois, où les séances de psychomotricité se font en présence des parents.

Avant de commencer ce stage je me demandais comment ce type de séance pouvait se dérouler : les prises en soin parents-enfants ne sont pas des séances individuelles ni des séances en groupe où les patients sont regroupés dans une logique choisie par le soignant. Dans une prise en charge parent-enfant, c'est encore autre chose qui se joue. Ils sont tous deux bénéficiaires du soin, mais du fait de leur identité propre et de leur relation filiale, le soin sera différent pour chacun. Le psychomotricien doit étayer les propositions de l'enfant sous le regard du parent, et ce dernier observe son enfant et le soignant jouer tout en se sentant observé par le professionnel. Ce dispositif thérapeutique m'a donc paru particulier, du fait des rôles et positions des trois protagonistes.

Ces questionnements se sont précisés lorsque j'ai commencé mon stage au CMPPE. D'autres questions ont alors émergé :

Pour quelles raisons est-il nécessaire que le parent assiste aux séances de psychomotricité ? Quels en sont les enjeux ?

A qui le soin psychomoteur s'adresse t-il principalement ?

Si la disponibilité à l'enfant et aux parents diffère, comment le psychomotricien peut-il se rendre disponible aux deux dans un même temps ? Si l'on considère que le

travail du psychomotricien est un travail en présence, sa présence doit-elle se partager entre la mère et l'enfant ?

Comment trouver sa place en tant que psychomotricien dans ce type de soin ? Comment travailler en tant que soignant sous le regard du parent ? Et inversement comment être parent sous le regard du psychomotricien ?

Comment le psychomotricien s'accommode-t-il du fait qu'il doive à la fois être spontané avec l'enfant et contrôler ce qu'il donne à voir, à entendre et à penser au parent, car il sait que celui-ci l'observe ?

Au vu de tous ces questionnements j'ai décidé de me pencher sur le thème des dynamiques particulières qui s'opèrent lors d'une séance en psychomotricité avec l'enfant, le parent et le soignant. **Ma problématique peut se résumer ainsi : comment le psychomotricien, par sa présence et sa posture, peut-il créer une alliance thérapeutique avec l'enfant et le parent dans une situation d'observation réciproque ?** Mon hypothèse est que la situation d'observation qu'induisent les séances en présence des parents va être un élément important du processus thérapeutique, mais que l'observation peut amener des difficultés que le psychomotricien doit essayer de contourner pour favoriser l'alliance thérapeutique.

Ces questionnements seront approfondis au travers de quatre parties. La première traitera de l'interdépendance entre l'environnement du jeune enfant et son développement. La deuxième partie concernera l'implication de l'observation dans le processus thérapeutique. La troisième partie évoquera l'importance de la bienveillance et de la position du psychomotricien dans le soin psychomoteur. Enfin, la dernière partie exposera un cas clinique.

Je ne traite dans ce mémoire que de la prise en soin en présence de la mère. Cela ne veut pas dire que je considère que des dynamiques différentes se produisent en présence du père ou de toute autre personne. Simplement, ce mémoire est né de mon expérience clinique et je n'ai vu que des mères en séance. Lorsque j'utilise le mot mère, je parle des sujets qui ont une fonction maternelle pour l'enfant.

Enfin, le dernier point est que j'étudie les dynamiques présentes dans une prise en soin à trois, alors même que je l'ai vécu à quatre (mère/enfant/psychomotricien/stagiaire). On peut considérer que la présence du stagiaire induit des dynamiques sensiblement différentes de celles à trois. Cependant, je ne traiterai pas ce sujet.

1ère partie

Des parents, des enfants ; parentalité,
attachement, interactions et développement

1. Un bébé qui naît, des parents qui naissent

A. La parentalité

La parentalité est un concept complexe dont la définition a pu évoluer, en fonction notamment des différents codes sociaux et légaux. D'après Besson, « on peut considérer la parentalité comme le résultat, chez le parent, de la capacité de représentation mentale de l'enfant »¹. La parentalité serait donc le fait de se sentir parent d'un enfant et de remplir ses fonctions parentales envers lui.

Paul Marciano résume les fonctions parentales en 4 points fondamentaux. Les fonctions parentales consisteraient à :

- **Répondre aux besoins vitaux de l'enfant et lui permettre d'acquérir un sentiment de sécurité le plus solide possible.** Ainsi, l'enfant peut intérioriser des images parentales rassurantes et vivre un sentiment de continuité psychique. Son environnement devient alors moins persécuteur.
- **Mettre du sens sur ce que fait l'enfant, l'aider à mettre du sens sur ce qu'il vit.** C'est le principe de la fonction alpha, théorisée par Bion, qui sera décrite ultérieurement.
- **Avoir une action contenante** envers l'enfant dont l'incidence, elle aussi, est déterminante pour que l'enfant ait le sentiment continu d'exister.
- Cette parentalité permet à l'enfant de **se sentir inscrit dans une lignée généalogique.** Il devient dès lors un chaînon dans une succession d'éléments historiques qui constituent l'histoire parentale, celle de ses ascendants, et la sienne.

Ainsi la capacité d'un sujet à s'inscrire dans une parentalité serait davantage définie par ses compétences à assumer ses fonctions parentales, plutôt que par son statut de géniteur/génitrice. Martin résume ce principe lorsqu'il dit que « la notion de parentalité permet avant tout de rendre compte de ceux qui jouent un rôle parental, plus ou moins permanent ou ponctuel, et dont la légitimité n'est pas fondée sur un statut ou

¹ BESSON J., GALTIER M., ODIER, I., « Petit parent deviendra grand », in *La parentalité accompagnée, Spirale* 2004/1 (no 29), p. 26.

sur une place juridique, mais sur une compétence»². On peut donc assurer des fonctions parentales pour un enfant de manière continue ou transitoire, sans en être forcément le géniteur.

Il semblerait que la composante essentielle de la parentalité, au-delà des fonctions parentales assumées, soit le lien affectif qui se crée entre l'enfant et ceux qui assument ces fonctions. Neyrand dit à ce sujet que la parentalité « met l'accent sur l'importance de l'affiliation réciproque des enfants et des personnes placées en position parentale et y exerçant une telle compétence»³. Cette citation illustre également le fait que la parentalité est un processus bidirectionnel : on se sent parent parce que l'on se sent capable de l'être, mais également parce que notre enfant, et même notre entourage, nous considère comme tel.

Assurer cette parentalité, se sentir parent, n'est donc pas chose innée. Au contraire, c'est un processus qui s'élabore progressivement, influencé par de multiples facteurs qui peuvent parfois l'entraver ou le soutenir. Ainsi Patrick Ben Soussan dit de la parentalité qu' «être père, être mère n'est pas un fait de nature, d'instinct, de gènes, mais bien un fait de culture. Cela parfois demande quelques jours, voire quelques semaines, des années peut-être. Parfois même, des parents ne pourront jamais se vivre père ou mère de cet enfant-là.⁴ ».

B. Se sentir parent

On ne devient pas parent d'un enfant à sa naissance. Se sentir parent nécessite un cheminement qui est plus ou moins long, plus ou moins difficile pour chacun, compte tenu de notre subjectivité, de nos histoires personnelles et des remaniements induits.

Tout d'abord, attendre un enfant est un remaniement identitaire, qui peut être vécu comme une crise identitaire et narcissique : la situation de grossesse est un chamboulement, être père et mère d'un enfant va amener un nouveau rôle, et s'ajoutera

² MARTIN, C. « La parentalité : controverses autour d'un problème public », dans Knibiehler, Y. ; Neyrand, G. (sous la direction de), *Maternité et parentalité*, Rennes, édition de l'ENSP, p. 41.

³ NEYRAND, G., « la parentalité d'accueil », *dialogues* 2005/1 (N° 167), p. 11.

⁴ BEN SOUSSAN, P., « S'il vous plaît, dessine-moi un parent... », *Spirale* 2004/1 (no 29), p. 40.

comme une nouvelle facette à l'identité de chacun. De plus, dans l'histoire générationnelle, tout se chamboule : ceux qui étaient enfants deviennent parents, et les parents deviennent grands-parents. Ce remaniement identitaire peut être difficile à vivre, voire impossible à accepter pour certains parents. En effet, il peut être l'occasion de rouvrir des blessures narcissiques mal cicatrisées⁵. Pour l'auteur Miermont, « Lors de la naissance d'un enfant, chaque parent est brusquement interpellé dans une nouvelle identité impliquant toute une série de tâches et de devoirs, ce qui suppose une différenciation suffisante avec ses propres parents, et une maturation psychique qui lui permette de s'investir comme père ou mère envers cet enfant »⁶. On voit bien en quoi la naissance d'un enfant peut être difficile à vivre pour des parents, d'autant plus si leur structure identitaire est fragile.

La naissance d'un bébé amène également un remaniement au niveau du couple : la dynamique n'est plus la même. Chacun va devoir s'occuper de l'enfant, assumer ses fonctions parentales, et être disponible pour lui. Le couple va, dans l'idéal, pouvoir continuer d'exister, mais sur un autre mode que celui de l'exclusivité. Certains parents peuvent ressentir des difficultés face à ce changement, ce qui aura des conséquences sur l'investissement de leur parentalité. L'équilibre entre la relation triadique avec l'enfant et la relation de couple est plus ou moins difficile à trouver pour certains parents, et cela peut être source de souffrance.

Savoir s'occuper d'un enfant, lui apporter des soins n'est pas inné et ne relève pas de l'instinct maternel ou paternel. Pour savoir porter un enfant, comprendre ce dont il a besoin, il serait plus facile d'avoir été un enfant suffisamment bien porté, suffisamment bien soigné, suffisamment bien compris. Notre environnement aurait dû être, à l'image du concept de Winnicott, « suffisamment bon⁷ ». C'est principalement cette expérience qui va permettre au parent d'être en capacité de s'occuper à son tour d'un enfant et de remplir ses fonctions parentales. Bruwier dit que c'est « en s'appuyant sur un savoir intime, engrammé au cours des premières interactions avec sa propre mère [qu']

⁵ BESSON J., GALTIER M., ODIER, I., « Petit parent deviendra grand », in *La parentalité accompagnée, Spirale* 2004/1 (no 29), p. 28.

⁶ MIERMONT, J., « Autonomisation des fonctions parentales », *Spirale* 2004/1 (no 29), p. 107.

⁷ WINNICOTT D.W., *La relation parent-nourrisson*, Ed petite bibliothèque Payot, Paris, 1989.

habituellement la mère décode spontanément les appels du bébé et y répond⁸ ». C'est pour cela que s'occuper d'un enfant, devenir son père ou sa mère vient questionner, consciemment et inconsciemment, les « premiers liens archaïques » avec ses propres parents⁹.

Enfin, investir l'enfant qui est né, l'enfant réel, peut être délicat, voire impossible. Avant la naissance du bébé, et l'épreuve de sa réalité, celui-ci est présent dans la vie imaginaire de chaque parent : c'est l'enfant imaginé, qui contient « des projections idéalisées du désir des parents ¹⁰». Cet enfant est idéalisé et ne correspond jamais entièrement à l'enfant qui naît. En effet, « l'épreuve de la réalité charnelle du bébé va conduire les parents à un travail de deuil de l'enfant imaginaire et, de façon concomitante, à un travail d'adoption et d'adaptation aux besoins concrets de l'enfant réel¹¹». Etre parent d'un enfant, c'est pour ainsi dire faire le deuil de l'enfant imaginaire et adopter l'enfant réel. Parfois, ce deuil est impossible et l'enfant réel est toujours vécu comme décevant. Ne pas pouvoir faire ce deuil de l'enfant imaginaire aura pour le parent une conséquence sur son investissement de l'enfant réel, et donc sur ses compétences parentales.

La parentalité est un processus que chaque parent doit élaborer lorsqu'il accède à la paternité ou à la maternité. C'est un processus complexe, jamais acquis, et qui peut sans cesse être entravé ou facilité. Ce que nous retiendrons de ce processus est son caractère exogène et endogène : la parentalité se détermine parce qu'un parent se sent parent, mais aussi parce que son enfant le considère comme tel. « Non seulement chaque parent doit se déterminer progressivement comme père ou mère en fonction des exigences et de la personnalité de l'enfant, mais il doit encore faire reconnaître cette autodétermination par cet enfant, l'autre parent, les proches, la famille élargie, et l'environnement social ¹²». Ainsi, pour comprendre le besoin de son bébé et y répondre, il faut également que l'enfant exprime ce besoin. Rien n'est fixé d'avance et la rencontre

⁸ BRUWIER G., *A la rencontre des bébés en souffrance*, Ed yapaka.be, N° 69, 2013, p. 5

⁹ BESSON J., GALTIER M., ODIER, I., « Petit parent deviendra grand », in *La parentalité accompagnée, Spirale* 2004/1 (no 29), p. 27..

¹⁰ Ibid, p. 27.

¹¹ Ibid, p. 27.

¹² MIERMONT, J., « Autonomisation des fonctions parentales », *Spirale* 2004/1 (no 29), p. 107.

entre les parents et leur enfant, l'adoption mutuelle n'est pas immédiate ni obligatoire. De cette rencontre, qui se fait ou ne se fait pas, qui se fait sur des modalités particulières, découlera un lien particulier entre les parents et leurs enfants.

On peut donc se demander comment ce lien se construit, quels éléments permettent son épanouissement.

2. Interactions, attachement, et intersubjectivité

L'attachement et l'intersubjectivité sont des éléments qui, idéalement, permettent la rencontre entre le bébé et ses parents. Ils favoriseraient ainsi, conjointement à d'autres éléments, la création d'un lien particulier.

A. L'attachement

L'attachement est une notion théorisée par John Bolwby. Ce psychanalyste s'est inspiré des études éthologiques de Konrad et de la notion d'empreinte pour définir un mécanisme similaire chez les humains : l'attachement. Ce faisant, « il choisit une approche plus relationnelle du développement de l'enfant : il y inclut une dimension interpersonnelle mettant l'accent sur le mode de relation entre le bébé et sa figure d'attachement (le plus souvent la mère) »¹³.

L'attachement serait un besoin primaire et fondamental dans le développement de la personnalité¹⁴. Beaucoup de réflexes archaïques et de compétences précoces auraient pour rôle, entre autre, de communiquer et de nouer un lien particulier avec une figure d'attachement, dispensatrice de soin et protectrice. Ce lien se nouerait dans les interactions, et l'enfant en serait acteur et le provoquerait, en souriant par exemple lorsqu'il aperçoit sa mère ou en s'agrippant à elle quand elle le porte. Lorsque l'enfant grandit, « la gamme de son comportement s'enrichit : sourire, appel, tentative de contact, locomotion, qui ont pour but la recherche de proximité avec la figure d'attachement »¹⁵.

Lucas est un bébé qui présente un léger retard de développement. Les séances de psychomotricité se déroulent en présence de sa mère, car ce sont des moments précieux pour elle où elle peut se ressourcer et vivre des instants privilégiés avec son plus jeune fils.

D'emblée, on remarque un lien très affecté, entre la mère et son fils. Elle se réjouit dès qu'il réussit une action, et lorsqu'il manipule un objet, elle

¹³ GOLDBETER-MERINFELD E., « Attachement et Intersubjectivité : premiers liens de l'enfant. Introduction », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2005/2 (no 35), p. 7.

¹⁴ GOLSE B., *Le développement affectif et cognitif du jeune enfant*, Ed Elsevier Masson, 5^{ème} édition, 2015, p 123

¹⁵ Ibid, p 123.

le regarde intensément, en souriant, la tête penchée sur le côté, une attitude qui laisse entrevoir l'affection qu'elle lui porte.

Lucas exprime également ce lien particulier avec sa mère, avec ses moyens de tout petit. Lorsqu'il est assis sur le tapis et qu'elle se positionne derrière lui, il ne la voit plus ; sa réaction est de crier et de renverser sa tête pour la chercher du regard. Son corps devient très raide, très tonique, et il semble appeler sa mère.

On voit bien ici l'attachement qui est à l'œuvre. En présence de deux personnes presque inconnues (le psychomotricien et la stagiaire), Lucas a besoin de la présence de sa mère pour être rassuré. Celle-ci semble donc être une figure d'attachement pour lui, et lui procurer une sécurité affective dont il a besoin, d'autant plus en présence d'inconnus.

Ce besoin d'attachement se modifie et s'amointrit à mesure que les aptitudes de l'enfant se développent : sa figure d'attachement sera toujours importante pour son développement, mais elle jouera un rôle moins déterminant dans celui-ci. L'enfant pourra développer davantage de stratégies compensatoires, cognitives entre autres, et supporter pendant des durées de plus en plus longues d'être à distance de sa figure d'attachement.

Emmanuelle est une petite fille qui présente un léger retard de développement psychomoteur, principalement sur le plan moteur. Les prises en soin se font actuellement sans sa maman, qui attend dans la salle d'attente. Les soins ayant commencé en présence de la mère, Emmanuelle semble vivre cette transition avec difficulté, d'autant plus que la présence de sa maman la rassurait.

Afin de supporter la séparation, Emmanuelle emporte avec elle en séance les clés de voiture de sa mère : elle est ainsi certaine qu'elle ne pourra pas partir. Avec cet objet transitionnel, Emmanuelle semble supporter l'absence de sa mère, car elle sait qu'elle est à côté si elle a besoin d'elle. Si la symbolisation n'est pas encore à l'œuvre, car Emmanuelle a encore besoin d'un objet concret pour se rappeler la présence de sa figure d'attachement,

on voit bien comment petit à petit elle peut se décaler de sa nécessaire présence physique de sa mère.

B. Intersubjectivité et accordage affectif

C'est dans le début des années 70 que Daniel Stern développe la notion d'accordage affectif concernant le développement du nourrisson. Cette notion fait appel à l'intersubjectivité, qui d'après l'auteur, se développe entre le septième et le neuvième mois de la vie du bébé. L'intersubjectivité peut se définir comme le fait que les nourrissons comprennent que « les autres, différents d'eux-mêmes, peuvent avoir ou concevoir un état mental semblable au leur, que le partage de vécu ou intersubjectivité est possible¹⁶ ». Ainsi l'intersubjectivité « serait l'aptitude de sentir les autres, différents de soi, tout en étant capable d'avoir ou de concevoir un état mental semblable au sien ¹⁷ ». Lorsque le nourrisson est capable de partager ses états émotionnels, lorsqu'une communication des états internes se fait, alors il s'engage dans le « domaine du lien interpersonnel et subjectif ¹⁸ ».

L'intersubjectivité commence très tôt dans la vie du nourrisson, avant même que celui-ci n'ait des capacités d'intersubjectivité. Mais dans ce cas là, c'est son environnement, qui dans les interactions, va venir imiter, sur la même modalité, ce que fait le bébé. Stern qualifie cette imitation de quasi-imitation, car le parent introduit tout de même des particularités, des changements à chaque nouvelle imitation. Cela va permettre à l'enfant de se constituer un répertoire moteur et de prendre conscience de son corps et de son existence.

Plus tard, vers les 7-8mois de l'enfant, les interactions s'enrichissent, en partie du fait que le parent décode plus aisément les états émotionnels exprimés par le bébé. Face à ce qu'il exprime, l'environnement élargit ses réponses et met en œuvre des comportements que Stern nomme des accordages affectifs, qui révèlent que « le partage

¹⁶ TREVARTHAN, C., and HUBLEY, P., Secondary intersubjectivity : Confidence, confiders and act of meaning in the first year, in A. Lock (Ed.), *Action, gesture and symbol*, New-York, Cambridge University Press.

¹⁷ GOLDBETER-MERINFELD E., « Attachement et Intersubjectivité : premiers liens de l'enfant. Introduction », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2005/2 (no 35), p. 8.

¹⁸ STERN D., *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Ed Puf, 4ème édition, 2003, p.166.

de l'expérience se fait maintenant au niveau des états internes ¹⁹». Cet accordage affectif serait une manière pour l'environnement de partager l'expérience émotionnelle et affective du bébé sur une autre modalité que celui-ci, en incluant de la transmodalité. Cela permet à l'enfant de « comprendre que non seulement ses actes, mais également son ressenti émotionnel peut être partagé avec autrui ²⁰».

Ainsi il apparaît que le phénomène de quasi imitation « est la façon prépondérante d'enseigner les formes externes et l'accordage la façon prédominante de communier ou d'indiquer le partage d'états internes²¹ ».

L'intersubjectivité et l'accordage affectif à l'œuvre dans les interactions favoriseraient, d'après Stern, l'émergence du sens de soi de l'enfant, car il lui fait découvrir et conscientiser ses états intérieurs. Dans l'idée que « l'esprit humain se construit et se maintient grâce au trafic intersubjectif entre soi et l'autre ²²», les interactions basées sur un partage des affects seraient des éléments fondateurs du développement du psychique de l'enfant. Cette intersubjectivité a également un autre rôle : elle légitime notre appartenance à « un groupe, à une dyade, une triade, une famille²³ ». Ainsi, avec l'attachement, l'intersubjectivité nourrirait la création de relations privilégiées, de liens particuliers qui se créent entre l'enfant et ses parents. En effet, Stern considère l'attachement et l'intersubjectivité comme « deux systèmes de motivation [...] complémentaires dans l'établissement des liens humains en particulier entre la figure maternelle et l'enfant ²⁴».

Ce lien privilégié qui se crée entre le bébé et sa mère est soutenu par les concepts d'attachement et d'accordage affectif que nous avons vus. Mais il semble également

¹⁹ FAVEZ N., FRASCAROLO-MOUTINOT F., « La construction de l'identité de soi dans la famille», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2005/2 (no 35), p. 53.

²⁰ FAVEZ N., FRASCAROLO-MOUTINOT F., « La construction de l'identité de soi dans la famille», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2005/2 (no 35), p. 54.

²¹ STERN D., *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Ed Puf, 4ème édition, 2003, p.186.

²² STERN D., « Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi ? Comment ? », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2005/2 (no 35), p. 216.

²³ Ibid, p. 219.

²⁴ GOLDBETER-MERINFELD E., « Attachement et Intersubjectivité : premiers liens de l'enfant. Introduction», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2005/2 (no 35), p. 5-12.

qu'il se constitue grâce aux compétences de chacun, et dans des interactions de qualité : si l'enfant et la mère se comprennent et interagissent, alors un lien pourra se créer.

On peut se demander comment ce lien vient favoriser les interactions entre l'enfant et son environnement, et dans quelle mesure les liens qui se créent et les interactions sont interdépendants ?

Quelles sont les implications de ces interactions, et du lien entre l'enfant et son environnement dans le développement de ce dernier ?

3. Les interactions entre l'enfant et son environnement ; impacts sur le développement de l'enfant.

A. Définition de l'interaction

D'après le dictionnaire de psychologie²⁵, l'interaction est un « terme général qui désigne des phénomènes de synergie d'action pouvant se situer à des niveaux de fonctionnement divers [...] Il concerne d'autre part les mécanismes de la réciprocité qui s'établissent dans le déroulement de certains processus psychiques ». D'après le même ouvrage, les synergies seraient des « actions coordonnées, opérant dans le même sens ». On trouve aussi dans le Larousse cette autre définition : « Réaction réciproque de deux phénomènes l'un sur l'autre. »

A travers ces deux définitions on peut voir que la réciprocité est une notion fondatrice de l'interaction. Cette dernière est donc un processus bidirectionnel où chaque partenaire s'influence et réagit aux actions de l'autre. C'est un jeu constant de question/réponse où chaque protagoniste est à la fois acteur et récepteur.

On considère que le bébé est en interaction avec son environnement dès sa naissance, même in utéro. Lebovici décrit 3 caractéristiques des interactions entre l'enfant et son environnement : fantasmatiques, affectives et comportementales. Selon les auteurs, le terme d'environnement désigne différentes personnes : parfois uniquement la mère²⁶, les parents, ou encore toutes les personnes amenées à donner des soins à l'enfant. Dans cet écrit, le terme d'environnement fera référence à cette dernière définition.

Parmi ces interactions entre l'enfant et l'environnement on distingue les interactions précoces, terme introduit en 1958 par Ritvo et Solnit²⁷. Celles-ci ont lieu au tout début de la vie d'un nourrisson. Elles ne sont pas fondamentalement différentes des

²⁵ DORON R., PAROT F. *dictionnaire de psychologie*, éd PUF, 2008, p. 392.

²⁶ WINNICOTT D.W., *La relation parent-nourrisson*, Ed petite bibliothèque Payot, Paris, 1989

²⁷ BEN SOUSSAN P., « Il n'est jamais trop tôt pour être compétent ! », in Denise Bass et al., *Mais où est donc passé l'enfant ?*, ERES « Les recherches du Grape », 2003 (), p. 70.

interactions définies plus tôt, si ce n'est que celles-ci se produisent principalement entre l'enfant et sa mère, et qu'elles coloreront les interactions futures.

Il a été envisagé qu'une interaction pouvait s'établir entre l'enfant et son environnement dès lors qu'il a été considéré que le nourrisson et le fœtus possédaient des compétences qui pouvaient leur permettre d'être acteur dans une relation²⁸. C'est dans les années 80 que plusieurs recherches et plusieurs auteurs ont concouru à l'émergence de cette conception, qui est actuellement validée et continue à susciter des recherches.

B. Du bébé passif au bébé compétent

★ Contextualisation

Mélanie Klein, dans la première moitié du XIX^{ème} siècle, parle d'une vie psychique et fantasmatique précoce du nourrisson²⁹. Ce faisant, elle est l'une des premières à reconnaître une vie psychique propre au très jeune enfant, ce qui implique de le concevoir comme un sujet à part entière, et non plus comme un être humain passif et en devenir. Depuis cette époque, la conception du bébé a progressivement évolué jusqu'à donner naissance à de nombreuses recherches scientifiques, foisonnantes dans les années 80, sur les compétences des nourrissons.

Toutes ces études ont abouti à confirmer l'idée que l'enfant « dès la naissance, [...] est doté de compétences [...] et collabore activement au déroulement des interactions, reconnues désormais comme bidirectionnelles »³⁰. Ainsi le bébé n'est plus un être passif, mais « un véritable partenaire interactif au sens plein du terme, capable d'initier et de contrôler en partie sa relation à l'autre »³¹. Un dialogue entre le nourrisson et son environnement peut donc s'établir, chacun ayant des compétences pour capter les messages de l'autre et pour y répondre. Des interactions sont aussi à l'œuvre lorsque

²⁸ SOUBIEUX M.-J., SOULE M., *La psychiatrie fœtale*, Ed Puf, 2005, p.26

²⁹ GOLSE B., *Le développement affectif et cognitif du jeune enfant*, Ed Elsevier Masson, 5^{ème} édition, 2015, p 56.

³⁰ WENDLAND J., « Compétences du nourrisson et représentations maternelles du bébé. Résultats d'une intervention précoce », *La psychiatrie de l'enfant* 2004/1 (Vol. 47), p. 185.

³¹ GOLSE B., *Le développement affectif et cognitif du jeune enfant*, Ed Elsevier Masson, 3^{ème} édition, 2001, p 4.

l'enfant est à l'état de fœtus : ce dernier peut par exemple réagir par un coup de pied à la chaleur d'une main posée sur le ventre qu'il habite. Cependant, ces interactions in utéro sont plus limitées, dans le sens où elles sont moins variées, du fait de la maturation du fœtus.

Ces recherches ont également permis d'établir un tableau des compétences précoces du nourrisson. Le psychomotricien doit les considérer, car l'absence de certaines aptitudes aura des répercussions sur les interactions que le bébé pourra créer avec son environnement, et par voie de conséquence sur son développement. Ainsi, dans le cas de difficultés relationnelles, leur absence ou leur présence doivent être repérées par le soignant.

★ **Compétences sensorielles et relationnelles**

Voici un répertoire de quelques-unes des aptitudes dont le fœtus et le nourrisson disposent, dans des conditions idéales. Ne seront citées que les compétences soutenant la relation, en référence aux ouvrages de Lebovici³² ainsi qu'à la grille d'évaluation des conduites néonatales de Brazelton³³.

Capacités sensorielles :

La vision. La majorité des nouveau-nés à 4 jours peuvent suivre des yeux un objet de couleur vive. Ils fixent davantage les formes complexes, comme les visages. A la naissance, l'accommodation visuelle est faible et le bébé ne voit qu'à 20cm ou moins. A 4 mois en revanche, son accommodation visuelle est aussi efficiente que celle d'un adulte. Lorsque le nouveau-né explore visuellement des objets, il se dirige vers les zones où il y a le plus d'informations visuelles. Ainsi, le nourrisson semble traiter de façon active son environnement afin de structurer sa perception de celui-ci.

³² LBOVICI S., STOLERU S., *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces*, Ed Bayard, Paris, 2003, p98-132.

³³ BRAZELTON, T. B., « Neonatal assessment », in *The Course of Life, Vol I : Infancy and Early Childhood*, S.I greenspan et G.H POLLOCK (Eds), US Department of Health and Human Services, DHHS Publication No (ADM) 80-786, 1980.

L'odorat : le nouveau-né peut sentir des odeurs et de les discriminer. Dès l'âge de 2 jours les nouveau-nés ont une préférence pour l'odeur du sein de leur mère.

L'audition. In utéro, le fœtus répond à certains sons. Après la naissance, le bébé peut orienter sa tête et son regard vers un son, et il peut les discriminer : il reconnaît notamment la voix humaine, et réagit préférentiellement à celle-ci. Durant les deux premières semaines de vie, l'enfant reconnaît et réagit à la voix de sa mère par des sourires.

Capacités perceptives et motrices :

A ces capacités sensorielles s'ajoutent des capacités perceptives et motrices. Ces deux aptitudes permettent au nourrisson de percevoir une sensation et d'y réagir sur le plan moteur. Ainsi on peut voir chez les très jeunes enfants des réactions d'orientation vers des stimuli visuels et auditifs animés ou inanimés. Ou encore réagir par des mouvements et des cris d'excitation lorsqu'un adulte s'avance vers lui.

Certains réflexes archaïques du nourrisson, comme le grasping, peuvent soutenir les interactions, selon l'interprétation l'adulte en fait. Cependant, ces réflexes sont purement neurologiques, et l'enfant ne les produit pas volontairement pour initier la relation.

Compétences relationnelles :

L'état de vigilance. Ces états ont été caractérisés par Wolff³⁴, qui répertorie 6 états de vigilance chez le nouveau-né, allant d'un sommeil profond à une agitation motrice accompagnée de cri. Cette notion d'état de vigilance peut-être rapprochée de l'hypotonie de réplétion et de l'hypertonie d'alerte décrite par De Ajuriaguerra. Ces états auront une incidence sur les relations que l'enfant pourra établir avec son environnement : certains de ses états seront propices aux interactions, comme l'état 4, d'autres ne le seront pas, voire couperont l'enfant de toute relation. En retour l'environnement répondra aux

³⁴ LBOVICI S., STOLERU S., *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces*, Ed Bayard, Paris, 2003, p.104-109.

manifestations de l'enfant. Ces différents états sont importants à prendre en compte en clinique, car on peut imaginer qu'un enfant constamment somnolent aura des difficultés à s'inscrire dans des relations en même temps que son environnement aura des réticences à le stimuler.

D'après Brazelton³⁵, les nouveau-nés peuvent utiliser ces états de vigilance pour se défendre de tensions endogènes ou exogènes. Ceci étant, on comprend que ces états de vigilance doivent être considérés par le psychomotricien dans ses observations cliniques, car ils ont valeur de communication de l'état du nourrisson. C'est à la fois une manière pour l'enfant de se calmer, et en même temps une manière de solliciter son environnement.

L'habituation. C'est un système physiologique qui inhibe l'excitation motrice ou végétative lors de l'exposition à une stimulation répétée. Ce mécanisme se développe très précocement, et concourt à réguler l'homéostasie de l'enfant. Il est donc important à repérer pour définir les ressources internes de l'enfant. Mais ce mécanisme peut également venir alimenter l'interaction. Prenons une situation de jeu entre le nourrisson et sa mère : si celle-ci secoue continuellement un hochet, l'attention de l'enfant diminuera au fur et à mesure de la répétition du stimulus. La mère, captant ce désintérêt, pourra alors continuer le jeu sur une autre modalité : en secouant un autre jouet par exemple. L'attention de l'enfant sera alors captée, et il s'intéressera activement au jouet. La mère aura alors le sentiment que son enfant s'intéresse à ce qu'elle fait, qu'elle réussit à le capter, et qu'ils peuvent être en relation. L'habituation concourt également au sentiment de sécurité de l'enfant car elle « conduit à intérioriser les stimuli régulièrement perçus comme faisant partie de l'environnement sécurisant ³⁶ ». Cette sécurité est primordiale pour que l'enfant puisse faire des acquisitions sereinement.

L'imitation est également un processus qui naît de l'interaction : on le retrouve souvent au cœur des jeux entre l'enfant et son entourage. La qualité de cette imitation sera révélatrice de la qualité des interactions entre l'enfant et son entourage, en même

³⁵ BRAZELTON, T. B., « Neonatal assessment », in *The Course of Life, Vol I : Infancy and Early Childhood*, S.I greenspan et G.H POLLOCK (Eds), US Department of Health and Human Services, DHHS Publication No (ADM) 80-786, 1980.

³⁶ MIERMONT J., *Autonomisation des fonctions parentales*, Jacques Miermont, « Autonomisation des fonctions parentales », *Spirale* 2004/1 (no 29), p.105.

temps qu'elle les favorisera. Les jeux d'imitation viendront également stimuler le développement moteur, neurologique et cognitif de l'enfant par l'attention et l'apprentissage qu'ils nécessitent, l'imitation motrice que l'enfant va produire, et la stimulation des neurones miroirs qu'ils induisent.

Le dialogue tonico-émotionnel, théorisé par De Ajuriaguerra, est également un concept fondamental dans la communication qui peut s'instaurer entre le bébé et son environnement. Il fait référence aux ajustements toniques des deux partenaires en interaction et à leur réponse en fonction de l'émotion qu'ils perçoivent dans la tonicité de l'autre. Pour Bachollet et Marcelli « Le dialogue tonico-émotionnel serait ainsi le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez les bébés, et dès le plus jeune âge ³⁷ ». Ce dialogue tonico-émotionnel participe à la réciprocité des interactions, concourt à l'enrichissement de la régulation tonique chez le bébé ainsi qu'à la progressive prise de conscience de ses états internes.

On voit bien ici que le nourrisson peu après sa naissance, et dans des conditions optimales, est doté d'aptitudes qui lui permettent de capter des stimuli et d'y répondre, sur le plan moteur, vocal, ou par des sourires. Toutes ces compétences lui permettent de s'inscrire très tôt dans des échanges, des interactions avec son entourage. Cependant, il est important de considérer que cette liste des aptitudes des nouveau-nés n'est pas représentative de chacun : chaque bébé est singulier, et aura plus d'aptitudes dans certains domaines, ou bien utilisera préférentiellement une modalité d'expression. Le psychomotricien doit donc relativiser ses connaissances sur les aptitudes des nourrissons car certaines peuvent ne pas être présentes et cela n'a pas pour autant d'incidence sur les interactions. Il est également important de repérer les spécificités relationnelles du nourrisson, par exemple s'il utilise préférentiellement le regard pour rentrer en relation.

³⁷ BACHOLLET M-S., MARCELLI D., « Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements », *Enfances & Psy* 2010/4 (n° 49), p. 14.

C. Environnement et développement

Winnicott affirme qu'un « nourrisson tout seul, ça n'existe pas »³⁸, c'est-à-dire que sans soins maternels, il n'y aurait pas de nourrissons. Pour lui la qualité de l'environnement est déterminante dans le développement de l'enfant, voire même dans son existence. Cette affirmation permet de réfléchir sur l'implication de l'environnement dans la survie de l'enfant et dans son développement psychomoteur. Il semblerait que l'environnement soutienne le développement de l'enfant à travers les interactions qu'il peut tisser avec lui.

Dans les tout premiers temps de la vie, les relations se résument principalement aux soins apportés au nourrisson. Au fur et à mesure du développement de ce dernier les interactions se moduleront et s'enrichiront.

Nous allons voir quelles sont les implications de l'environnement du jeune enfant dans son développement à travers différents auteurs. Pour plus de clarté, nous avons essayé de synthétiser et de classer les différents rôles, mais ce classement ne rend pas compte de la réalité où, dans des conditions idéales, tous ces rôles sont remplis à la fois.

★ L'environnement et le développement du nourrisson

Le nourrisson à la naissance est déjà un être social, s'inscrivant dans des interactions. En effet, dans le ventre de sa mère, des échanges d'ordre physique, physiologique mais également imaginaire et fantasmatique ont déjà eu lieu. Les concepts d'enfant imaginaire et fantasmatique³⁹ de Lebovici illustrent ce fait : l'enfant va être inscrit dans la vie fantasmatique et consciente de chaque parent, et les représentations qui en découleront les influenceront dans les échanges qu'ils pourront tisser avec leur enfant.

A la naissance, le nourrisson est brusquement plongé dans un univers très stimulant : l'environnement feutré, clos que représentait l'utérus n'est plus. Confronté à

³⁸ WINNICOTT D., *La relation parent-nourrisson*, Petite bibliothèque Payot, 2011, p.13.

³⁹ LBOVICI S., STOLERU S., *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces*, Ed Bayard, Paris, 2003, p.301-317.

ce nouvel environnement, il va devoir se protéger pour amoindrir ses états d'excitation et de tension. Ceci va être possible grâce aux ressources propres de l'enfant, mais également grâce aux interactions, avec sa mère entre autres. Pour Greenspan et Lourie, ce premier enjeu dans la relation entre l'enfant et son environnement c'est « l'homéostasie ». « Il s'agit pour le bébé d'acquérir des mécanismes de régulation lui permettant de maintenir un état relativement exempt de tensions en dépit des stimulations extérieures excessives [...] ceux qui lui permettront d'établir ses rythmes alimentaire et nyctéméral et d'organiser ces états »⁴⁰. L'homéostasie pourra être atteinte grâce à l'action combinée de l'enfant, ayant des capacités homéostasiques intrinsèques, et grâce à l'adulte qui va venir le contenir, l'aider à abaisser ses tensions en le portant, le berçant, lui chantant une chanson,.... Atteindre cet état d'homéostasie est important pour plusieurs raisons : en premier il est nécessaire pour le développement neurologique du nourrisson qu'il ait des cycles de veille et de sommeil réguliers. Ces rythmes répétitifs auront une incidence sur le lien entre l'enfant et son entourage, sur le processus d'attachement et sur les interactions : un enfant prévisible est beaucoup plus compréhensible et rassurant pour son entourage. Enfin, cet état d'homéostasie où les tensions sont maintenues à un niveau gérable pour le nourrisson lui permet d'être le plus possible dans un état de vigilance de niveau 4. C'est dans cet état que le nourrisson est le plus attentif et disponible à son entourage. Son développement en sera stimulé.

Cette notion d'homéostasie est à rapprocher du rôle de pare-excitation que l'environnement joue pour l'enfant selon Freud. Dans les moments précoces de son développement, il est important qu'il soit protégé de stimulations excessives. Winnicott disait de l'environnement que « c'est à la mère qu'il appartient de protéger l'enfant de complications qui ne peuvent pas encore être comprises par l'enfant et de lui fournir sans cesse la parcelle simplifiée du monde »⁴¹. Ainsi aider le bébé à réguler ses tensions et tamiser sa réalité semble être un des premiers rôles de l'environnement. Cette fonction continuera dans le temps, mais elle s'atténuera au fur et à mesure du développement de l'enfant car celui-ci aura de plus en plus de capacités pour appréhender le monde et réguler lui-même ses états.

⁴⁰ MAZET, P., STORELU S. *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Ed Masson, 2^{ème} éd, 1993, p.19.

⁴¹ WINNICOTT D., *La relation parent-nourrisson*, Petite bibliothèque Payot, 2011, p.56.

Concernant le développement de l'enfant à proprement parler, l'environnement aura différentes influences. A la naissance, le nourrisson vit dans un état de « non-intégration primaire »⁴², c'est-à-dire qu'il n'aurait pas conscience de lui. Le Soi et le non-Soi seraient indistincts, l'enfant ne se reconnaîtrait pas dans son corps et ne reconnaîtrait pas son corps. Ainsi il est envahi de sensations, qu'il ne perçoit pas tant qu'il n'a pas de représentation de lui. Sur le plan moteur, le nourrisson est limité, sa motricité est impulsive, incoordonnée et réflexe. Sa régulation tonique volontaire est pauvre, sa musculature axiale hypotonique, à l'inverse des fléchisseurs des membres.

L'environnement va avoir un rôle, entre autre, dans le développement psychique du nourrisson. La manière dont on va s'occuper de lui, le porter, le bercer, jouer avec lui, être en relation, va permettre à l'enfant d'élaborer et de prendre conscience de son existence, de son Soi, de son corps et de ses limites corporelles. Il pourra également mettre du sens sur ce qu'il ressent, étayé par ce que son entourage comprend de ce qu'il fait. Ceci limitera son envahissement par les sensations, car elles seront perçues puis représentées. Pour Winnicott⁴³, tout ceci se réalise au travers de 3 fonctions que joue l'environnement pour le nourrisson :

Le Holding : c'est la façon dont l'enfant est porté. Il semble que le nouveau-né est d'emblée dans ce besoin vital d'être enveloppé, contenu, maintenu. Si le portage est contenant et pratiqué de façon régulière, il va faire fonction de pare-excitation aux angoisses du nourrisson et va lui procurer un sentiment continu d'exister. Le holding, lorsqu'il est adapté, favorise ce que Winnicott appelle le « processus d'intégration »; c'est le fait que le nourrisson vive son corps comme une unité. Le dialogue tonico-émotionnel, décrit par De Ajuriaguerra, est particulièrement à l'œuvre dans le portage, du fait de la proximité et du contact. Ce dialogue participe à la contenance que le portage peut amener. Ce dialogue a également valeur de communication et peut permettre à l'adulte de s'ajuster à l'état de l'enfant tout en l'aidant à le moduler.

Le handling : c'est la manière dont le nourrisson est soigné, mobilisé, traité. Plus les soins sont donnés sur un mode empathique, plus ils sont riches d'échange d'affects,

⁴² WINNICOTT D., *La relation parent-nourrisson*, Petite bibliothèque Payot, 2011, p.45.

⁴³ GOLSE B., *Le développement affectif et cognitif du jeune enfant*, Ed Elsevier Masson, 5^{ième} éd, 2015, p 65-79.

d'intersubjectivité, et plus ceux-ci vont être constructifs pour le nourrisson et favoriser ce que Winnicott appelle « la personnalisation ».

L'object presenting qui est le mode de présentation de l'objet au nourrisson, c'est la manière dont « l'environnement présente la réalité extérieure au nourrisson »⁴⁴. Ce concept permet l'édification des premières relations objectales et va aboutir à la capacité d'utiliser l'objet. Plus clairement, la manière dont le sujet va présenter un jouet au bébé, en le secouant, ou en le déposant tout doucement dans ses mains, va plus ou moins donner envie à l'enfant de se saisir de l'objet, de le manipuler....

Le processus d'intégration consiste à se reconnaître au travers de son propre corps, c'est localiser son Soi dans son corps. Il aboutit à l'intégration de soi comme d'une unité. Il est favorisé par la manière dont l'enfant est porté car ces instants contenant vont le rassembler.

La personnalisation est le sentiment que l'on a de sa personne dans son corps. Pour Winnicott, c'est un processus où le Moi se fonde sur un Moi corporel, c'est-à-dire que les premières sensations et expériences corporelles seront des supports fondamentaux pour la naissance d'une subjectivité et d'une conscience de soi. Les soins adaptés et répétés permettent d'enclencher ce processus car ils permettent à l'enfant d'habiter son corps, de l'investir.

Pour que ces processus se déroulent, il est important que l'environnement soit disponible, sache repérer les besoins de l'enfant, les interpréter et y répondre, car dans les tout premiers temps de vie du nourrisson, celui-ci n'est pas en capacité de comprendre ce qu'il ressent. On voit aussi que ces trois fonctions de l'environnement doivent avoir deux composantes pour soutenir le développement du jeune enfant : une dimension temporelle, elles doivent être régulières et survenir au bon moment, et une dimension qualitative : elles doivent être investies par la personne qui les assure, car il est nécessaire qu'elles soient empreintes d'affects, d'empathie.

Cependant les réponses apportées par l'environnement ne sont jamais exactes, l'adaptation de l'environnement aux besoins de l'enfant n'est jamais complète. Ce

⁴⁴ GOLSE B., *Le développement affectif et cognitif du jeune enfant*, Ed Elsevier Masson, 5^{ième} éd, 2015, p 69.

décalage est tout autant nécessaire que de répondre aux besoins. Vers les six mois, lorsque l'enfant aura une représentation unifiée de l'objet, donc de soi, il pourra compenser ces décalages par la symbolisation. Ainsi ces petits manquements dans la relation vont stimuler son développement psychique et son autonomie. Ces décalages doivent être minimes pour ne pas être destructeurs, et c'est un équilibre qui peut parfois être dur à trouver pour des parents.

Ces premières expériences corporelles permettront au nourrisson d'élaborer une représentation unifiée de son corps, d'installer sa psyché dans son soma c'est-à-dire d'investir son corps, d'en différencier des parties en leur attribuant des fonctions spécifiques, d'établir ses limites corporelles avec les notions d'intérieur et d'extérieur, et d'élaborer son schéma corporel. Plus l'enfant est jeune, plus son environnement joue un rôle important dans les stimuli qu'il peut percevoir et les expériences corporelles qu'il peut vivre. Cela favorisera donc son développement, et au fur et à mesure c'est lui qui pourra solliciter ces expériences.

Il semblerait que le point fondamental dans toutes ces interactions soit l'implication des deux sujets. C'est parce que la relation est investie par chacun, parce qu'il y a un partage d'affect, parce que l'environnement du nourrisson fait preuve d'empathie à son égard, parce qu'il y a un plaisir à être ensemble que les interactions vont soutenir le développement du bébé. Ce plaisir partagé dans l'interaction va favoriser la création d'un lien affectif, d'attachement. En retour, si un lien particulier se crée, si une intersubjectivité est exprimable et partageable, alors les interactions en seront enrichies, plus continues dans le temps, plus variées. Ainsi, interactions et lien entre les parents et leur enfant sont deux concepts interdépendants et se développent simultanément. On voit bien l'incidence des soins non investis affectivement par l'adulte dans le syndrome d'hospitalisme de Spitz où les nourrissons recevant des soins sur un mode uniquement opératoire développent des symptômes.

On peut penser que le degré d'investissement de la relation aura une influence sur la capacité de l'entourage à mettre du sens et à verbaliser ce qui se passe pour l'enfant. Ce processus est illustré par la fonction alpha, conceptualisée par Bion. Pour cet auteur, les pensées précéderaient la capacité de penser, c'est-à-dire que des pensées seraient déjà présentes chez le tout petit avant même que celui-ci ne puisse les intégrer et les

traiter. Compte tenu de cette immaturité, il est nécessaire que quelqu'un se substitue à cet « appareil à penser les pensées ⁴⁵» encore inexistant dans les premiers temps de la vie de l'enfant. En effet, si cela n'est pas réalisé, le nourrisson ne contiendra que des éléments bêta, constitués de sensations et d'émotions, qui ne peuvent être ni refoulés ni utilisés pour la pensée. Le rôle principal de l'environnement est alors de transformer ces éléments impensables en éléments pensables, en élément alpha. Petit à petit, l'enfant va s'approprier le sens que son entourage met sur ce qu'il vit et ce qu'il fait : cela l'aidera à prendre conscience de ce qui se passe, à le mentaliser, le représenter, puis le symboliser. Cette fonction alpha sera, dans des conditions idéales, jouée par l'environnement pendant un certain temps, même si son incidence sera moindre au fur et à mesure du développement de l'enfant. Beaucoup plus tard, ce sera l'enfant qui fera office de fonction alpha pour lui-même.

Le lien affectif qui se développe grâce aux interactions influencera le développement moteur de l'enfant. Celui-ci évolue sous l'égide de la maturation neurologique et musculaire mais est également favorisé par le contexte affectif. Si l'environnement a confiance en l'enfant, s'il l'encourage à faire des expériences et peut le rassurer lorsqu'il y a des « accidents », alors l'enfant va plus facilement faire des expériences motrices. Pour cela il faut une sécurité affective de base, qui sera trouvée dans les figures d'attachement. Il est nécessaire que le nourrisson se sente à la fois encouragé et soutenu dans son exploration, donc en sécurité pour oser. Ce développement moteur sera également nourri par le développement sensoriel, perceptif et psychique de l'enfant en même temps qu'il les influencera.

Ainsi il apparaît que le rôle de l'environnement dans le développement est fondamental, d'autant plus que l'enfant est jeune. La qualité de l'environnement et son rôle dans l'évolution de l'enfant seront déterminés par la qualité des interactions qui pourront se créer entre le nourrisson et son entourage. Celles-ci auront des répercussions dans les domaines psychique, moteur, sensoriel, perceptif, cognitif et affectif de l'enfant. Cependant, ce rôle de l'environnement est limité par la nature même des interactions.

⁴⁵ GOLSE B., *Le développement affectif et cognitif de l'enfant*, Ed Elsevier Masson, 5^{ème} édition, 2015, p.97.

★ Interactions et développement

Le rôle que joue l'environnement du nourrisson sur son développement se situe principalement dans les interactions qu'il va pouvoir développer avec lui, comme nous l'avons vu précédemment.

Du fait de la réciprocité des interactions, elles nécessitent des compétences du côté des deux partenaires. L'enfant a, comme nous l'avons vu, « des capacités innées à répondre de manière spécifique à des situations interactives »⁴⁶ au tout début de sa vie, qui s'étofferont ensuite avec l'étayage des relations qu'il pourra vivre.

L'adulte en relation avec lui doit également faire preuve de certaines capacités, comme s'adapter au rythme du nourrisson, repérer les signes que produit l'enfant (ce qui implique une certaine sensibilité, une disponibilité et une attention) donner du sens à ces signes, les interpréter, être en « capacité de les déchiffrer »⁴⁷. Enfin le parent doit apporter une réponse adéquate aux manifestations de l'enfant.

Par ce fait, le rôle de l'environnement dans le développement de l'enfant est limité. La réciprocité induite dans l'interaction limite le rôle de l'environnement dans le développement de l'enfant en même temps qu'elle le permet. En effet, l'entourage proche peut jouer son rôle vis-à-vis de la maturation du bébé lorsque les interactions sont possibles et riches. Comme nous l'avons dit plus tôt, pour que l'interaction s'établisse, il faut que les sujets en soient capables et le souhaitent. Si par exemple l'enfant n'est pas en capacité d'entrer en relation, l'environnement ne pourra pas jouer son rôle, et inversement. Ainsi les soins portés par l'environnement « ne sont pas eux-seuls garants de la bonne santé mentale, il y a aussi des tendances innées vers l'intégration et la croissance qui sont variables d'un individu à l'autre »⁴⁸, comme par exemple lorsque l'enfant est porteur d'un handicap. Et parfois même, dans ce cas là, l'interaction entre le jeune sujet et son environnement est à l'œuvre et pourra de fait jouer sur son développement.

⁴⁶ MAZET, P., STORELU S. *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Ed Masson, 2^{ème} éd, 1993, p.19

⁴⁷ Ibid, p.20.

⁴⁸ GOLSE B., *Le développement affectif et cognitif du jeune enfant*, Ed Elsevier Masson, 5^{ième} édition, 2015, p. 67.

Léa est une petite fille de 8 mois atteinte de trisomie 21. L'une des caractéristiques prépondérantes de cette maladie est l'hypotonie. Léa au contraire se présente comme un bébé très tonique, qui se tient souvent dans des schèmes d'extension. Elle a un retard de développement mais qui pour l'instant n'est que léger au vu de sa pathologie. La mère de Léa est une maman très stimulante, qui parle à sa fille avec une voix affirmée et forte, à la prosodie chantante. C'est une maman qui elle-même se présente comme une femme dynamique, et qui investit beaucoup d'espoir dans le fait que sa fille soit très tonique. On peut penser que le comportement de la maman, sa manière d'être avec son enfant et les enjeux qu'elle met sur la tonicité de sa fille ont, parmi d'autres facteurs, influencé le développement de son enfant.

A l'image de l'interaction où les deux partenaires sont acteurs dans la relation qui se joue, le lien entre l'environnement et l'enfant peut être qualifié de lien d'interdépendance : la relation entre la mère et l'enfant « permet à la mère de fabriquer son bébé en même temps qu'elle permet au bébé de fabriquer sa mère »⁴⁹.

Ainsi pour Bernard Golse, « le développement de l'enfant – ainsi que ses troubles – se jouent, précisément, [...] à l'interface de sa part personnelle et de son entourage, soit encore à la rencontre des facteurs endogènes (son équipement neurobiologique, cognitif...) et des facteurs exogènes (les effets de rencontre avec l'environnement écologique, biologique, alimentaire et surtout relationnel) »⁵⁰. C'est le concept du modèle bio-psycho-social.

Au vu de cela, le soin psychomoteur destiné à des enfants en bas âge, doit intégrer, mise à part dans certaines situations, les parents, ou au moins un parent, compte tenu de l'étroite dépendance du développement du jeune enfant à son environnement.

Quel peut-être alors le rôle du psychomotricien dans ce type de soin ? Comment le psychomotricien peut-il se saisir de la présence d'un parent pour développer une dynamique thérapeutique ? Dans quelle mesure l'observation peut-elle jouer un rôle dans le processus thérapeutique ?

⁴⁹ BRUWIER G., *A la rencontre des bébés en souffrance*, Ed yapaka.be, N°69, 2013, p.10.

⁵⁰ GOLSE, B., « Petit enfant deviendra grand, si ces parents... », *Spirale* 2015/1 (N° 73), p.136-142.

2ème partie

Le soin psychomoteur adressé aux jeunes enfants de 0 à 30 mois dans le cadre de séances en présence de la mère

1. Objectifs généraux du soin psychomoteur

Margarita Ibanez dit que les troubles relationnels parents-enfants, dans les premières années de vie, « peuvent avoir une répercussion négative dans le développement des compétences relationnelles de l'enfant, et dans sa capacité d'établir des liens avec les adultes qui l'aident à construire la représentation interne de lui-même et des autres⁵¹». Les conséquences peuvent même s'inscrire dans le domaine cérébral, si l'on se réfère à la théorie des périodes sensibles du développement psychomoteur de Pierre Delion. D'après cet auteur, ces périodes, de 0 à 3 ans, seraient des « périodes de développement pendant laquelle l'enfant est particulièrement réceptif à l'influence de certaines expériences. Passé cette période, il devient difficile, pour la structure cérébrale considérée, de reprendre un développement normal si elle n'a pas bénéficié de ces stimulations spécifiques⁵²».

Ainsi, si l'enfant ne trouve pas dans son environnement les réponses adéquates dans la relation, s'il ne lui permet pas de vivre des expériences nécessaires à son développement, les conséquences sur son évolution seront graves, voire irrémédiables. La qualité de l'environnement semble reposer en grande partie sur le type de relation, d'interactions et de liens créés entre les proches de l'enfant et celui-ci. Dans ce contexte, les prises en charge parents-enfants en psychomotricité prennent tout leur sens. Dans le cadre de ces prises en charge, nous allons voir dans quels domaines le psychomotricien intervient, quels sont ses objectifs thérapeutiques et à qui le soin est adressé.

A. Le domaine du soin psychomoteur : entre prévention et « guérison »

Le soin psychomoteur adressé à de jeunes enfants, de 0 à 30 mois, s'inscrit dans le domaine de la prévention. La prévention serait le fait « d'agir de façon à abaisser la probabilité d'occurrence d'un évènement et limiter les conséquences humaines et

⁵¹ IBANEZ M., « La prise en charge des parents en périnatalité : éléments pour une discussion », *Spirale* 2004/1 (no 29), p. 124.

⁵² DELION P., VASSEUR R., *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Ed Erès, 2015, p.25.

sociales. En fonction de la nature de l'évènement, l'action préventive peut se situer à divers moments de son évolution : soit en intervenant sur son incidence, en amont de sa manifestation ; soit en cherchant à diminuer sa prévalence et à réduire sa durée⁵³.

Ainsi l'objectif du soin dans ce cadre serait de prévenir l'apparition de difficultés, handicaps, pathologies, qu'une d'entre elles soit déjà avérée ou pas. Même si une pathologie est diagnostiquée, compte tenu du très jeune âge des patients, il est toujours possible que d'autres apparaissent au fur et à mesure que l'enfant grandit et se développe. La nature du soin psychomoteur serait donc un accompagnement afin d'éviter l'apparition de difficultés potentielles.

Catherine Potel précise que les thérapies mère/enfant, parent/enfant « sont également à inclure tant dans le domaine curatif que dans le domaine préventif ⁵⁴». Le domaine d'intervention pourrait donc, suivant les situations, être également curatif. Cependant, cela se limite à certains cas, les situations dans lesquelles une certaine rémission/guérison est envisageable, et où le soin psychomoteur pourra jouer un rôle dans cette dernière.

Nous allons à présent voir quels sont les objectifs du soin psychomoteur auprès de jeunes enfants et à qui le soin s'adresse.

B. Objectifs d'une prise en charge psychomotrice auprès de jeunes enfants en présence de la mère

Les objectifs seront évidemment très différents en fonction de l'âge de l'enfant, de sa problématique, de sa pathologie, de la situation familiale et même de l'implication des parents. Cependant, on peut tenter de dresser deux objectifs généraux qui peuvent se retrouver dans une prise en charge psychomotrice auprès d'un jeune enfant, de 0 à 30 mois :

- surveiller et étayer le développement psychomoteur de l'enfant
- soutenir la relation mère/enfant.

⁵³ DORON R., PAROT F. *dictionnaire de psychologie*, éd PUF, 2008, p.561.

⁵⁴ POTEL C., *Être psychomotricien*, Ed ERES, 2010, p. 197-198.

Ces deux objectifs se rejoignent et sont interdépendants car à ces âges on ne peut soutenir le développement psychomoteur de l'enfant qu'en « accompagnant une parentalité en construction, parfois mise en fragilité⁵⁵ ». Le soin psychomoteur s'adresse donc principalement à l'enfant, mais par répercussion, il s'adresse aussi aux parents.

★ Soutenir le développement psychomoteur de l'enfant, être vigilant sur l'évolution de son développement.

Ici le but serait de dresser un portrait du développement psychomoteur de l'enfant, avec ses particularités, ses difficultés, ses compétences, ses acquisitions, etc. Cela permettra au psychomotricien de définir sur quels points il est nécessaire et bénéfique de soutenir le sujet, afin que son développement psychomoteur soit le plus harmonieux possible. Ce soin peut d'ailleurs porter sur les difficultés ou les facilités présentées par l'enfant, en fonction de sa problématique, de sa pathologie, et du type de relation qu'il entretient avec sa mère. Mireille Gauberti précise que l'objectif du soin psychomoteur dans ce contexte est également de « préserver les potentialités évolutives de chaque enfant en danger et en déséquilibre, [...] de limiter les impacts d'un handicap et d'éviter la rechute ou la chronicité d'une pathogénie psychomotrice ⁵⁶».

Les moyens pour répondre à ces objectifs peuvent être nombreux, et seront définis par le professionnel en fonction de la spécificité de la situation. On peut en relever quelques uns :

Concernant le contenu des séances, celles-ci se révèlent très différentes en fonction de chaque enfant et de chaque psychomotricien. Il semblerait que le jeu soit principalement utilisé, pour plusieurs raisons : il est une activité spontanée de l'enfant, et il est nécessaire qu'il trouve du plaisir et de la motivation à faire ce qu'on lui propose. Le jeu, par les interactions et le raisonnement qu'il peut impliquer, joue un rôle primordial dans le développement du bébé et de l'enfant.

⁵⁵ POTEL C., *Être psychomotricien*, Ed ERES, 2010, p. 197-198.

⁵⁶ GAUBERTI M, *Mère-enfant : à corps et à vie, analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, Ed Masson, 1993, p.89.

Dans le soin proposé à Léa, le psychomotricien alterne entre des temps de jeu, pour observer son développement psychomoteur, et des moments plus calmes de mobilisation sur le gros ballon. Ces mobilisations permettent également à Léa de se rassembler dans une posture d'enroulement, et de sentir son axe. Le travail se dirige également vers de la régulation tonique et le déliement de la charnière lombosacrée. En effet, Léa est très tonique et adopte régulièrement des postures en extension. Il semble important pour le développement des schèmes posturaux ultérieurs qu'elle puisse acquérir une meilleure régulation tonique, qu'elle puisse sentir son axe et vivre des moments de détente musculaire. On voit bien ici comment les propositions du soignant s'adaptent aux particularités de Léa : jouer avec elle permet à la fois d'établir son niveau de développement en même temps que de le soutenir, et ces moments plus calmes sur le ballon répondent à ce dernier objectif.

Le psychomotricien doit veiller à proposer des situations qui permettent à l'enfant de mettre en jeu son corps en lui procurant un certain plaisir. Ceci se fait grâce à l'activité même, mais est largement soutenu par la relation, qu'elle soit entre le psychomotricien et l'enfant ou entre le psychomotricien, l'enfant et le parent. Concernant l'enfant, ce plaisir à jouer avec son corps favorise l'investissement psychique de son corps, la personnalisation d'après Winnicott. Ainsi, le psychomotricien va « offrir un étayage à une mise en mouvement du corps, pour aller vers une construction corporelle sécurisée et une activité représentative ⁵⁷».

Concernant la **présence du psychomotricien**, celle-ci permet de nombreuses choses à l'enfant :

Il apparaît primordial que le psychomotricien soutienne le développement de l'enfant en étant en présence, en l'accompagnant dans la découverte des jeux proposés et dans ses échecs ou réussites. L'enfant, se sentant accompagné, pourra peut-être réaliser certaines choses plus en sécurité.

⁵⁷ ASTIER C., « L'approche psychomotrice du bébé au sein d'une unité de Psychopathologie périnatale », in *Thérapies psychomotrices et recherches*, N° 161/2010, p.7.

Il nous paraît tout aussi important que le psychomotricien apporte une contenance à l'enfant, par sa posture, son tonus, sa voix, ses verbalisations, sa manière de s'adresser et de communiquer avec lui. Il doit être le plus possible attentif aux éléments non verbaux, para-verbaux et verbaux qu'il renvoie. Cette contenance permet à l'enfant, idéalement, de découvrir le plus sereinement possible certaines activités et de faire certaines expériences. A la manière de l'environnement familial de l'enfant qui se doit d'être sécure pour qu'il puisse faire des acquisitions, Il est préférable que le psychomotricien offre à l'enfant (et à son parent) un cadre de soin serein, où les limites et les interdits sont définis mais où la relation empreinte d'affects étaye l'expérimentation.

Sophie est une petite fille de deux ans qui ne parle pas, et qui a commencé la prise en charge de psychomotricité en septembre. Lorsqu'elle est en séance, il est difficile pour elle de rester attentive plus de quelques minutes sur un objet, son attention est labile. Cela pouvait au début être mis sur le compte de la nouveauté que représentait ces séances, mais après plusieurs mois ou cette labilité persiste, il nous semble que Sophie a besoin d'être contenue dans le jeu.

Nous commençons alors chaque séance par un jeu sur la table. Etre assise dans la chaise, aux rebords larges, est difficile pour Sophie, qui veut s'en extirper. Mais on ne sait pas si c'est parce qu'elle se sent tenue physiquement, ou si c'est qu'elle ne veut pas de ce jeu là, ou encore qu'elle préfère être seule. Je me place en face d'elle, puis à côté d'elle. Elle se lève plusieurs fois, et je l'aide à se rasseoir en verbalisant que cela va l'aider. Petit à petit, au fur et à mesure que ce rituel se répète, Sophie reste plus longtemps à jouer assise, tenue et contenue. Lors d'une séance, je sens qu'elle est plus dispersée que d'habitude. Pour lui apporter davantage de contenance, je me place derrière elle, mes deux bras l'entourant de chaque côté : dans cette posture, elle reste beaucoup plus longtemps assise. Ainsi il semblerait que la relation qui se tisse entre nous ainsi que ma posture, ma prosodie et ma verbalisation participent à lui procurer une certaine contenance, qui l'aide à se concentrer.

★ Accompagner le parent et son enfant dans leur lien, leur relation

Geneviève Bruwier estime que « dans le champ des relations précoces, les diverses modalités de soins thérapeutiques sont animées d'un même objectif : prendre soin de la mère, du père, du bébé et du lien qui les unit afin de permettre la création et le maintien d'une relation suffisamment adéquate entre le bébé et ses parents⁵⁸ ». Pour elle, c'est même un des premiers axes thérapeutiques de « rendre possible la rencontre entre la mère et son bébé⁵⁹ ». Une des autres raisons, pour Pierre Delion, est que la récupération fonctionnelle est meilleure lorsque « l'intervention est précoce, coordonnée, intégrant les aspects physiologiques, psychologiques du bébé en relation avec ses parents⁶⁰ ».

Comme nous l'avons vu à propos des interactions et du lien entre la mère et son enfant, ces éléments ne peuvent être créés que si la mère et son bébé sont acteurs dans la relation, s'ils peuvent communiquer, se comprendre, si la mère est disponible pour son enfant, si elle met du sens sur ce qu'il fait, si le bébé est compréhensible.... Autant de facteurs qui font que le lien peut se tisser ou pas, de manière particulière, que les interactions peuvent être pauvres ou hyper-stimulantes. Dans tous les cas, un enfant présentant des difficultés est souvent associé à des parents ébranlés dans leurs capacités à assumer leurs fonctions parentales, et il est d'ailleurs difficile d'établir lequel est la conséquence de l'autre. Ainsi Mireille Gauberti dit que « prévenir des désordres psychomoteurs précoces, c'est délier les potentialités évolutives du bébé, de la mère, et de l'interaction⁶¹ ». Dans le soin psychomoteur apporté à l'enfant, la prise en compte du lien entre le parent et son enfant est donc nécessaire et constitue un deuxième axe thérapeutique.

Dans cette situation, il semble que le rôle du psychomotricien est de favoriser la rencontre entre le parent et son enfant, avec les particularités de chacun. Parfois cela est

⁵⁸ BRUWIER G., *A la rencontre des bébés en souffrance*, Ed yapaka.be, N°69, 2013, p.45.

⁵⁹ Ibid, p.45.

⁶⁰ DELION P., VASSEUR R., *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Ed Erès, 2015, p.34.

⁶¹ GAUBERTI M., *Mère-enfant : à corps et à vie, analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, Ed Masson, 1993, p.92.

possible, parfois cela ne l'est pas mais l'important est de mettre en œuvre un soin qui le permettra. Pour ce faire, le psychomotricien peut soutenir la parentalité de l'adulte, le revaloriser ou le conforter dans sa capacité à assumer ses fonctions parentales (lorsque tel est le cas), ou encore valoriser l'enfant, ce qui valorisera indirectement le parent dans son rôle parental et facilitera la rencontre entre lui et son enfant. Les temps psychomoteurs peuvent également être des temps de pause, des temps privilégiés pour les interactions mère-enfant. Parfois le cadre de la séance et la présence du professionnel permettent au parent de trouver une certaine sûreté, de trouver des ressources. Les séances de psychomotricité peuvent alors être vécues comme des temps particuliers, des temps où les parents déposent leurs difficultés.

Lucas vient avec sa maman en séance de psychomotricité car il présente un léger retard de développement psychomoteur. Mais ces séances sont surtout des instants dont se saisit la maman pour avoir des temps privilégiés d'interaction avec lui. En effet, elle est aussi la mère d'un garçon plus âgé. Ce dernier a développé un comportement très jaloux et exclusif envers sa mère : lorsqu'il est avec elle, il n'accepte pas qu'elle puisse être aussi avec son jeune frère. Malgré les aménagements que Madame a mis en place, elle ne peut que rarement vivre des moments d'interactions paisibles avec Lucas, hormis pendant ces séances de psychomotricité. Ainsi ses séances ont pour but de permettre ces moments d'interactions paisibles. Madame verbalise que ces moments « lui font du bien », qu'elle apprécie de pouvoir être avec son fils « tranquillement ».

Les objectifs de la prise en charge en psychomotricité s'adressent donc principalement à l'enfant. Cependant, il est nécessaire d'inclure au moins un parent dans la prise en charge. *Comment procéder alors ? Dans quelle mesure le psychomotricien peut-il dispenser un soin à l'enfant en intégrant les parents ?*

Nous considérerons que l'observation sera essentiellement ce qui permettra d'inclure les parents dans cette prise en charge. En effet, c'est une composante au cœur du dispositif thérapeutique parent/enfant, où chacun observe l'autre et est observé. Nous allons voir comment le psychomotricien peut s'en saisir pour répondre aux deux objectifs de soins énoncés précédemment.

2. L'observation au cœur du dispositif thérapeutique parent/enfant

A. Ce que l'observation apporte au psychomotricien

★ Par rapport à l'enfant

Concernant **les bilans et l'observation libre** : l'observation libre et/ou la passation d'un bilan standardisé, comme le Brunet-Lézine révisé, permet au professionnel d'établir un profil du développement psychomoteur de l'enfant, d'envisager la particularité de son développement psychomoteur, de définir s'il y a un retard de développement ou non et d'établir des axes de travail.

De manière générale, Les observations libres du soignant tout au long de la prise en soin nourriront sa vision de l'enfant, vision qui sera de plus en plus pertinente si le regard clinique du professionnel est toujours en éveil. De ce fait il pourra ajuster son soin au plus près des problématiques du patient. Cette observation clinique toujours à l'œuvre permet également de repérer d'éventuelles problématiques naissantes.

Un équilibre est à trouver entre des observations strictement libres et l'utilisation rigide d'une grille de lecture, car comme le précise Mireille Gauberti, cette dernière utilisation de la grille réduirait « la perception de la psychomotricité de l'enfant et de la relation corporelle en induisant un type de décodage qui néglige la richesse et la particularité de chaque interaction ⁶²». Même si une grille d'observation est utilisée, il est important que le soignant ait toujours son sens clinique, subjectif, au travail.

Au tout début de la prise en charge, lorsque nous voyons Héloïse pour les premières fois, nous pensons qu'il n'est pas nécessaire voire indésirable de lui faire passer un bilan standardisé. Cela risquerait de majorer l'anxiété de sa mère par rapport à son développement. De plus, et nous l'apprendrons plus tard, un bilan psychomoteur sera réalisé par un autre professionnel dans le cadre d'une enquête.

⁶² GAUBERTI M, *Mère-enfant : à corps et à vie, analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, Ed Masson, 1993, p.74.

Cependant, par nos observations, nous avons pu « évaluer » le niveau de développement d'Héloïse. Si l'on s'en réfère au bilan du Brunet Lézine révisé, elle peut réaliser les items correspondant à son âge. Ainsi il semblerait qu'elle ne présente pas de retard significatif, malgré son histoire médicale.

Cet exemple montre bien comment les observations plus libres de l'enfant, en ayant en tête une certaine grille de lecture, peuvent permettre au soignant d'avoir une vision du développement de l'enfant, de savoir quels domaines surveiller et quels autres sont à soutenir.

Ce qui paraît important que le psychomotricien observe concerne :

Le type d'activités de l'enfant, qui renseigne sur son niveau de développement cognitif et les notions qu'il est en train d'élaborer (permanence de l'objet, symbolisation,...).

Sa manière d'utiliser les objets. Mireille Gauberti définit 3 modes d'approche de l'objet qui doivent être évalués : l'approche physique, cognitive et affective (est-ce que l'objet est un support à la relation).

La qualité de la motricité fine et globale de l'enfant, qui donne des indices sur son investissement corporel, sa structuration temporo-spatiale et l'élaboration de son schéma corporel. Cela permet de déceler d'éventuels troubles moteurs, quelle qu'en soit l'origine. Il est essentiel de repérer si les activités motrices sont affectées, investies, et si elles sont utilisées par l'enfant pour entrer en relation : c'est à ce moment là que l'acquisition motrice peut être considérée comme psychomotrice.

Le niveau de régulation tonique, à travers le portage et dans les différents jeux auxquels l'enfant s'adonne. Grâce à cette observation le psychomotricien pourra évaluer la maturation neurologique du tonus, le lier avec la qualité de la motricité de l'enfant, et définir si le tonus est un support à la relation et au partage d'affects chez le sujet.

Le contrôle postural. Observer le cheminement de l'enfant pour parvenir à une posture montre, d'après Mireille Gauberti, l'intégration et la liaison des éprouvés des espaces corporels, signe d'une représentation du corps unifié.

L'exploration de son corps et de l'espace de la salle, qui donnent des indices sur la structuration temporo-spatiale de l'enfant, l'élaboration de son schéma corporel et sa sécurité affective.

Les signes verbaux, infra verbaux et non verbaux que présente l'enfant, dans « ses comportements et [...] ses interactions avec d'autres corps⁶³ », que ce soit le corps du soignant ou le corps du parent. Il paraît important que le psychomotricien repère l'expressivité du corps de l'enfant en relation, son engagement corporel dans l'interaction et son ajustement, car ce sont autant d'indices qui permettent d'appréhender sa psychomotricité. En effet, Pour Mireille Gauberti, la psychomotricité de l'enfant est abordée par le « déchiffrement de la composante expressionnelle et relationnelle du corps ⁶⁴». En repérant les signes de communications du jeune enfant, le soignant peut établir ses caractéristiques relationnelles et émettre des hypothèses sur les types d'interactions qui se créent entre lui et son parent présent. Enfin le soignant, en tenant compte de ce qu'exprime l'enfant, peut s'ajuster à sa présence.

Concernant la communication et les comportements de l'enfant en relation, il est nécessaire que le psychomotricien repère les particularités du sujet lorsqu'il est en relation avec sa mère et lorsqu'il est en relation avec lui.

*** Par rapport aux interactions entre la mère et son enfant :**

La présence de la mère aux séances de psychomotricité permet au psychomotricien d'observer ses comportements et réponses face aux sollicitations de son enfant. Ainsi « cette observation sera l'outil d'évaluation de la qualité des interactions mère-enfant, donc de la capacité des parents à exercer leur parentalité ⁶⁵». Cela aidera le psychomotricien à diriger son soin, savoir comment procéder pour soutenir le parent dans ses fonctions parentales et soutenir les interactions parent-enfant.

⁶³ POTEL C., *Être psychomotricien*, Ed ERES, 2010, p285-286.

⁶⁴ GAUBERTI M, *Mère-enfant : à corps et à vie, analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, Ed Masson, 1993, p.74.

⁶⁵ BESSON J. et al., « Petit parent deviendra grand », *Spirale* 2004/1 (no 29), p. 26.

On peut penser qu'il est fondamental que le psychomotricien prête attention aux attitudes de la mère, à sa manière d'être en relation avec son enfant et avec le soignant, à son implication corporelle et sa communication dans les interactions. Ceci non pas pour émettre un jugement, mais pour comprendre le type d'interaction qui peut s'établir entre elle et son enfant. En effet « les attitudes de la mère ne prennent sens que par les réactions du nourrisson qui les ont induites et qu'elles suscitent en retour chez lui. C'est dans ce va et vient de la psychomotricité de la mère à celle de l'enfant, dans la circularité des émotions que se comprend la particularité interactionnelle⁶⁶ ». D'après ce même auteur, voici ce qui apparaît important que le psychomotricien observe dans le comportement de la mère en relation :

Les modes de portage et toutes les conduites d'accompagnement (le porter dans ses bras, l'accompagner pour marcher,...) Pour le portage, Mireille Gauberti répertorie 3 points importants à repérer : la sécurité apportée à l'enfant, le degré de liberté exploratrice qui lui est permis et la conjonction des canaux sensoriels impliqués dans la relation. Le psychomotricien devra par exemple se demander si le portage s'effectue sur un mode purement opératoire, sans qu'il soit investi d'affects. Ou bien si la mère prend son enfant sans attendre qu'il le demande ?

Son expressivité : si le visage de la mère est amimique, qu'elle réagit peu lorsque son enfant la sollicite ou qu'elle exprime des émotions variées.

Les attitudes et la gestuelle de la mère lors de la situation d'échange et de réassurance : cela permet de saisir l'ampleur de l'adaptation maternelle aux compétences et désirs du nourrisson. Le soignant peut repérer par exemple si la mère a des gestes brusques alors que l'enfant est tout près, si elle le serre trop fort lorsqu'il a besoin d'être rassuré....

Sa régulation tonique dans les situations d'interaction avec l'enfant. Repérer la présence ou l'absence d'un accordage tonique réciproque et d'un dialogue tonico-émotionnel semble fondamental, de même qu'observer le sens que la mère met sur les

⁶⁶ GAUBERTI M, *Mère-enfant : à corps et à vie, analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, Ed Masson, 1993, p.80.

différents états toniques de son enfant, en se référant au vécu de ses propres états toniques.

La manière dont la mère présente l'environnement à son enfant : c'est le concept d'object presenting de Winnicott. Cela est à relier avec la manière qu'a l'enfant de jouer avec un objet, et sa manière d'explorer la salle, car la manière dont on lui présente les jouets va influencer en partie la manière dont il joue avec.

J'assiste lors d'une séance à la manière particulière dont une maman propose des jeux à son enfant, Marius : elle le voit regarder le gros ballon, et lui dit alors de jouer avec. Voyant que son enfant ne réagit pas, elle lui prend la main et lui fait toucher le ballon en réitérant sa demande. Puis quelques secondes après, elle lui dit d'aller s'asseoir, pensant certainement que c'est ce dont il a besoin ou envie. Elle se dirige vers la petite table et sort une chaise. Son fils ne bouge pas, elle va le chercher et l'assoit sur la chaise. Puis elle lui donne une petite voiture en lui disant de jouer avec. Durant tout ce temps, Marius semble perdu, il a les yeux dans le vague, un sourire fixé sur son visage, comme absent de toute volonté, éparpillé. Il ne jouera avec aucun jeu que sa maman lui propose cette fois ci.

On voit bien ici comment la manière qu'a cette maman de présenter les objets à Marius ne favorise pas le jeu. En effet, elle lui propose plusieurs objets rapidement, sans laisser le temps à son enfant de les appréhender et de choisir s'il veut jouer avec. Cette maman semble vouloir que son enfant joue, davantage pour se rassurer que dans une réelle volonté que son enfant fasse l'expérience du jeu. De plus, on peut penser que les objets qu'elle lui propose ne présentent pas de réel intérêt pour Marius : s'asseoir sur une chaise, ce qu'elle lui propose d'abord avant d'y associer un objet n'a pas d'aspect ludique au premier abord.

Réactions de la mère face aux passages à l'acte de l'enfant (sur les objets, sur son corps, sur le corps des autres). Ces observations sont à nuancer car du fait de la présence du psychomotricien certaines mères peuvent penser que ce n'est pas à elle de poser les limites dans le cadre de la séance. Il est intéressant de repérer si en présence

d'un tiers soignant certaines mères recadrent leur enfant, ou si la présence du soignant les déstabilise dans leur fonction parentale.

Comment la mère se situe face à l'ambivalence dépendance/autonomie : est-ce qu'elle facilite ou limite les conduites individualisantes de son enfant ? Par exemple, des manipulations sélectives de l'enfant du corps de sa mère peuvent signaler la fragilité du processus d'individuation.

Les messages verbaux, infra-verbaux et non verbaux adressés à l'enfant pour accompagner et soutenir sa gestuelle, parler de la situation, commenter ce qu'il fait.

Ainsi ce dispositif thérapeutique impliquant le bébé et sa mère permet au psychomotricien d'observer l'enfant et son parent. L'observation aurait alors comme objectif « de déchiffrer la psychomotricité du nourrisson [...] et d'autre part de d'analyser les qualités d'interactions pour extraire les éventuelles distorsions de la dynamique interactive ⁶⁷ ». Le rôle du psychomotricien serait donc de repérer les modalités et difficultés d'interactions et de pouvoir les expliquer, leur donner du sens en fonction du développement de l'enfant de ses particularités, dans l'optique globale que les interactions puissent se dérouler au mieux.

Durant ces observations, le psychomotricien ne doit pas rester neutre, en retrait. Au contraire son implication corporelle dans la situation est inhérente à ce travail d'observation : « les tensions émotionnelles que suscitent en lui les tensions de la relation corporelle⁶⁸ » sont autant d'indices d'éventuels dysfonctionnements de l'interaction. Ainsi le soignant met des mots sur ce qu'il ressent de la relation, et s'implique lui-même corporellement par « des modifications spatiales d'éloignement et rapprochement, par des variations de posture et de tonicité, par des propositions d'objets⁶⁹ ».

Il est également important de repérer des signes cliniques et d'éviter d'y mettre trop d'interprétation. Pour Régine Prat, « l'observation consiste à revenir aux données de

⁶⁷ GAUBERTI M, *Mère-enfant : à corps et à vie, analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, Ed Masson, 1993, p.73.

⁶⁸ Ibid, p.74.

⁶⁹ Ibid, p.75.

base, sans interprétation⁷⁰ ». Cependant, du fait de l'implication corporelle du psychomotricien dans cette observation, il paraît difficile de n'en extraire que des faits objectifs. Cette subjectivité est même nécessaire et c'est un des éléments qui permettront au soignant d'émettre des hypothèses. L'important serait donc davantage d'avoir conscience de son interprétation et de rester plausible dans celle-ci.

B. Ce que l'observation apporte à la mère

La position d'observatrice va permettre à la maman d'avoir un certain recul, de pouvoir observer son enfant. Cela pourra venir nourrir certaines de ses réflexions, et, guidée par le soignant, elle pourra voir son enfant autrement. Ainsi ce dispositif thérapeutique permettrait à la mère :

D'observer son enfant en relation avec un psychomotricien. Il semble important que le soignant souligne, par ses comportements ou des verbalisations, le plaisir qui est partagé dans la relation. Ainsi la mère pourra constater que des **situations de plaisir partagé** peuvent naître entre son enfant et quelqu'un d'autre. Pour Mireille Gauberti, les séances de psychomotricité doivent constituer un « capital de plaisir et de possibles rencontres dont l'enfant et la mère ou les parents peuvent rencontrer des traces, peut-être plus tard ⁷¹».

Ainsi en observant une situation de plaisir partagé entre le psychomotricien et l'enfant, la mère peut se conforter dans le fait que son enfant soit capable de s'inscrire dans des relations agréables, qui peuvent susciter du plaisir, et que le soignant peut éprouver de la joie à être en relation avec lui.

Ce faisant, observer son enfant peut être valorisant pour le parent, et il peut se sentir rassuré dans l'exercice de ses fonctions parentales. C'est d'ailleurs un des moyens par lequel le psychomotricien pourra soutenir la fonction parentale de l'adulte présent en

⁷⁰ PRAT R., « L'observation régulière d'un bébé dans sa famille selon la méthode d'Esther Bick : principes et applications », in Michel Dugnat, *Observer un bébé avec attention ?*, ERES « Hors collection », 2001, p. 41.

⁷¹ GAUBERTI M, *Mère-enfant : à corps et à vie, analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, Ed Masson, 1993, p.96.

séance. Si la mère observe un enfant compétent, ayant du plaisir à être en relation, faisant rire le soignant, etc, elle pourra être « fière » de cet enfant et se sentir valorisée.

Réfléchir sur sa propre manière d'être et de faire avec son enfant. Cette position d'observateur peut permettre au parent de voir son enfant interagir avec un soignant et de prendre du recul par rapport à ce qu'il vit avec lui. Avec comme point de comparaison la manière d'être du psychomotricien, le parent pourra, peut-être plus facilement, réfléchir sur sa propre manière d'interagir avec son enfant. Cela peut permettre au parent de réfléchir sur les réactions de son enfant, comment le psychomotricien est avec lui, comment est son enfant. Cette réflexion aura certainement des répercussions sur son lien et sa relation avec son enfant. Cependant, il ne faut pas que la manière de faire du soignant soit considérée par le parent comme la bonne et la seule manière de faire, ce qui sera dépendant de la relation qui s'est instaurée entre le parent et le psychomotricien et de la position du soignant.

Observer l'enfant réel. Le bébé réel, comme son nom l'indique, est le bébé vivant, celui de la réalité, qui naît et se développe. Il y a toujours un décalage entre le bébé imaginaire (celui idéalisé, imaginé) décrit par Lebovici et le bébé réel, même en l'absence de handicaps ou de difficultés de l'enfant. Il y a donc une fracture entre ces deux représentations. Cette fracture peut être acceptée, comblée par la mère au fur et à mesure du développement de son enfant et de son investissement du rôle maternel. D'après Catherine Potel, « de la rencontre entre fantasme et réalité, dépend la qualité de l'accordage mère/enfant, parent/enfant ⁷² ». Il est donc nécessaire que les parents adoptent cet enfant réel qui est le leur.

Parfois cette fracture entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel est impossible à combler, elle est donc source de souffrance. L'enfant réel est toujours vécu comme un enfant décevant. Pris dans cette dynamique négative, les parents ne retiendront de leur enfant que ses difficultés ou manquements. Leurs interactions en seront impactées, de même que le développement de l'enfant. Le rôle du psychomotricien dans ce cas-là serait de réorganiser « des tensions dynamiques afin qu'elles ne s'épuisent plus dans des

⁷² POTEL C., *Être psychomotricien*, Ed Erès, 2010, p. 197.

affrontements négatifs ⁷³». Une des manières de le faire peut être de verbaliser et mettre en valeur les aspects positifs, dynamiques de l'enfant, pour que le parent puisse les entendre puis les voir. Il semble également nécessaire que le psychomotricien ne se centre pas que sur les difficultés de l'enfant mais puisse le considérer différemment dans sa manière d'être, de jouer avec lui, et dans ce qu'on peut lui proposer ou lui demander de faire. Ici le comportement du psychomotricien, la verbalisation de ce que l'enfant fait, la manière de considérer l'enfant dans la relation et sa manière d'en parler au parent sera fondamentale et permettra de se démarquer de la dynamique négative instaurée. Cela peut venir modifier, étayer la représentation du parent de son enfant et va participer à combler la fracture entre enfant réel et enfant imaginaire. Tout cela aura des effets sur les interactions mère-enfant. Ce travail ne peut se faire que dans la situation où le parent voit son enfant.

Soutenu par le psychomotricien, réfléchir sur le sens de ce que l'enfant fait et pourquoi. Etayée par le psychomotricien, la mère pourra se demander comment comprendre tel signe, comment interpréter les comportements de son enfant, ou être rassurée dans ses interprétations. Ce travail favorise la compréhension mutuelle du parent et de son enfant, ainsi que leur ajustement réciproque.

Lors d'une séance de psychomotricité, Léa est installée sur le tapis, nous sommes tous les quatre, sa mère, le psychomotricien et moi, la stagiaire, autour d'elle. Après un long moment de travail autour des retournements, Léa, en face de sa maman, s'agite, les membres en extension et hypertoniques, en la fixant du regard. A cet instant le psychomotricien demande à la mère ce que signifie pour elle les comportements de sa fille. Elle répond un peu hésitante que c'est peut-être parce qu'elle a besoin d'être dans ses bras. Le soignant lui conseille alors de le faire : Léa se calme en quelques secondes.

La maman, ici, a pu mettre du sens sur les comportements de sa fille, étayée et soutenue par le psychomotricien. Cela vient également soutenir sa

⁷³ GAUBERTI M, *Mère-enfant : à corps et à vie, analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, Ed Masson, 1993, p. 92.

fonction maternelle, car son interprétation était adaptée, Léa s'est calmée dans ses bras, c'était donc ce dont elle avait besoin. Elle a ainsi pu prendre conscience, conscientiser quelque chose qu'elle fait certainement au quotidien de manière automatique : interpréter les signes de son enfant et y répondre.

C. Ce que l'observation apporte à l'enfant

Parfois, la mère peut se livrer au soignant, en lui exprimant ses angoisses, ses peurs, ses difficultés. L'enfant, même tout petit, comprend, ne serait-ce que par la prosodie, le contenu affectif des propos. Certaines tensions que l'enfant peut éprouver dans la relation, sans se les représenter, peuvent ainsi être mises à jour, exprimées.

La première fois que je vois Marius et sa maman en séance, la mère s'effondre en pleurs lorsqu'elle évoque ses inquiétudes pour son fils, sa culpabilité, et sa dépression. Marius, qui jusque là jouait tout seul à distance des adultes, se stoppe net dans son jeu lorsqu'il entend sa mère pleurer, et la regarde fixement. Alors que sa mère considère qu'il ne comprend pas ce qu'on lui dit, j'ai au contraire l'impression que Marius n'a rien perdu de ce qu'elle vient de dire. On peut penser que les paroles de sa mère ainsi que son état émotionnel viennent mettre du sens sur une tension qu'il avait sentie chez elle.

Ainsi on voit bien comment le fait que le parent puisse observer son enfant est au cœur du soin psychomoteur. Le dispositif thérapeutique en présence de la mère et de l'enfant laisse donc une place centrale à l'observation, qui peut être un élément important du processus thérapeutique. Mais il semble important que le psychomotricien accompagne cette observation par sa verbalisation.

3. De l'observation à la verbalisation

A. Verbaliser une situation vécue par tous

Ce dispositif thérapeutique où chacun est observateur permet de vivre des expériences communes, partageables. Ce que le psychomotricien verbalise de la situation a donc un sens pour tous, car cela fait référence à une situation que le soignant, l'enfant et la mère ont vécu ensemble. Ainsi la situation d'observation dans ce dispositif thérapeutique concourt à ce que la verbalisation du psychomotricien touche tous les sujets participant à la séance.

Les impacts et objectifs de la verbalisation du psychomotricien sont différents en fonction de la mère et de l'enfant.

B. Le rôle de la verbalisation du psychomotricien pour l'enfant

Le psychomotricien peut, dans la relation avec l'enfant, verbaliser ce qu'il fait, ce qu'il ressent de ses états. Pour Mireille Gauberti, les paroles du psychomotricien permettent de « mettre en mot ce qui se vit et ce qui se voit de ces gestes, ce que peut ressentir le nourrisson ⁷⁴». Il n'est pas question d'interpréter l'activité fantasmatique qui sous-tend les gestes de l'enfant, mais de décrire ce qu'il fait, ou de décrire ce qu'on ressent en étant en relation avec lui, ou encore de décrire son état. On peut considérer que le psychomotricien, lorsqu'il met du sens sur ce que fait l'enfant, joue le rôle d'une fonction alpha, à la différence que le psychomotricien s'inscrit dans un cadre de soin et que ses paroles répondent à des objectifs thérapeutiques dont il a conscience. Cette parole du soignant est importante même lorsque le jeune enfant n'a pas accès au langage : Bernard Golse⁷⁵ cite des travaux qui ont montrés que dès le plus jeune âge les bébés sont très sensibles à la prosodie du langage et en saisissent le contenu affectif.

⁷⁴ GAUBERTI M, *Mère-enfant : à corps et à vie, analyse et thérapie psychomotrice des interactions précoces*, éd Masson, 1993, p. 85.

⁷⁵ GOLSE B., « Les psychothérapies conjointes parent(s)/enfant d'inspiration psychanalytique », *Revue française de psychosomatique* 2012/1 (n° 41), p.107-117.

Pour l'enfant, entendre des paroles qui expliquent ce qu'il fait ou son état va participer à l'émergence de sa conscience de Soi et de sa subjectivité. Dans le discours du psychomotricien, il sera reconnu comme un sujet avec des émotions, des comportements et une motricité particulière et cela participera à ce qu'il prenne conscience de son existence. Bernard Golse précise que cette verbalisation concernant leur « contenu de pensée (sensations, perceptions, affects et émotions ; proto-fantasmes et proto-symboles) [permet] de les aider à mener à bien un véritable travail de clarification identificatoire primaire grâce à la présence bien vivante du thérapeute ⁷⁶». Ainsi, les paroles que le psychomotricien énonce sur l'enfant participeront au développement de celui-ci sur le plan psychique et subjectif, elle a donc une portée thérapeutique dans le cadre des prises en soins psychomotrices de jeunes enfants.

C. Le rôle de la verbalisation du psychomotricien pour la mère

Puisque les mères sont présentes aux séances de psychomotricité, elles entendent les paroles du psychomotricien, et cela les impacte. Cependant, la mère et l'enfant n'entendront pas de la même manière la parole du psychomotricien, et la portée de ces mots sera donc différente. Le psychomotricien doit en avoir conscience afin que sa verbalisation ait l'impact thérapeutique désiré.

Ainsi, les paroles du psychomotricien peuvent amener le parent à voir son enfant différemment. Parfois, les difficultés sont telles qu'elles peuvent conduire le parent, par exemple, à ne voir son enfant que sous des aspects négatifs, signe de la difficulté qu'il éprouve à l'accepter tel qu'il est, à accepter l'enfant réel. Le verbe du psychomotricien peut jouer le rôle de tiers dans ces moments-là, et présenter l'enfant sous un autre jour. Cette parole du soignant peut valoriser l'enfant en soulignant ses capacités. Ainsi il ne sera plus considéré par le psychomotricien qu'au travers de ses difficultés, mais envisagé comme un sujet, avec ses particularités. Ce regard du psychomotricien posé sur l'enfant, qui se traduit dans sa parole, sera entendu par la mère, et cela pourra venir modifier ou étayer son propre regard sur son enfant. Laporte précise ainsi sur ce sujet que si le professionnel « désigne l'enfant autrement que par sa différence et qu'il le hisse au

⁷⁶ GOLSE B., « Les psychothérapies conjointes parent(s)/enfant d'inspiration psychanalytique », *Revue française de psychosomatique* 2012/1 (n° 41), p.113.

niveau de n'importe quel autre humain, le parent se sent moins seul et regarde son enfant autrement⁷⁷ ». Ce rôle du tiers exercé par le thérapeute, ce « regard porté du dehors vers le dedans⁷⁸ », comme le nomme Mireille Gauberti, permet d'instaurer un tiers espace « impulsant une réorganisation des tensions dynamiques [existantes entre la mère et l'enfant] afin qu'elles ne s'épuisent plus dans des affrontements négatifs⁷⁹».

Si le psychomotricien peut valoriser l'enfant, il ne doit pas pour autant effacer les difficultés de ce dernier, car elles sont l'objet du soin. Il semble important que le soignant les prenne en compte et les partage avec le parent. Mais la différence est qu'il peut distiller ces difficultés, les annoncer une à une, et ainsi atténuer une réalité difficilement acceptable pour le parent. Verbaliser les difficultés de l'enfant, tout en les relativisant selon les cas, permet au parent d'en prendre un peu plus conscience, ce qui peut ensuite, étayé par le psychomotricien, l'aider à réfléchir sur ces difficultés.

La verbalisation est donc un outil thérapeutique qui remplit des fonctions différentes pour le bébé et pour la mère. Par le fait que le psychomotricien pose des mots sur une expérience commune, observable par tous, cette verbalisation aura une portée sur chacun.

Mais ce dispositif thérapeutique où l'observation et la verbalisation qui en découle sont au cœur du processus de soin présente aussi des limites. Du fait de l'ambivalence de l'observation, si on observe c'est qu'on peut être observé, les comportements de chacun peuvent être modifiés par le regard de l'autre : inhibition, vouloir faire faire à son enfant, agitation,..... Une autre limite se trouve dans la situation où l'enfant n'évolue pas, voire régresse : confronter un parent à cette stagnation en le faisant assister aux séances peut être délétère, pour leurs interactions et pour le soin. La verbalisation est également soumise à des limites, car des paroles peuvent être mal interprétées par le parent, ou encore le psychomotricien, par la relation qu'il a avec le parent, peut ne pas se sentir à l'aise pour mettre un mot sur certaines choses.

⁷⁷ LAPORTE D., « Parents et professionnels ensemble pour accompagner un enfant différent », in *les relations parents-professionnels*, Ed Eres, Contraste n° 37, 2013, p.40.

⁷⁸ GAUBERTI M, *Mère-enfant : à corps et à vie, analyse et thérapie psychomotrice des interactions précoces*, éd Masson, 1993, p. 92.

⁷⁹ Ibid, p92.

Il semblerait que si l'observation réciproque des sujets présents dans les séances peut soutenir la portée thérapeutique du soin psychomoteur, elle peut aussi l'entraver dans certaines situations. De même, la parole du psychomotricien aura une portée plus ou moins thérapeutique en fonction de la relation nouée entre le soignant, le parent et l'enfant.

On peut donc se poser les questions suivantes :

Dans quelle mesure le psychomotricien peut-il, par sa présence et sa posture, désamorcer les difficultés que peut susciter une situation d'observation.

Comment le psychomotricien, par sa présence et son attitude, peut-il favoriser la création d'une alliance thérapeutique avec la mère et son enfant, et éviter les écueils de l'observation et de la verbalisation ?

3ème partie

La posture et la présence du
psychomotricien dans une situation de prise
en charge mère-enfant

1. L'alliance thérapeutique

A. Définition

L'alliance thérapeutique serait, d'après Jacques Corraze, la collaboration active du patient dans sa thérapie. Elle place le psychomotricien et le patient comme deux partenaires dans la prise en soin. Le devenir du soin dépend de la qualité de l'alliance thérapeutique, car elle est le signe d'une « base de sécurité permettant le déploiement de la pensée⁸⁰ ». Pour Elizabeth Zetzel, l'alliance thérapeutique est essentielle à l'efficacité de n'importe quelle thérapie, et c'est elle qui déterminera l'efficacité du soin plutôt que les outils thérapeutiques utilisés⁸¹. Cette alliance thérapeutique, si elle se crée, se crée progressivement, influencée par de multiples facteurs. Parmi ceux-ci on peut citer la relation entre le psychomotricien et le patient, la communication entre eux deux, la capacité d'empathie du soignant, la sécurité qu'il fournit au patient grâce à sa position et au cadre thérapeutique qu'il élabore. Dans le cadre des prises en soins mère-enfant, on peut se demander si l'alliance thérapeutique s'élargit à la mère.

B. Quelle alliance thérapeutique dans le cadre d'une prise en charge mère-enfant ?

Il est nécessaire que l'alliance thérapeutique se crée entre le psychomotricien et l'enfant, car il est l'objet premier du soin. Marie Guarrigue Abral dit à ce propos que « très souvent le bébé est notre premier allié. Il est le sujet, l'acteur participant à sa propre histoire, celui qui nous interpelle et nous questionne par sa détresse et sa vulnérabilité, celui à qui on s'adresse en présence de ses parents⁸² ». En effet, le bébé peut être à l'initiative de la relation, comme il a été énoncé précédemment, et il est un partenaire actif dans l'établissement de l'alliance thérapeutique.

⁸⁰ GARRIGUE ABGRAL M., Pour une éthique de l'accueil des bébés et de leurs parents, Ed Erès, 2015, p.285.

⁸¹ ZETZEL E., "The analytic situation". *Psychoanalysis in America*, New York : International Universities Press, In R.E. Litman (ed.), 1966, p.86-106. In BIOY A., BACHELART M., « L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques », *Perspectives Psy* 2010/4 (Vol. 49), p. 319.

⁸² Ibid, p.285.

Cependant, du fait de l'implication de l'environnement familial de l'enfant dans son développement, il est nécessaire d'obtenir une collaboration de ses proches. Dans le cadre des prises en soins mère-enfant, il semble donc fondamental que l'alliance thérapeutique se crée également entre le psychomotricien et la mère, car faisant partie de l'environnement familial de son enfant, elle sera un élément indispensable dans son évolution.

Du fait que l'enfant et la mère sont deux sujets bien distincts, on peut se demander comment l'alliance thérapeutique se crée pour chacun, si cela nécessite une position et une attitude différente du psychomotricien pour chacun d'eux.

2. Une attitude bienveillante et non jugeante

A. La bienveillance

La bienveillance est une notion complexe qui ne trouve pas de définition univoque. En nous basant sur plusieurs définitions de celle-ci, nous essayerons d'établir une définition plus personnelle.

Pour Michel Terestchenko, la bienveillance c'est « la disposition affective d'une volonté qui vise le bien et le bonheur d'autrui »⁸³.

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (=ANESM) énonce que « La notion de bienveillance [...] se situe au niveau de l'intention des professionnels. Elle consiste à aborder l'autre, le plus fragile, avec une attitude positive et avec le souci de faire le bien pour lui⁸⁴ ».

Le dictionnaire Larousse définit la bienveillance ainsi : « Disposition d'esprit inclinant à la compréhension, à l'indulgence envers autrui⁸⁵ ».

Ainsi la bienveillance serait une disposition d'esprit qui viserait à vouloir et à faire le bien pour autrui. Elle serait donc immatérielle, et relèverait de l'intention du soignant, de sa volonté à être tel quel. Cependant, on voit bien que ce concept est complexe, car les définitions que nous avons vues précédemment sont générales voire imprécises : comment définir le bien que l'on peut apporter à autrui ? De quel bonheur parle-t-on ? Doit-on toujours être indulgent en tant que psychomotricien, face à un patient ? Considérer le patient comme systématiquement « plus fragile » ne risque-t-il pas de majorer les enjeux de pouvoir et de supériorité qu'un soignant peut introduire dans une relation de soin ?

La définition que Blustein⁸⁶ donne du care peut nous aider à clarifier cette notion de bienveillance. Pour lui, la dimension dispositionnelle, l'investissement émotionnel du thérapeute dans le soin est une partie fondamentale de l'acte de soin.

⁸³ <http://michel-terestchenko.blogspot.fr/2010/04/pour-une-ethique-de-la-bienveillance.html>

⁸⁴ http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bienveillance.pdf

⁸⁵ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bienveillance/9179>

Ainsi la bienveillance serait l'intention et l'investissement émotionnel que le sujet implique dans le soin qu'il procure. Ce serait l'état d'esprit du soignant qui viserait à favoriser le bien-être d'autrui, et à le considérer comme un sujet. Comme nous l'avons dit, vouloir et faire le bien pour autrui peut amener à des comportements déviants/délétères si le soignant définit de son point de vue ce qui est bon pour l'autre. Ainsi, l'attitude bienveillante nécessite que le thérapeute se décentre de ses valeurs, idées et opinions pour pouvoir offrir au patient un soin adapté. Pour ce faire, il semble important que le soignant soit dans une attitude non jugeante par rapport aux comportements du ou des patients. Il nous paraît également nécessaire que le soignant considère chaque patient dans sa particularité et sa subjectivité.

Il est préférable que le psychomotricien ait une attitude bienveillante envers tous les participants du soin, c'est-à-dire à l'égard de l'enfant et de sa mère. Nous allons exposer les caractéristiques de cette bienveillance du psychomotricien en différenciant celle envers l'enfant et celle envers la mère. Mais cette décomposition ne traduit pas la réalité.

B. La bienveillance du psychomotricien à l'égard de l'enfant

Cette bienveillance du psychomotricien envers l'enfant peut s'exprimer à différents niveaux :

★ Aborder l'enfant dans sa spécificité

Il est important que le soignant considère l'enfant de manière complexe, globale, et ne soit pas aveuglé par ses symptômes, aussi bruyants soient-ils. C'est au psychomotricien qu'il appartient d'appréhender l'enfant sous tous ses aspects et de ne pas le considérer qu'à travers son handicap ou trouble. Ainsi il semble que « le professionnel a un rôle à jouer dans la relation qu'il instaure avec l'enfant et ses parents : [en désignant] l'enfant autrement que par sa différence et [en le hissant] au

⁸⁶ TRONTO J C., « Du care », *Revue du MAUSS*, 2008/2 n° 32, p. 254.

niveau de n'importe quel autre humain ⁸⁷». Cela permet à l'enfant de se sentir considéré et perçu comme un sujet à part entière. Cela favorise l'installation d'une relation de confiance, de respect entre le jeune enfant et le soignant. Enfin, cela apporte une dynamique positive au soin et au soignant, ce qui peut l'aider dans l'exercice de son soin.

Considérer l'enfant dans sa spécificité, c'est aussi **s'adapter à lui**. Il paraît en effet fondamental que le psychomotricien s'adapte à l'enfant, à ses particularités, ses capacités, ses limites. Cela favorise la relation de confiance entre le thérapeute et l'enfant, mais également entre le thérapeute et la mère. Cet ajustement implique que le thérapeute soit à l'écoute de l'enfant et dans une certaine disponibilité. Le psychomotricien doit être particulièrement attentif à ce qu'exprime l'enfant, en particulier si celui-ci n'a pas de langage. Il doit être attentif à sa communication non verbale, sa prosodie, et/ou sa communication verbale pour pouvoir se situer par rapport à lui et adapter sa relation.

C'est la première fois que je vois Lucas en séance. Il est sur le tapis avec sa mère et le psychomotricien, je me tiens un peu en retrait car je sens que ma présence pourrait être source d'angoisse pour lui. Lucas me regarde beaucoup, puis vers le milieu de la séance, alors qu'un jeu de ballon s'est instauré entre lui sa mère et le psychomotricien, il m'envoie la balle. J'ai senti qu'il avait intentionnellement poussé le ballon vers moi et que cela constituait une amorce de relation. Cependant, je ne pouvais pas encore aller m'asseoir à côté de lui car j'étais encore quelqu'un de trop nouveau.

A travers cet exemple on voit bien combien il est important que le psychomotricien adapte sa distance et sa relation avec l'enfant. Lucas avait apparemment besoin d'amorcer un début de jeu avec moi pour apprendre à me connaître, mais cela ne suffisait pas pour que la relation s'établisse et que je puisse jouer avec lui. J'ai respecté cette temporalité de Lucas, et on peut penser que cela favorisera notre relation future.

⁸⁷ LAPORTE D., « Parents et professionnels ensemble pour accompagner un enfant différent », in *les relations parents-professionnels*, Ed Eres, Contraste n° 37, 2013, p.40.

S'adapter à l'enfant c'est aussi respecter ses limites. On peut considérer que cette position bienveillante alimentera la relation de confiance entre le soignant et l'enfant et entre le soignant et sa mère.

La maman de Théo vient au CMPPE pour des séances de psychomotricité afin d'apprendre des techniques de massages. Elle masse spontanément son bébé de 8 mois, mais veut se perfectionner et être supervisée par un professionnel.

Théo est installé sur un petit matelas à eau. Sa maman le masse, et le psychomotricien montre sur un poupon les gestes à effectuer. Avant de commencer le massage, le psychomotricien demande à Théo s'il accepte de se faire masser. Théo sourit suite à la demande du psychomotricien, émet un son dont la prosodie fait penser à un acquiescement. Le psychomotricien verbalise alors son accord. Pendant cet échange, la maman est très attentive à ce qui se passe, et sourit en regardant interagir le psychomotricien avec son enfant.

L'ajustement s'opère également dans la distance que le psychomotricien instaure entre l'enfant et lui. Il est fondamental que cette distance soit modulée par le soignant en fonction de ce qu'il ressent de l'état de l'enfant et de ce qu'il comprend de ce qu'exprime l'enfant. Par exemple, le psychomotricien peut accepter que l'enfant retourne voir sa mère après un long moment de jeu avec lui ou après un moment difficile.

Hugo est un enfant qui marche sur la pointe des pieds. Le psychomotricien lui propose donc de jouer dans une posture à genoux qui favorise la bonne position de la colonne vertébrale et du bassin pour la marche bipède. Ce travail est coûteux pour Hugo, et il l'exprime en criant. Après quelques minutes de jeu où Hugo s'est montré coopératif, il exprime son mécontentement en s'agitant et en pleurant. Il se tourne vers sa mère, et lui tend les bras. Le psychomotricien le porte alors pour qu'il puisse se rassembler dans les bras de sa mère, en lui expliquant qu'il lui a demandé de faire beaucoup d'efforts et qu'il a besoin d'être avec elle.

★ La posture du thérapeute

De par sa formation et sa profession, Il est nécessaire que le psychomotricien **élabore des hypothèses** sur ce que l'enfant vit, sur ce qui serait bénéfique pour lui afin d'apporter une cohérence et une qualité dans son soin. Mais les hypothèses ne sont que des suppositions, et même si le psychomotricien axe sa thérapie sur celles-ci, il doit garder en tête qu'elles n'ont pas valeur de vérité. Ainsi le soignant doit être prêt à remettre en question son travail et ses hypothèses en fonction de ce que livre l'enfant et de l'avancée de la thérapie. Pour ce faire il doit toujours avoir son sens clinique au travail. Cette posture du thérapeute permet d'avoir un soin le plus thérapeutique possible, car il tend à être au plus près des problématiques de l'enfant. De plus, cela implique que le psychomotricien se décentre : il n'applique pas son soin en fonction d'une idée personnelle et rigide de ce qui serait bénéfique pour l'enfant, mais sa définition de ce qui serait thérapeutique pour le sujet se base sur ce que l'enfant apporte en séance.

Dans cette idée de décentrement, il est important que **le thérapeute n'ait pas d'idée fixe de comment l'enfant doit être, ou de ce qu'il doit devenir**. La résolution des symptômes est un but dans certaines prises en soin et le psychomotricien peut avoir une idée de ce que sera l'enfant quand les symptômes ne s'exprimeront plus. Mais cela concerne les symptômes. Il paraît beaucoup plus dommageable pour l'enfant que le psychomotricien ait une conception stricte de comment doit communiquer un enfant, comment il doit jouer, se comporter, et qu'il essaye de lui inculquer. Mireille Gauberti dit, par exemple, que le soignant ne doit pas apprendre à l'enfant à réagir et à communiquer selon son idée. Elle précise que la posture du psychomotricien doit être d'être « à l'écoute inconditionnelle des expressions de l'enfant pour ne pas lui apprendre un mode de communication qu'il ne s'approprierait pas, mais pour saisir sa particularité humaine afin de l'étoffer, de la rendre plus cohérente, plus stable, et plus signifiante⁸⁸ ». Le psychomotricien doit donc laisser la liberté à l'enfant d'évoluer comme il l'entend.

⁸⁸ GAUBERTI M, *Mère-enfant : à corps et à vie, analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, Ed Masson, 1993, p.91.

Enfin, pour être bienveillant, il semble nécessaire que le psychomotricien se garde de **juger l'enfant**. Le soignant doit s'abstenir « de toute prise de parti (jugement de valeur, expression de sympathie ou d'antipathie.).⁸⁹» envers les propos ou comportements de l'enfant. Ce dernier se sentira ainsi respecté et la relation qu'il pourra élaborer avec le soignant sera marquée par le respect mutuel.

Cette attitude et cette posture bienveillante du psychomotricien favoriseront l'émergence d'une relation empreinte de confiance et de respect entre le soignant et l'enfant. Cela facilitera la création de l'alliance thérapeutique entre ces deux sujets, et l'enfant se sentira suffisamment en sécurité et contenu pour pouvoir livrer des éléments sur lesquels le psychomotricien pourra mettre du sens et des mots. Cette attitude du psychomotricien envers l'enfant aura également une répercussion sur le parent, qui sera témoin de cette bienveillance du psychomotricien envers son enfant. Cela aura donc un impact sur la relation et l'alliance thérapeutique entre le psychomotricien et la mère.

C. La bienveillance du psychomotricien à l'égard du parent

On peut considérer qu'il est tout aussi important que le psychomotricien adopte cette attitude bienveillante envers la mère, même si elle n'est pas l'objet premier du soin. La posture du psychomotricien envers le parent sera similaire à celle envers l'enfant, comme nous allons le voir.

★ Aborder la mère dans sa spécificité

En premier lieu, il nous semble important que le psychomotricien soit **tolérant envers la mère en ce qui concerne l'exercice de sa parentalité**. En effet, le soignant doit garder à l'esprit que « *les avatars de la parentalité sont nombreux*⁹⁰ ». Il doit donc, dans une certaine mesure, être tolérant quand aux manières d'être du parent envers son enfant, à ses manières d'exercer sa parentalité, sauf si celles-ci sont maltraitantes.

⁸⁹ DORON R., PAROT F. *dictionnaire de psychologie*, éd PUF, 2008, p.486.

⁹⁰ BEN SOUSSAN P., « S'il vous plaît, dessine-moi un parent... », *Spirale* 2004/1 (no 29), p. 3.

Considérer la mère dans sa spécificité c'est également s'adapter à ses particularités. En tant que psychomotricien, il est important, lorsqu'on travaille sur la parentalité, de ne pas avoir en tête un type d'interaction idéal, une norme vers laquelle on va faire tendre toutes les familles qu'on rencontre. Ici il est important que le psychomotricien s'adapte à toutes les caractéristiques relationnelles, toutes les dynamiques familiales, sans forcément chercher à « corriger » ce qu'elles ont d'atypiques, dans la mesure où cette originalité n'est pas délétère pour le développement de l'enfant.

★ Ne pas juger la mère

Dans le cadre des prises en charge mère-enfant, on peut penser que l'absence de jugement du psychomotricien concerne le jeune enfant mais aussi son parent. Florian Ben Soussan à ce propos précise qu'« accueillir un parent, c'est l'écouter, échanger, partager ses mots sans jamais le juger sur ses positions, sur ses choix⁹¹ ».

Cette absence de jugement concerne également le **parti-pris du psychomotricien concernant l'étiologie des troubles présentés par l'enfant** : considérer systématiquement les symptômes de l'enfant comme des conséquences des dysfonctionnements des parents semble être une position délicate à tenir dans le cadre de prise en charge mère-enfant. Bernard Golse écrit à ce propos que « si l'on s'occupe d'un enfant en pensant que toutes ces difficultés découlent automatiquement des perturbations du fonctionnement de ses parents, non seulement c'est faux (les perturbations parentales n'étant qu'un élément parmi d'autres du modèle polyfactoriel), mais encore, même si cela était juste, cela compromettrait toute possibilité d'alliance thérapeutique avec les parents⁹² ». On peut donc faire l'hypothèse qu'adopter un point de vue systémique, considérer les symptômes comme le résultat d'une dynamique constituée de plusieurs éléments, permettra au psychomotricien d'avoir une vision plus nuancée de la responsabilité des parents dans la problématique de leur enfant. De plus, cela le protégera d'un jugement qu'il pourrait émettre à leur égard, et favorisera l'alliance thérapeutique car le psychomotricien adoptera une position plus respectueuse vis-à-vis de la responsabilité

⁹¹BEN SOUSSAN F., « Accueillir un parent », *Spirale* 2015/3 (N° 75), p.90.

⁹² GOLSE, B., « Petit enfant deviendra grand, si ces parents... », *Spirale* 2015/1 (N° 73), p.138.

des parents. On pourrait même penser, dans une certaine mesure, qu'adopter cette position peut être bénéfique lorsque la responsabilité d'un parent est reconnue dans l'étiologie d'un symptôme.

Cette position non jugeante peut-être difficile à tenir car elle demande au psychomotricien de sans cesse remettre en question ses préjugés, ses opinions, et de s'astreindre à repérer ce qui est fonctionnant chez le parent et l'enfant, même quand ceux-ci ne présentent, à priori, que des dysfonctionnements.

Noah est un jeune enfant qui vient au CMPPE pour un retard de développement psychomoteur. Il vient d'une famille considérée comme carencée. Lorsque nous venons chercher Noah en salle d'attente, il est avec sa mère. Celle-ci s'adresse à lui d'une voix forte, que je trouve presque agressive, et le dévalorise. Sa mère ne participe pas aux séances. Lorsque nous sommes dans la salle, Noah est d'abord très éparpillé, puis se calme petit à petit. Je joue avec lui, je sens qu'il aime jouer et trouve beaucoup de plaisir à être en interaction. C'est un petit garçon qui me semble être très en demande de relation, très ouvert à l'autre et aux échanges.

Au vu de l'attitude de la mère envers son fils, j'ai eu le premier réflexe de me dire qu'il était « dommageable » que cet enfant, si avide d'interactions, ait une mère qui ne semble pas pouvoir instaurer de relations sereines avec lui. Mais après avoir de nouveau réfléchi à cette situation, j'ai pu saisir combien cette pensée était empreinte de jugement et de préjugés envers cette mère. La situation est telle qu'elle est, et il ne m'appartient pas de juger si elle est dommageable ou pas pour l'enfant, mais plutôt de partir de ce qu'est la situation pour la faire évoluer en faveur de l'enfant. De plus, cette maman a certainement dû être confrontée à des soignants qui ont exprimés un jugement plus ou moins stigmatisant à l'égard de son comportement, et on peut penser que reproduire cela ne favorisera pas l'alliance thérapeutique avec cette maman.

Pour que l'alliance thérapeutique avec le parent puisse avoir une chance de s'opérer, il est fondamental que le psychomotricien soit dans cette disposition d'esprit non jugeante. Cela permettra au parent et à l'enfant de se sentir en confiance, et

davantage de choses se livreront au psychomotricien. On peut également penser que le parent, se sentant en confiance et non jugé, ne jugera pas en retour les faits et gestes du soignant. Il semblerait donc qu'un des moyens de désamorcer les écueils de cette situation d'observation se trouve dans cette disposition d'esprit du psychomotricien.

3. La position du psychomotricien

La bienveillance implique également une réflexion du soignant sur son rôle, sa position. Il se doit de laisser une place à chacun dans le soin, afin de ne pas se substituer à la mère, et de ne pas se positionner comme détenteur d'un savoir qui disqualifie le parent, voire l'enfant.

A. Ne pas se substituer aux parents

Il est fondamental que le psychomotricien laisse une place au parent lors des séances de psychomotricité et les inclue dans le soin. Alain Bruel considère que ce nouveau regard sur les parents et la parentalité pourra favoriser l'alliance thérapeutique⁹³, car cela réintroduit les parents dans leurs fonctions parentales.

★ Impliquer les parents dans le processus thérapeutique

Ce n'est pas parce qu'une mère assiste aux séances de psychomotricité qu'elle est impliquée dans le soin de son enfant. Certes le simple fait qu'elle soit présente l'inclut dans le soin, mais il est bénéfique que le professionnel, dans son positionnement, montre au parent qu'il le considère comme jouant un rôle primordial dans le soin. Cela repositionne l'adulte dans son rôle de parent. Laporte considère que « l'attitude des professionnels peut aider les parents de manière significative à condition [...] d'impliquer les parents en leur expliquant que l'enfant va avoir besoin d'eux et qu'ils restent des parents⁹⁴ ». Si les impliquer dans le soin de l'enfant les conforte dans leur place parentale et signifie que le psychomotricien les considère comme tel, il est cependant nécessaire que le soignant modère son discours : il n'est pas question de laisser les parents devenir soignants ou encore de majorer leur responsabilité.

⁹³ BRUEL, A., « Réponses pour restaurer le lien familial », in Alain Bruel et al., *De la parenté à la parentalité*, Eres « Maison des droits des enfants et des jeunes », 2001, p.51-68.

⁹⁴ LAPORTE D., « Parents et professionnels ensemble pour accompagner un enfant différent », in *les relations parents-professionnels*, Ed Eres, Contraste n° 37, 2013, p.33.

★ Considérer les paroles du parent sur son enfant

Bien souvent, les parents sont les personnes qui s'inquiètent en premier pour leur enfant. Parfois, ce sont des parents très lucides et de fins observateurs qui livrent au soignant des éléments précieux pour sa prise en charge. Une maman témoigne sur ce sujet: « Les difficultés d'Alice, nous les vivons tous les jours, toutes les heures [...]. Il ne se passe pas un instant où nous n'y soyons pas confrontés. Nous sommes les plus grands spécialistes de difficultés d'Alice⁹⁵ ». Ainsi, d'après Bernard Golse, le soignant ne doit pas disqualifier le discours des parents sur leur enfant, et prendre en considération cette parole tout en sachant l'orienter si certaines choses peuvent desservir la relation avec l'enfant⁹⁶. Si les parents sont considérés par le psychomotricien et qu'il entend leurs paroles, ils se sentiront accueillis et respectés dans leur position parentale, ce qui favorisera l'alliance thérapeutique.

Prendre en compte le discours des parents nécessite aussi de se positionner par rapport à eux d'une certaine manière. Pour Bernard Golse⁹⁷ certains soignants peuvent être considérés et se considérer comme des experts, apportant une réponse de spécialiste à un problème. Hors cette position disqualifie les parents et ne leur laisse aucune place dans le dispositif et le processus thérapeutique.

Favoriser la mise en mots et la mise en sens du parent sur ce que fait son enfant peut également être considéré comme une manière par le psychomotricien de prendre en compte la parole du parent. Si ce dernier se sent assez en confiance avec le soignant, qu'il est persuadé de sa bienveillance, il se sentira suffisamment à l'aise et soutenu pour pouvoir s'exprimer. Le soignant quand à lui ne doit pas toujours exprimer ses propres hypothèses, car du fait de sa professionnalité cela mettra un terme à la réflexion. Bien sûr dans certains cas il est nécessaire que le psychomotricien exprime son avis, mais il est parfois plus bénéfique de laisser le parent élaborer un avis personnel. C'est au psychomotricien de juger quand cela est nécessaire.

⁹⁵ JACQUILLAT N., « Mettre les parents au cœur du dispositif de soin », in *les relations parents-professionnels*, Ed Eres, Contraste n° 37, 2013, p.28.

⁹⁶ GOLSE, B., « Petit enfant deviendra grand, si ces parents... », *Spirale* 2015/1 (N° 73), p.136-142.

⁹⁷ Ibid, p.141.

★ Repérer les points positifs dans la relation

Alain Bruel dit que pour restaurer le lien familial, une des manières serait de « remplacer une approche traditionnellement identifiée à la découverte des manques par une attention renouvelée concernant les potentialités positives des usagers⁹⁸ ». Dans le cadre des prises en charges psychomotrices mère-enfant, l'objectif du soin serait « de distinguer dans la forme propre de la relation mère (père) – bébé ce qui sera à l'origine de leurs propres points d'appui pour trouver des solutions aux dysfonctionnements⁹⁹ ». Repérer ces points positifs, que ce soit ceux de la dynamique mère-enfant, ou bien les qualités du parent et de l'enfant, permet au psychomotricien de remarquer les éléments fonctionnels sur lesquels il pourra s'appuyer pour mener le soin. Cela valorise également l'enfant et sa mère, ce qui peut redynamiser leur relation et relancer leur adhésion au soin. Enfin, cette position du psychomotricien peut favoriser l'alliance thérapeutique car la mère sent que le thérapeute les aborde d'une manière globale, en ne considérant pas uniquement leurs problèmes. Bien sûr, il n'est pas question de ne mettre en valeur que les aspects positifs, il est important que le parent ait conscience des difficultés de son enfant afin de les accompagner au mieux.

B. Réfléchir à sa position de soignant

Pour pouvoir réinscrire les parents dans leurs fonctions parentales, il semble nécessaire, en plus de tout ce qui a été dit précédemment, que le soignant réfléchisse sur sa posture de professionnel. Un soignant peut se positionner comme celui qui détient le savoir, dans une position de force et de pouvoir par rapport aux parents. Et ceux-ci peuvent placer d'eux-mêmes le soignant dans cette attitude. Pour que l'alliance thérapeutique puisse se créer sur une relation parent-professionnel plus équilibrée, il est donc primordial que le psychomotricien réfléchisse sur « ses motivations professionnelles

⁹⁸ BRUEL, A., « Réponses pour restaurer le lien familial », in Alain Bruel et al., *De la parenté à la parentalité*, Eres « Maison des droits des enfants et des jeunes », 2001, p.61.

⁹⁹ GARRET-GLOANEC N., PERNEL A-S., « Un soin psychique au bébé, ça n'existe pas ? Et pourquoi pas ! », *L'information psychiatrique* 2010/10 (Volume 86), p. 816.

cachées¹⁰⁰ » et engage une réflexion sur sa pratique et sa posture. Ce faisant, il est fondamental qu'il se détache, autant que faire se peut, de tous les enjeux de contrôle et de pouvoir qu'il peut induire dans ses relations avec les parents. Un travail de supervision ou d'analyse des pratiques peut aider le soignant à se détacher de ces enjeux.

De ce fait, on peut penser que donner des conseils sur la manière de faire avec son enfant peut participer à cette posture déséquilibrée entre le psychomotricien et le parent. Le soignant, s'il donne des conseils sans que la mère n'en ait exprimé la demande, peut se positionner comme celui qui détient le savoir. En plus de disqualifier la mère dans ses compétences parentales et de compliquer la relation entre elle et le psychomotricien, ces conseils éducatifs n'auraient en réalité que peu d'intérêt. Des auteurs considèrent que « le conseil donné à la mère, l'action à sa place, la correction d'une action... n'ont prouvé que leur inefficacité, parfois leur toxicité. [...] l'expérience a montré le danger des interventions fondées sur les conseils éducatifs et relationnels qui, au mieux, restent sans effets, glissant à la surface de l'attitude parentale, sans que rien ne puisse s'intérioriser, et, au pire, aggraver les choses, les parents vivant ces interventions comme intrusives, voire disqualifiantes¹⁰¹ ».

Ainsi, le psychomotricien peut faire part au parent de ses doutes, de ses tentatives, de ses hypothèses, en soulignant le fait que comme un parent, il cherche, fait des suppositions, essaye d'aider l'enfant, mais que ce ne sont parfois que des tentatives. Le parent peut se retrouver dans ce que dit le soignant, ce qui facilite la création d'une relation basée sur la confiance. De plus, il ne se sentira pas disqualifié par le soignant dans ses compétences parentales. Cette posture du psychomotricien viendra donc soutenir l'alliance thérapeutique entre lui et le parent.

La maman d'Emmanuelle explique au psychomotricien que son mari ne comprend pas l'intérêt de ces séances de psychomotricité. Elle a su prendre position et expliquer à son conjoint ce qu'apportaient ces séances à sa fille

¹⁰⁰ BOUTROLLE D., GRANGER C. MAILLET C., PERROTIN D., « Travail en CAMSP avec les familles dites « démunies » Quelles particularités dans les relations entre parents et professionnels ? », in *Les relations parents-professionnels*, Contraste N° 37 Enfance et handicap, 2013, p. 130

¹⁰¹ GARRET-GLOANEC N., PERNEL A-S., « Un soin psychique au bébé, ça n'existe pas ? Et pourquoi pas ! », *L'information psychiatrique* 2010/10 (Volume 86), p. 821-822.

et à elle-même. Le psychomotricien rajoute que le résultat peut ne pas être instantané ou visible immédiatement, du fait que comme les parents, les professionnels cherchent, « pataugent » parfois. La maman d'Emmanuelle acquiesce, signifiant par ce geste qu'elle a perçu cela.

Ainsi, le psychomotricien doit réfléchir à sa posture, afin d'impliquer les parents dans le soin et de ne pas se substituer à leur fonction parentale. Ce juste respect de la place de chacun favorisera le respect mutuel entre le soignant et le parent. Le fait que le psychomotricien ne se considère pas dans une position supérieure par rapport au parent favorise également la relation de confiance et l'alliance thérapeutique. Le parent saisira d'autant mieux que le soignant est là pour essayer de les aider, lui et son enfant, et qu'il essaye en fonction de ce qu'il est. Cette alliance thérapeutique, si elle se crée, permettra de contourner les écueils amenés par l'observation : psychomotricien, enfant et parent se sentiront assez en confiance et en sécurité pour pouvoir faire ou dire ce qu'ils souhaitent. Ainsi les effets d'inhibition que peut entraîner l'observation en seront amoindris. De même, la verbalisation du psychomotricien, comme les paroles du parent, seront davantage spontanées et exprimées, du fait de la relation établie.

4ème partie

Etude de cas

1. Présentation de Lucie et du cadre du soin psychomoteur

A. L'histoire de Lucie

Lucie est née prématurément fin juillet 2014. Elle a un frère jumeau. Leur père biologique est inconnu, et leur mère reste évasive à son sujet. Ce dernier ne semble pas être au courant de sa paternité, et reste absent de la vie de ses enfants.

Pendant les premiers mois qui suivent sa naissance, Lucie présente un développement normal, rapporté à sa prématurité. Fin août, à 1 mois et 1 jour, Lucie est secouée par sa mère. Celle-ci, après son acte, appelle immédiatement les secours et Lucie est hospitalisée en urgence. On lui diagnostique alors un syndrome du bébé secoué. Suite à cela, Lucie, sa mère et son frère sont hospitalisés ensemble 1 mois et demi dans une unité mère-enfant. En décembre 2014, cette hospitalisation prend fin, et Lucie est placée à la pouponnière du Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille (CDEF), qu'elle quittera en janvier 2016. Durant son séjour à la pouponnière, Lucie rencontre sa mère deux fois par semaine : le vendredi matin où elle va chez elle, et le dimanche où ce sont sa mère, son frère et son beau-père qui se déplacent à la pouponnière pour 2 heures.

Lucie est adressée en octobre 2015 au CMPPE par le CDEF pour un « trouble à expression somatique et/ou comportemental ». Il est décidé que Lucie sera suivie par le psychomotricien de l'institut une fois par semaine, en présence de sa mère, afin de surveiller et d'étayer son développement psychomoteur, et de soutenir la relation mère/enfant. Ce suivi, faisant partie d'une procédure pénale, a été imposé à Lucie et à sa maman.

Depuis qu'elle a été secouée, Lucie bénéficie de soins en kinésithérapie de manière hebdomadaire. Un peu plus d'un an après avoir été secouée, elle a une très bonne récupération des traumatismes. Sur le plan moteur, elle montre une bonne évolution malgré une discrète hémiparésie gauche. Son traumatisme ne semble pas avoir laissé de séquelle sur son développement psychoaffectif.

Tout au long de la prise en charge en psychomotricité, la procédure judiciaire évoluera. Ainsi, en décembre 2015 la mère de Lucie est jugée et condamnée à 6 mois de

prison avec sursis. En janvier 2016 une décision judiciaire officialise le retour à domicile de Lucie à temps complet. Depuis quelques temps la mère de Lucie vit avec un compagnon qui veut s'investir dans la vie de Lucie et son frère ainsi que dans leurs prises en soin. Les deux enfants l'appellent Papa.

Lucie est une enfant menue, petite, à l'équilibre précaire, qui me donne l'impression d'avoir une certaine fragilité. Malgré cela elle a un développement staturo-pondéral dans les normes. Elle est toujours bien apprêtée, que ce soit lorsqu'elle est à la pouponnière ou lorsqu'elle vit chez sa mère et son beau-père, signe de l'investissement dont elle est l'objet.

B. Le cadre de la prise en charge en psychomotricité

La prise en charge en psychomotricité débutera en décembre 2015, à raison d'une fois par semaine. Lucie a alors 1 an et 4 mois. A cette époque Lucie est encore au CDEF, et ne voit sa mère que deux fois par semaine. Les séances s'effectuent en compagnie de la maman de Lucie, nous sommes donc trois adultes à l'entourer. Son beau-père viendra participer à une séance.

En considérant la complexité de la situation, j'ai pensé, avant de commencer la prise en soin, que l'alliance thérapeutique pourrait être particulièrement compliquée à construire avec cette maman. Je m'imaginai que la moindre difficulté de Lucie pourrait réactualiser la culpabilité de sa mère, dans une logique où si sa fille ne réussit pas, c'est à cause de ce qu'elle lui a fait subir. Je pensais que cette maman avait dû se sentir accusée, à tort ou à raison, de l'état de sa fille, et devait porter une culpabilité énorme. De plus, étant donné le caractère obligatoire de ce soin, je m'imaginai que la mère pourrait être réticente. Pour moi, tous ces éléments viendraient renforcer les effets pervers de l'observation, c'est-à-dire l'inhibition, et la verbalisation du psychomotricien pourrait en être amoindrie car difficilement audible par la maman.

Nous allons voir à travers cette étude de cas comment le psychomotricien, par sa posture et son attitude, a pu créer une alliance thérapeutique avec cette maman.

2. Les prises en soin psychomotrices de Lucie

Pendant les premiers temps, Lucie reste pendant presque toutes les séances dans les bras de sa mère ou à proximité d'elle, dans une spatialité très confinée. Elle est inhibée sur le plan moteur et expressif, elle ne met pas beaucoup en jeu son corps et n'explore pas du tout la salle. C'est une petite fille qui est timide avec nous, les nouvelles personnes que nous représentons l'impressionnent. Confrontée à ce nouvel environnement elle semble éprouver le besoin d'être rassurée et proche d'une personne sécurisante, sa mère. Le psychomotricien accepte cette situation en verbalisant à Lucie le besoin qu'elle montre d'être dans les bras de sa maman. Dans ce contexte de séparation précoce mère-enfant, il aurait été néfaste et incohérent d'un point de vue clinique de séparer Lucie et sa mère. Ainsi, nous ne jouerons presque pas avec Lucie pendant ces premiers temps, nous ne verrons pas beaucoup ses aptitudes motrices en dehors des allers-retours de la salle d'attente à la salle de psychomotricité. En revanche, nous discuterons beaucoup avec la maman du développement de Lucie, de sa manière de vivre la séparation avec sa famille, de la manière des autres membres de la famille de vivre cette séparation et de la procédure judiciaire en cours. L'acte qu'a commis cette maman n'a jamais été abordé, car ce n'était pas l'objet de ce soin et parce qu'elle n'a jamais souhaité en parler. On peut imaginer que cela a participé au fait que la maman se sente à l'aise et en confiance dans cette salle.

Si Lucie reste dans les bras de sa mère, nous pouvons cependant faire des observations qui nous permettent d'appréhender la qualité de ses interactions avec sa maman, son développement relationnel, psycho-affectif, et parfois même ses aptitudes motrices. Nous avons ainsi pu voir que Lucie était une petite fille peu expressive, qui se laissait peu aller à exprimer son avis et ses envies. Cependant, dans certaines situations elle a pu s'affirmer, exprimant ainsi sa subjectivité. Dans les bras de sa mère, elle pouvait se rassembler, un accordage avait lieu entre elle et sa mère. Cette dernière offrait un portage adéquat à sa fille.

Pour moi, ces deux premières séances où Lucie et sa mère étaient « collées » l'une à l'autre étaient nécessaires, autant pour Lucie que pour sa mère. Lucie avait visiblement besoin de se rapprocher d'une de ses figures d'attachement afin d'être en sécurité. C'est sa mère qui jouait ce rôle, et on voit ici qu'elle restait une figure d'attachement pour

Lucie malgré les séparations. La maman de Lucie avait également du mal à se séparer de sa fille, car même quand Lucie s'éloignait un peu, elle ne restait jamais loin d'elle. Le psychomotricien, en respectant la temporalité de chacune d'elle, a pu se positionner de manière bienveillante. Dans cette salle, Lucie et sa mère pouvaient se retrouver, prendre le temps qu'il leur fallait pour pouvoir se détacher un peu l'une de l'autre, et cela n'amenait aucun jugement de la part du psychomotricien. En laissant Lucie être dans les bras de sa mère, le psychomotricien a pu élaborer un cadre contenant dans lequel elle se sente en sécurité. Par répercussion, cela procurait également une sécurité à la mère de Lucie, qui voyait et ressentait l'inquiétude de sa fille. On voit ici comment le soignant a su adapter la distance entre lui et Lucie. Il ne s'est pas beaucoup approché d'elle durant ces deux séances, s'ajustant ainsi à l'inquiétude qu'il avait sentie chez elle. Cela a également favorisé l'établissement d'une relation de confiance entre Lucie, sa mère et le soignant.

Lors de la troisième séance, Lucie est un peu plus rassurée et peut se déplacer dans la salle. Nous pouvons jouer tous les quatre sur le tapis. Le psychomotricien dit à la maman qu'il sent sa fille plus en confiance, car c'est la première séance où elle est moins inhibée. La mère répond qu'elle sent la même chose, et qu'elle pourrait même s'éloigner sans que cela n'inquiète Lucie. Le psychomotricien lui demande alors si elle veut essayer, et la maman acquiesce. Quand elle voit sa mère se déplacer, Lucie réagit, la suit du regard. Une fois qu'elle voit sa mère s'asseoir, elle peut de nouveau être disponible et jouer avec le psychomotricien. Le but du déplacement de la mère était, entre autre, de tester le niveau de sécurité de Lucie dans la relation avec le psychomotricien. On peut penser que cette maman a compris quelque chose de cet enjeu là. Elle a donc accepté de s'éloigner, et regarde attentivement sa fille pour voir sa réaction. Pendant cette courte séquence, j'ai pu saisir qu'une coopération entre la mère et le psychomotricien commençait à émerger : chacun portait un intérêt particulier à observer la réaction de Lucie, et chacun a concouru à créer une situation où cela était observable. J'ai donc pensé qu'une alliance thérapeutique commençait à se créer.

Beaucoup d'autres situations suivront où le psychomotricien proposera un jeu et la mère et le « papa » de Lucie s'engageront dans la proposition pour l'aider à s'y intégrer. Ainsi, lors de la dernière séance, Le psychomotricien dit à Lucie qu'il aimerait bien la voir marcher pour constater ses progrès, mais celle-ci s'y refuse. Son beau-père s'éloigne alors d'elle et trouve une stratégie pour la faire venir jusqu'à lui en marchant. Cette

coopération entre le psychomotricien et les parents est le signe d'une adhésion de ces derniers au soin. Elle est aussi la preuve qu'une dynamique propice au déroulement du soin s'instaure : les parents se sentent impliqués dans le soin, et se sentent le droit d'y participer.

Au fur et à mesure de l'avancée des séances, Lucie peut s'éloigner de plus en plus de sa mère et jouer avec le soignant ou avec moi, signe de la relation de confiance qui s'instaure. Nous pouvons partager des moments de plaisir dans le jeu, et Lucie se révèle être une petite fille très dynamique qui ose s'affirmer. A certains moments, quand Lucie est très fatiguée, elle retourne dans les bras de sa mère pendant toute la séance, sur les conseils du psychomotricien. Cette parole du psychomotricien s'adresse à Lucie, pour lui faire prendre conscience de ce qu'elle exprime, de son état. Mais ces paroles sont également dirigées vers la mère, car cela la valorise dans ses fonctions maternelles. On voit bien ici la double incidence de la verbalisation du psychomotricien. En laissant Lucie aller dans les bras de sa mère, le soignant a modulé le contenu de ses prises en soins afin de s'adapter le mieux possible à Lucie. Cela a certainement participé au fait qu'elle et sa mère se sentent en sécurité, et fassent confiance au soignant.

Parallèlement à la progressive mise en confiance de Lucie, sa maman se détend et s'apaise au fur et à mesure des séances. Pour le psychomotricien, ceci s'explique principalement par le fait qu'aucun jugement n'est émis à son égard. Les difficultés que Lucie présentent ne sont jamais expliquées au regard du traumatisme qu'elle a vécu, ou du moins pas systématiquement. On peut penser que le fait que le soignant se concentre sur l'enfant, que ce soit lui l'objet du soin premier, favorise également le fait que le parent ne se sente pas jugé par le psychomotricien.

Lors d'une séance, le psychomotricien accompagne Lucie dans une marche arrière, pour en apprécier sa qualité, étant donné que Lucie a un léger retard moteur. Lucie exprime de la réticence et montre quelques difficultés. Le psychomotricien, voyant cela, met des paroles sur ces difficultés et l'encourage en lui disant que la marche arrière est importante à savoir faire. La maman de Lucie acquiesce quand elle entend les paroles du soignant. J'ai pu constater à cet instant que le soin s'était totalement dédouané des complications potentielles que j'ai énoncées au début de cette étude de cas. Le soignant ici a mis des mots sur les difficultés de Lucie. La mère de cette dernière a écouté le

discours du psychomotricien, et loin de s'y opposer ou de montrer de l'agressivité, ce qu'elle aurait pu faire si elle s'était sentie attaquée, elle a donné son opinion par un acquiescement. Plusieurs fois, la maman de Lucie exprimera son avis par rapport à ce que dit le soignant, montrant ainsi qu'un véritable dialogue s'est engagé entre eux deux. De plus, cet échange de paroles est le signe que le soignant a su se positionner de manière égalitaire par rapport aux parents: son discours ne disqualifie pas le leur.

Au tout début d'une séance, la mère de Lucie dit qu'elle fait des cauchemars. Le psychomotricien lui demande alors pourquoi elle pense cela. Il incite de ce fait la maman à expliciter ce qui lui fait penser à un cauchemar, pour qu'elle puisse donner son interprétation de l'évènement. Le psychomotricien encourage la parole et la mise en sens du parent sur ce que fait son enfant. On peut penser que la maman de Lucie était suffisamment en confiance avec le psychomotricien pour ne pas s'être sentie attaquée par cette remarque (elle aurait pu comprendre la question comme une mise en doute de son interprétation) et pour pouvoir dérouler le fil de sa pensée librement, sans avoir l'appréhension d'être jugée.

A travers cette étude de cas, on voit combien la position du psychomotricien et sa présence sont importantes. S'il adopte une attitude non jugeante, s'adapte à chaque partenaire du soin, respecte leur temporalité et ne disqualifie pas les parents, cela favorisera la création d'une alliance thérapeutique avec l'enfant et avec les parents. De plus, cette relation thérapeutique avec le parent viendra soutenir la thérapie, car cela pourra créer une dynamique où soignant et parents sont partenaires pour permettre à l'enfant de se sentir mieux et de participer à ce qu'on lui propose.

Conclusion

Nous avons vu l'interdépendance qui existait entre l'environnement et le développement psychoaffectif, moteur et sensoriel de l'enfant, pendant les premières années de sa vie. Compte tenu de cette étroite interdépendance, on comprend l'utilité des soins préventifs, notamment ceux psychomoteurs. Dans les prises en soin psychomotrice de ces jeunes enfants, la présence d'au moins un parent peut donc être nécessaire pour que le soin ait un sens.

On peut considérer, dans ces séances de psychomotricité, que l'observation est au cœur du processus thérapeutique. En effet, l'observation sera un support de travail pour le soignant, lui permettant de repérer des particularités dans le développement psychomoteur de l'enfant et dans les interactions mère-enfant. La mère peut observer son enfant et le voir différemment, étayée par la parole du psychomotricien.

Cependant l'observation peut compliquer le soin : on peut être inhibé par le regard de l'autre, ou au contraire influencé et produire des comportements qui ne sont pas spontanés.

Il appartient donc au psychomotricien d'instaurer un cadre thérapeutique sécurisant dans lequel le parent et son enfant se sentent rassurés. Cette sécurité favorisera la création d'une relation de confiance entre le psychomotricien, la mère et son enfant. La position bienveillante et non jugeante du soignant est fondamentale pour contourner les difficultés que peut amener une situation d'observation. Pour qu'une alliance thérapeutique puisse se créer, le psychomotricien doit réfléchir à sa position de professionnel. Il ne doit pas se substituer aux parents, ce qui peut parfois être délicat, et ne pas se positionner comme le soignant détenteur du savoir. Il est davantage bénéfique qu'il essaye de faire émerger une dynamique à trois où le parent se sente impliqué dans le soin et y participe volontiers.

Réaliser ce mémoire m'a permis d'approfondir certaines notions que j'ai pu aborder lors de ma formation. En cherchant à les comprendre et à les illustrer à travers des vignettes cliniques, j'ai pu les intégrer pleinement et me les représenter plus concrètement. Ce mémoire a également été pour moi l'occasion de réfléchir à un sujet

qui me mettait en difficulté : comment être psychomotricien face au regard d'un parent ? Avec du recul, j'ai réalisé que cette difficulté n'était pas forcément une généralité, et qu'elle était très personnelle. De ce fait, la réflexion qui habite ce mémoire est surtout née de mes questionnements et peurs de future jeune professionnelle. Me pencher sur le sujet a eu le mérite de m'amener à mieux saisir les dynamiques qui pouvaient opérer entre un psychomotricien et le parent d'un enfant. Je pense que j'ai ainsi acquis davantage d'expérience et de réflexion, ce qui me permettra de me positionner face à des parents avec plus de facilité et de cohérence lors de ma future pratique professionnelle.

Bibliographie

ASTIER C., « L'approche psychomotrice du bébé au sein d'une unité de Psychopathologie périnatale », in *Thérapies psychomotrices et recherches*, N° 161/2010.

BACHOLLET M-S., MARCELLI D., « Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements », *Enfances & Psy* 2010/4 (n° 49), p. 14-19.

BALLET A., *La fonction d'étayage du psychomotricien dans la relation parent-enfant*, Mémoire de Psychomotricité, Bordeaux, 2015.

BEN SOUSSAN F., « Accueillir un parent », *Spirale* 2015/3 (N° 75), p. 89-92.

BEN SOUSSAN P., « S'il vous plaît, dessine-moi un parent... », in *La parentalité accompagnée*, *Spirale* 2004/1 (no 29), p. 33-45.

BEN SOUSSAN P., « Il n'est jamais trop tôt pour être compétent ! », in Denise Bass et al., *Mais où est donc passé l'enfant ?*, ERES « Les recherches du Grape », 2003, p. 65-74.

BESSON J., GALTIER M., ODIER, I., « Petit parent deviendra grand », In *La parentalité accompagnée*, *Spirale* 2004/1 (no 29), p. 25-32.

BIOY A., BACHELART M., « L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques », *Perspectives Psy* 2010/4 (Vol. 49), p. 317-326.

BOUTROLLE D., GRANGER C. MAILLET C., PERROTIN D., « Travail en CAMSP avec les familles dites « démunies » Quelles particularités dans les relations entre parents et professionnels ? », in *Les relations parents-professionnels*, *Contraste* N°37 Enfance et handicap, 2013, p.123-149.

BRAZELTON, T. B., « Neonatal assessment », in *The Course of Life, Vol I : Infancy and Early Childhood*, S.I greenspan et G.H POLLOCK (Eds), US Department of Health and Human Services, DHHS Publication No (ADM) 80-786, 1980.

BRUEL, A., « Réponses pour restaurer le lien familial », in Alain Bruel et al., *De la parenté à la parentalité*, Eres « Maison des droits des enfants et des jeunes », 2001, p.51-68.

- BRUWIER G., *A la rencontre des bébés en souffrance*, Ed yapaka.be, N° 69, 2013.
- DELION P., VASSEUR R., *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Ed Erès, 2015.
- DORON R., PAROT F. *dictionnaire de psychologie*, éd PUF, 2008.
- FAVEZ N., FRASCAROLO-MOUTINOT F., « La construction de l'identité de soi dans la famille », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2005/2 (no 35), p. 51-60.
- FIVAZ-DEPEURSINGE E., *et al.*, « La communication intersubjective du bébé dans le triangle primaire », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2005/2 (no 35), p. 43-50.
- GARRET-GLOANEC N., PERNEL A-S., « Un soin psychique au bébé, ça n'existe pas ? Et pourquoi pas ! », *L'information psychiatrique* 2010/10 (Volume 86), p. 813-823.
- GARRIGUE ABGRAL M., *Pour une éthique de l'accueil des bébés et de leurs parents*, Ed Erès, 2015.
- GAUBERTI M, *Mère-enfant : à corps et à vie, analyse et thérapie psychomotrice des interactions précoces*, éd Masson, 1993.
- GOLDBETER-MERINFELD, E., « Attachement et Intersubjectivité : premiers liens de l'enfant. Introduction », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2005/2 (no 35), p. 5-12.
- GOLSE B., « Adopter un enfant qui n'est plus un bébé et devenir son parent. Ce que la psychiatrie périnatale nous a appris », *in* Omblin Ozoux-Teffaine, *Enjeux de l'adoption tardive*, ERES « La vie de l'enfant », 2007 (), p. 63-93.
- GOLSE B., « Petit enfant deviendra grand, si ses parents... », *Spirale* 2015/1 (N° 73), p. 136-142.
- GOLSE B., « Les psychothérapies conjointes parent(s)/enfant d'inspiration psychanalytique », *Revue française de psychosomatique* 2012/1 (n° 41), p.107-117.

GOLSE B., *Le développement affectif et cognitif de l'enfant*, Ed Elsevier Masson, 5^{ième} édition, 2015.

<http://michel-terestchenko.blogspot.fr/2010/04/pour-une-ethique-de-la-bienveillance.html>

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bienveillance.pdf

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bienveillance/9179>

IBANEZ M., « La prise en charge des parents en périnatalité : éléments pour une discussion », *Spirale* 2004/1 (no 29), p. 123-133.

JACQUILLAT N., « Mettre les parents au cœur du dispositif de soin », in *les relations parents-professionnels*, Ed Eres, Contraste n° 37, 2013.

JARDIN F., « L'observation : premier soin pour le bébé ? », in Pierre Delion, *L'observation du bébé selon Esther Bick*, ERES « 1001 bébés », 2006 (), p. 217-230.

KARSZ, S. « « Soutien à la fonction parentale » : l'impossible neutralité », in La parentalité accompagnée, *Spirale* 2004/1 (no 29), p. 111-122.

LAPORTE D., « Parents et professionnels ensemble pour accompagner un enfant différent », in *les relations parents-professionnels*, Ed Eres, Contraste n° 37, 2013.

LEBOVICI et al., « Les consultations thérapeutiques », in Serge Lebovici, *L'arbre de vie*, ERES « À l'Aube de la vie », 2009, p. 139-152.

LEBOVICI S., *Les interactions précoces mères-enfants, un entretien avec Serge Lebovici*, CNASM, 1995.

LEBOVICI S., STOLERU S., *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces*, Ed Bayard, Paris, 2003.

MARTIN, C. « La parentalité : controverses autour d'un problème public », dans Knibiehler, Y.; Neyrand, G. (sous la direction de), *Maternité et parentalité*, Rennes, édition de l'ENSP, p.35-56.

MAZET P., *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, Développement et interactions précoces*, Ed Masson, 2003, p 105-127.

MICHEAU N. *Le psychomotricien à la rencontre du bébé prématuré et de ses parents : étayage de la parentalité*, Mémoire de Psychomotricité, Human health and pathology, Dumas, 2014.

MIERMONT, J., « Autonomisation des fonctions parentales », *Spirale* 2004/1 (no 29), p. 101-110.

NEYRAND, G., « la parentalité d'accueil », *dialogues* 2005/1 (N° 167), p. 7-16.

POTEL C., *Etre psychomotricien*, Ed ERES, 2010.

PRAT R., « L'observation régulière d'un bébé dans sa famille selon la méthode d'Esther Bick : principes et applications », in Michel Dugnat, *Observer un bébé avec attention ?*, ERES « Hors collection », 2001, p. 39-50.

RAHOUX C., SIMEONI F., « Place des parents de jeunes enfants lors des séances en psychomotricité dans un service de rééducation », *Contraste* 2008/1, p. 275-294.

SOUBIEUX M-J., SOULE M., *La psychiatrie fœtale*, Ed Puf, 2005.

STERN D., *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Ed Puf, 4ème édition, 2003.

STERN, D., « Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi ? Comment ? », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2005/2 (no 35), p. 215-222.

TREVARTHAN, C., and HUBLEY,P., Secondary intersubjectivity : Confidence, confiders and act of meaning in the first year, in A. Lock (Ed.), *Action, gesture and symbol*, New-York, Cambridge University Press.

TRONTO J C., « Du care », *Revue du MAUSS*, 2008/2 n° 32, p. 243-265.

WENDLAND J., « Compétences du nourrisson et représentations maternelles du bébé. Résultats d'une intervention précoce », *La psychiatrie de l'enfant* 2004/1 (Vol. 47), p. 183-228.

WINNICOTT D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed Payot, 1969.

WINNICOTT D.W., *La relation parent-nourrisson*, Ed petite bibliothèque Payot, Paris, 1989.

Table des matières

Remerciements	0
Sommaire.....	2
Introduction.....	3
1^{ère} partie : Des parents, des enfants ; parentalité, attachement, interactions et développement.....	6
1. <i>Un bébé qui naît, des parents qui naissent</i>	7
A. La parentalité.....	7
B. Se sentir parent.....	8
2. <i>Interactions, attachement, et intersubjectivité</i>	12
A. L'attachement	12
B. Intersubjectivité et accordage affectif	14
3. <i>Les interactions entre l'enfant et son environnement ; impacts sur le développement de l'enfant</i>	17
A. Définition de l'interaction	17
B. Du bébé passif au bébé compétent.....	18
Contextualisation.....	18
Compétences sensorielles et relationnelles	19
C. Environnement et développement.....	23
L'environnement et le développement du nourrisson.....	23
Interactions et développement	29
2^{ème} partie : Le soin psychomoteur adressé aux jeunes enfants de 0 à 30 mois dans le cadre de séances en présence de la mère	31
1. <i>Objectifs généraux du soin psychomoteur</i>	32
A. Le domaine du soin psychomoteur : entre prévention et « guérison »	32

B. Objectifs d'une prise en charge psychomotrice auprès de jeunes enfants en présence de la mère	33
Soutenir le développement psychomoteur de l'enfant, être vigilant sur l'évolution de son développement.	34
Accompagner le parent et son enfant dans leur lien, leur relation	37
2. <i>L'observation au cœur du dispositif thérapeutique parent/enfant</i>	39
A. Ce que l'observation apporte au psychomotricien	39
Par rapport à l'enfant	39
Par rapport aux interactions entre la mère et son enfant :	41
B. Ce que l'observation apporte à la mère	45
C. Ce que l'observation apporte à l'enfant	48
3. <i>De l'observation à la verbalisation</i>	49
A. Verbaliser une situation vécue par tous	49
B. Le rôle de la verbalisation du psychomotricien pour l'enfant	49
C. Le rôle de la verbalisation du psychomotricien pour la mère	50
3^{ème} partie : La posture et la présence du psychomotricien dans une situation de prise en charge mère-enfant	53
1. <i>L'alliance thérapeutique</i>	54
A. Définition	54
B. Quelle alliance thérapeutique dans le cadre d'une prise en charge mère-enfant ?	54
2. <i>Une attitude bienveillante et non jugeante</i>	56
A. La bienveillance	56
B. La bienveillance du psychomotricien à l'égard de l'enfant	57
Aborder l'enfant dans sa spécificité	57
La posture du thérapeute	60

C.	La bienveillance du psychomotricien à l'égard du parent.....	61
	Aborder la mère dans sa spécificité	61
	Ne pas juger la mère	62
3.	<i>La position du psychomotricien</i>	65
A.	Ne pas se substituer aux parents	65
	Impliquer les parents dans le processus thérapeutique	65
	Considérer les paroles du parent sur son enfant.....	66
	Repérer les points positifs dans la relation	67
B.	Réfléchir à sa position de soignant.....	67
4^{ème}	partie : Etude de cas	70
1.	<i>Présentation de Lucie et du cadre du soin psychomoteur</i>	70
A.	L'histoire de Lucie	70
B.	Le cadre de la prise en charge en psychomotricité	72
2.	<i>Les prises en soin psychomotrices de Lucie</i>	73
	Conclusion	77
	Bibliographie.....	79
	Table des matières.....	83