Tout peut commencer par un simple regard… : le regard des parents au cœur des sollicitations psychomotrices : des ressources pour soutenir la parentalité dans le développement psychomoteur

Solenn Le Boulvais

▶ **To cite this version:**

Solenn Le Boulvais. Tout peut commencer par un simple regard… : le regard des parents au cœur des sollicitations psychomotrices : des ressources pour soutenir la parentalité dans le développement psychomoteur. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02075886

HAL Id: dumas-02075886

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02075886

Submitted on 21 Mar 2019

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.

Institut de Formation en Psychomotricité

INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE DE LA PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

91 boulevard de l'Hôpital - 75013 PARIS

Tout peut commencer par un simple regard…

Le regard des parents au cœur des sollicitations psychomotrices : des ressources pour soutenir la parentalité dans le développement psychomoteur

Mémoire présenté par Solenn LE BOULVAIS

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Référent de mémoire :

Elise NOUVIAN

Session de juin 2018

« La possibilité de vivre commence dans le regard de l'autre. »[1]

Les Particules élémentaires, Michel Houellebecq

[1] HOUELLEBECQ, M. 1998, p.176

REMERCIEMENTS

Tout d'abord je souhaite remercier Elise Nouvian ma maître de mémoire qui a su répondre à mes questions, et qui m'a conseillée et guidée dans ce mémoire.

Je tiens à remercier tout particulièrement les familles des patients qui ont accepté de participer à mon étude sans oublier les psychomotriciennes et les autres professionnels de la santé qui ont contribué à la réflexion de ce projet. Je suis reconnaissante de leur soutien et du temps qu'ils ont investi, de l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail, et de leurs retours constructifs.

Je souhaite également remercier une personne qui m'a beaucoup aidée, qui est une personne ressource, Magali Grange. Je lui suis très reconnaissante de ces différentes relectures, de son regard critique qui m'a permis d'orienter et de définir les limites de mon projet.

Je souhaite remercier Clotilde Lixi qui m'a été d'une grande aide par la transmission de ses connaissances en statistiques.

Ma maître de stage, Charlotte Paumel a su m'encourager, prendre le temps de répondre à mes questions et de m'aiguiller dans cette démarche expérimentale.

Laurence Hildebert qui m'a soutenu durant cette dernière année déterminante. Sa présence quotidienne m'a guidée et permis de repousser mes limites. D'autres personnes m'ont apportée un regard extérieur constructif sur mon travail, en particulier Thibault Oliva et Kelly Mahouckou-Kikeri, je les en remercie.

Je remercie également toutes les personnes qui m'ont aidée à traduire les questionnaires de mon étude en plusieurs langues.

Pour conclure, je remercie la mère de famille qui a accepté de témoigner du parcours de soin de ses enfants spécialement afin de nourrir ma réflexion.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 7

PARTIE I : THEORIE : LE LIEN ENTRE LES PARENTS ET LA PSYCHOMOTRICITE .. 9

1. La psychomotricité et les enfants 9
   a) Le développement psychomoteur des enfants 9
   b) Influences des sollicitations psychomotrices 17
2. La psychomotricité : soutien et prévention 23
   a) Lien parents-enfant 23
   b) Relation parents-professionnel : soutien à la parentalité 28
   c) Les moyens existants pour soutenir la parentalité 31
3. Les prises en charge perçues par les parents 35
   a) Perceptions des parents concernant les soins 36
   b) Perceptions des ressources par les parents 39

PARTIE II : COMPRENDRE LA PERCEPTION ET LES BESOINS DES PARENTS : METHODOLOGIE EXPERIMENTALE 43

1. Objectifs et contexte de l'étude 43
   a) Le contexte de l'étude 43
   b) Les objectifs 45
2. Population ciblée 45
3. Protocole de recueil de données 46
   a) Déroulement de l'étude 46
   b) Méthodologie choisie et appliquée 50
4. Méthode statistique d'analyse des résultats 54
5. Ethique de l'étude 54

PARTIE III : LES RESULTATS ET L'ANALYSE DE L'ETUDE 57

1. Présentation des résultats 57
2. Analyses des résultats 65
   a) Analyse des données recueillies 65

b) Limites de l'étude 72
c) Témoignage : un apport à l'analyse et une ouverture à la réflexion 74
3. Prévention psychomotrice par transmission de ressources 77
CONCLUSION 86
BIBLIOGRAPHIE 88
ANNEXES
RESUME

INTRODUCTION

Une personne est amenée à réfléchir sur un sujet selon ses connaissances, ses observations, ses questionnements mais également parce que le sujet est en lien avec son histoire individuelle. A l'origine, je pensais orienter la réflexion de mon mémoire autour de l'observation de la triade parents-enfant-psychomotricien. Finalement, après avoir réalisé divers stages de différentes durées auprès d'enfants, d'autres aspects du travail du psychomotricien m'ont interrogée. Lors de ces différents stages, en pouponnière, en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), en service de néonatalogie, en service de pédiatrie, en Centre Médico-Psychologique (CMP) et en cabinets libéraux, j'ai constaté des difficultés de communication et de compréhension entre les psychomotriciennes et les parents d'enfants ayant un retard de développement psychomoteur. Suite à l'observation d'un monsieur qui lisait une bande dessinée dans le métro, je me suis demandée si des outils simples et compréhensibles existaient pour les parents. Ces outils m'ont semblé essentiels pour soutenir les parents dans leur rôle auprès de leur enfant et pour les aider à accompagner leur développement psychomoteur. Puis j'ai approfondi ma réflexion jusqu'à me demander comment les parents d'un enfant ayant un retard de développement psychomoteur perçoivent les ressources suggérées par le psychomotricien pour améliorer les sollicitations quotidiennes ?

Au travers de différentes expériences, je me suis rendue compte que le fait qu'un parent rencontre pour diverses raisons des difficultés à remplir son rôle parental peut avoir des conséquences sur le développement de son enfant. Ces conséquences sont différentes selon le contexte familial et l'âge de l'enfant. Néanmoins il m'est apparu indispensable de soutenir ces familles se trouvant face à des difficultés pour renforcer les possibilités de développement de l'enfant. Afin de répondre à mon interrogation principale, j'ai trouvé la démarche expérimentale la plus appropriée. J'ai pensé que personne n'était mieux placé que les parents pour tenter de trouver un élément de réponse concernant la manière dont ils perçoivent les ressources qui leurs sont suggérées. Dans cette démarche, j'ai décidé de m'adresser directement aux personnes concernées, ne perdant pas de vue que mon objectif principal était le soutien à la parentalité dans le développement psychomoteur.

Il m'a fallu affiner ma réflexion en me posant des questions plus précises et mieux ciblées pour mener mon étude. Tout d'abord je me suis intéressée au(x) lien(s) entre les sollicitations quotidiennes et le développement psychomoteur des enfants ayant un retard. Existe-t-il un lien entre les modalités des sollicitations quotidiennes et le développement

psychomoteur de l'enfant ? Le développement psychomoteur est-il influencé par les relations familiales et l'environnement ?
De fait, m'interroger sur la corrélation entre les sollicitations et le niveau de conscience des parents allait de soi : les sollicitations quotidiennes varient-elles selon le niveau de conscience des parents concernant le retard de développement psychomoteur de leur enfant ? Les sollicitations quotidiennes sont-elles moindres quand les parents ont un faible niveau de conscience concernant le retard de développement psychomoteur de leur enfant ? Inversement, les sollicitations quotidiennes sont-elles majorées quand les parents ont pleinement conscience du retard de développement psychomoteur de leur enfant ?
Il m'a aussi semblé essentiel de comprendre comment les ressources étaient perçues par les parents. Comment les parents s'approprient-ils les ressources suggérées ? Les parents s'approprient-ils davantage les ressources qu'ils percevraient comme une aide et un soutien ?
Enfin, j'ai eu besoin de savoir si les parents étaient demandeurs d'outils et de ressources accompagnateurs pour les aider et pour améliorer les sollicitations psychomotrices auprès de leur enfant au quotidien.

Je trouve important de garder à l'esprit que la tentative de réponse aux questionnements par le biais de la réalisation d'une étude ne peut être une recherche de savoirs et de vérités absolues, mais s'inscrit dans une quête de nouveaux apports aux connaissances actuelles. Même si je raisonne sous la forme de point de vue neutre et nourri d'une vision impartiale, et non d'avis ou d'opinion, je demeure néanmoins dans une réflexion où la subjectivité ne peut être inexistante. Ainsi pour tenter de répondre à ces interrogations qui m'habitent, j'ai décidé de réaliser un mémoire expérimental. Pour cela j'ai appliqué une méthodologie et un protocole d'enquête classique : j'ai utilisé des questionnaires puis analysé les réponses recueillies. Pour engager cette méthodologie, j'ai réalisé des recherches dans la littérature orientant ma réflexion et découvert l'existence d'éléments de réponses.

PARTIE I : THEORIE : LE LIEN ENTRE LES PARENTS ET LA PSYCHOMOTRICITE

Le lien entre les parents et la psychomotricité s'installe par le suivi de l'enfant en psychomotricité. La relation parents-psychomotricien se construit autour du développement psychomoteur de l'enfant.

1. La psychomotricité et les enfants

En faisant des recherches je me suis rendue compte qu'utiliser les termes de développement psychomoteur était plus approprié que l'idée d'éveil psychomoteur. L'éveil fait référence à des activités et à des jeux et non à un mécanisme, le terme éveil est par ailleurs bien plus utilisé par les éducateurs de jeunes enfants car il correspond mieux aux objectifs visés par les professionnels.

A. Bullinger décrit de manière précautionneuse les différents processus de développement de l'enfant, il affirme : « [Le bébé] est à comprendre dans sa spécificité qui se transforme avec le développement »[2].

a) Le développement psychomoteur des enfants

Différentes définitions du développement et différentes théories ont été proposées par des auteurs divers. Ceci complexifie le fait de donner une définition précise et concise du développement psychomoteur. Mon choix s'est porté sur celle de B. De Lièvre et de L. Staes :

« C'est le développement de l'enfant dans les domaines :

- de la motricité,
- de la prise de conscience de soi, de son corps,
- de la prise de conscience de son environnement spatio-temporel et des possibilités de s'y adapter. »[3].

Cette définition du développement peut être complétée par le fait que « le développement fait référence au changement. L'étude du développement consiste à comprendre la façon dont le sujet fonctionne à un âge déterminé ou à un moment de sa vie. »[4]. Le développement est opérant durant toute la durée de la vie de la personne et l'évolution se fait par les maturations, les expériences, les stimulations, les motivations, etc. Certains éléments

[2] BULLINGER, A. 2004, p.23
[3] DE LIEVRE, B., STAES, L. 2012, p.10
[4] MIERMON, A., BENOIS-MAROUANI, C., JOVER, M. 2011, p.25

rentrent en compte dans le développement psychomoteur, « le développement de l'individu résulte de l'interaction entre les différents domaines du développement. »[5].
Il faut faire la différence entre le développement et l'apprentissage, les deux étant bien évidemment liés comme l'explique L.S. Vygotsky, mais l'apprentissage précède le développement. Il est à préciser que cette distinction n'est pas présente chez tous les théoriciens.

Comme indiqué précédemment, il existe différentes théories concernant le développement de l'enfant. Prenons l'exemple des théories de J. Piaget et de S. Freud qui décrivent le développement de l'enfant s'établissant en stades successifs[6] mais qui n'ont pas fondé leurs travaux et leurs théories sur les mêmes observations. Je propose de m'appuyer sur la théorie de J. Piaget exposant les stades de développement intellectuel.

J. Piaget au travers de ses travaux s'est intéressé au développement de la connaissance chez les hommes. Il définit la connaissance comme l'action physique ou mentale que l'être humain a sur un objet. Il lie la connaissance aux capacités mentales qui évoluent avec la maturité de l'enfant et qui sont donc fonction de son âge. Deux individus ne peuvent avoir la même connaissance d'un même objet car les expériences passées et le degré de maturité rentrent en ligne de compte. J. Piaget emploie le terme de « schèmes » correspondant à la structuration de l'action, permettant l'adaptation à l'environnement, de tous comportements, de penser. Ces schèmes sont d'origine biologique et/ou mentale. Les schèmes sont caractérisés par la notion de répétition de l'action. Les schèmes d'un nourrisson sont ses réflexes qui évoluent et s'accroissent en schèmes toujours plus complexes : c'est le développement de l'enfant. Un schème est toujours en lien avec des émotions.
Pour s'adapter au mieux à l'environnement rencontré, l'enfant perçoit les informations extérieures et tente de les mettre en lien avec des schèmes déjà existants ; J. Piaget nomme ce processus « mécanisme d'assimilation ». Néanmoins les situations rencontrées ne peuvent pas toujours correspondre à un schème préexistant. Ainsi les schèmes déjà existants vont être modifiés ou de nouveaux schèmes vont s'établir, c'est le « mécanisme d'accommodation ». Cette adaptation au monde extérieur et cette réorganisation interne permettent à l'enfant d'établir une personnalité ajustée. Ce développement de l'enfant par la création de différents schèmes est sous l'influence de facteurs de causalité. La maturation biologique provenant de l'hérédité joue un rôle important complété par les stimuli environnementaux. J. Piaget différencie ces derniers en deux catégories : l'expérience directe ou physique et l'éducation. Il pense que les expériences rendant l'enfant acteur développent davantage ses connaissances et son intelligence. A cela s'ajoute les transmissions par l'environnement social de l'enfant,

[5] MIERMON, A., BENOIS-MAROUANI, C., JOVER, M. 2011, p.26
[6] THOMAS, R-M., MICHEL, C. 1994, p.5-6

transmissions ayant une valeur plus éducative. Pour rendre cohérent et efficace ces acquisitions de schèmes, en lien avec ces facteurs de causalité, un équilibre en termes de régulation et de compensation est indispensable.

J. Piaget pense que le développement se réalise de façon régulière, ponctué de points de repères établissant ainsi quatre niveaux de développement composés chacun de stades. Cette conception est chronologique mais les âges d'acquisition peuvent varier d'un individu à un autre, tout en respectant un certain ordre de la formation des structures mentales. Le premier niveau est la période sensori-motrice au cours des deux premières années de vie de l'enfant, niveau découpé en six stades. Tout au long de ces deux années l'enfant acquiert progressivement les processus d'assimilation et d'accommodation des schèmes. Des réactions circulaires se mettent en place et évoluent selon la représentation mentale qu'engendrent ces comportements réflectifs de l'enfant. Ses actions deviennent intentionnelles et volontaires. L'enfant apprend la distinction entre son propre corps et le monde extérieur, même s'il demeure égocentrique. La permanence de l'objet se développe, de même que la conception de cause à effet. L'enfant devient capable de modifier ses schèmes préexistants. Son imagination s'accroit, il est capable d'avoir des représentations mentales et de les assembler. A. Bullinger définit le premier niveau du développement par des « *interactions* entre l'organisme et le milieu qui sont objets de connaissance. »[7]. Il explique que des répétitions de coordinations sensori-motrices aboutissent à un phénomène d'habituation et permettent à l'enfant de comprendre son environnement. Il cite les travaux de J. Piaget : « Ces coordinations sensori-motrices – les schèmes sensori-moteurs de Piaget (1996) – ne sont présentent que pendant le geste, leur support étant le fonctionnement lui-même, et ne sont pas évocables au sens classique du terme. Leur expression est le geste lui-même. »[8].

Le deuxième niveau correspond à la période de pensée préopératoire, allant de deux à sept ans. Ce niveau est constitué de deux stades. La première période, de deux à cinq ans, est caractérisée par l'évolution importante du langage qui demeure égocentrique mais permet de mieux intérioriser l'environnement, l'enfant n'étant plus obligé de passer par l'expérience directe. Le langage a une fonction de socialisation très importante mais il est encore difficile pour l'enfant de comprendre l'existence d'un point de vue différent du sien. Le deuxième stade est celui de la pensée intuitive qui est une période transitoire entre dépendance de la compréhension de l'enfant à sa perception du monde et pensée logique. Cette étape permet à l'enfant de mieux comprendre les problèmes et de les résoudre, la décentralisation est en cours

[7] BULLINGER, A. 2004, p.31
[8] *Ibid.* p.32

mais l'intuition y joue un rôle important. Les capacités intellectuelles se développent progressivement.

H. Wallon a également théorisé le développement de l'enfant sous forme de stades mais de manière discontinue, le passage d'un stade à un autre se faisant par des crises et des transformations. Il explique que « les facteurs de développement biologiques et sociaux sont nécessaires, complémentaires et inséparables. […] Le facteur biologique est responsable de la maturation du système nerveux central et le facteur social gère l'interaction entre l'enfant et le milieu. »[9]. De plus, H. Wallon prend plusieurs composants en compte dans ses travaux : composants biologiques, affectifs, sociaux et culturels, l'émotion étant au premier plan.
Il a établi six stades allant de la naissance à l'adolescence. Ces stades se succèdent et sont fonctionnellement liés : ce qui est acquis à un stade se retrouve aux stades suivants. Les orientations centrifuges et centripètes des stades s'alternent. Lors du développement par ces différents stades, l'enfant acquiert le contrôle de sa motricité, les affects interviennent dans l'évolution des fonctions tonico-émotionnelles, les expériences sensori-motrices permettent l'acquisition du langage et l'intelligence. Le développement se poursuit par l'évolution de la conscience de soi, l'enfant se tourne vers le monde extérieur avant de se recentrer sur lui lors de la puberté. H. Wallon souligne l'importance des premiers échanges, par l'expression des émotions, de l'enfant avec son environnement, en premier avec sa mère. S. Lebovici affirme que le bébé « vit ses émotions avec sa mère, de façon accordée, synchronisée. »[10], lui permettant de se les représenter mentalement progressivement. Winnicott développe une partie de ses travaux sur la même conception de l'importance de l'environnement notamment la mère.

Cette explication du développement de l'être humain sous le format de stades est très controversée et n'explique pas son déroulement de manière globale. Ces modèles permettent néanmoins une classification du développement. Le travail de H. Wallon est souvent repris par les psychomotriciens car il a placé le développement par le corps comme soubassement des premières interactions entre l'enfant et son environnement.

A. Bullinger explique que la subjectivité d'un individu s'établit au cours du développement en s'appuyant sur les interactions que l'enfant entretien avec son environnement matériel et humain. Le nourrisson doit « se développer, satisfaire ses besoins physiologiques, mais il doit aussi répondre aux attentes de son milieu. »[11]. A. Bullinger porte de l'importance aux coordinations que l'enfant acquiert progressivement au cours de son développement. Ces coordinations permettent à l'enfant de se représenter son corps, les objets de son milieu et

[9] MIERMON, A., BENOIS-MAROUANI, C., JOVER, M. 2011, p.33
[10] LEBOVICI, S. 1992, p.38
[11] BULLINGER, A. 2004, p.24

l'espace. Au cours du développement les systèmes archaïques s'attenus mais demeurent toujours présents et ils laissent place à des systèmes récents et des boucles sensori-motices s'établissent progressivement. Pour que l'enfant se développe il doit trouver un équilibre sensori-tonique se composant de l'enfant en interaction avec le milieu matériel qui l'entoure mais aussi son milieu humain. Cela nourrit sa cognition et son ajustement tonique. Ces trois conditions (l'enfant dans sa dimension biologique, son environnement matériel et son entourage humain) forment ce qu'A. Bullinger nomme la niche écologique. Ce dernier met en garde les adultes composant l'entourage d'un enfant sur le principe de respecter son rythme de développement et de ne pas sauter des étapes. Il affirme que ces notions sont difficiles à transmettent aux familles.

R.A. Spitz met en avant l'importance du rôle de la figure maternelle dans le développement de l'enfant. Toutes les actions de la mère ont une influence sur son enfant. R.A. Spitz évoque des attitudes psychiques maternels, des contrôles et des facilitations que la mère offre inconsciemment à son enfant qui sont fondamentaux pour son développement. L'enfant prend appui sur les contrôles donnés par sa mère pour établir des mécanismes de défense. Cette influence maternelle permet aussi de « mouler la personnalité en plein développement de l'enfant »[12]. Néanmoins les influences d'une mère sur son enfant ne sont pas toujours favorables à son développement, R.A. Spitz utilise le terme « [d'] influence pathogène »[13]. Il est fondamental que l'enfant établisse des relations humaines pour élargir progressivement ses relations sociales.

La nécessité des interactions entre l'enfant et son entourage est reprise par différents auteurs. L.S Vygotsky explique que les interactions sociales ne sont pas les seules influences de l'environnement, elles passent également par le langage et les affects. J. Bruner établit que l'enfant acquiert des connaissances en s'appuyant sur son environnement. Il théorise également l'aspect fondamental de l'aide apportée par l'adulte au développement de l'enfant.

La théorie de J. et E. Gibson met en avant l'influence des expérimentations de l'enfant sur son développement. Ils expliquent que l'expérimentation permet à l'enfant d'avoir une meilleure perception de son environnement et d'agir dessus. Cela engendre de nouvelles capacités motrices permettant ainsi le développement moteur de l'enfant. Le développement de l'enfant serait alors lié à « l'apprentissage perceptif »[14]. Les expériences et les apprentissages

[12] SPITZ, R.A. 1965, p.95
[13] *Ibid.* p.94
[14] MIERMON, A., BENOIS-MAROUANI, C., JOVER, M. 2011, p.35

aboutissent à une diversité des stimulations. Cette théorie remet en avant l'influence des expériences variées et de l'environnement sur le développement de l'enfant.

A.L. Gesell accorde de l'importance au phénomène de maturation permettant le développement : les maturations sont préprogrammées génétiquement et suivent un ordre identique. Il pense le développement psychomoteur comme une « accumulation séquentielle de performances sur laquelle les facteurs environnementaux ont une influence minime »[15]. Il définit les lois de développement céphalo-caudal et proximo-distal. Ses travaux ont été utilisés pour la création de plusieurs tests et échelles de développement (test de Brunet-Lézine, test de développement fonctionnel moteur de Vaivre Douret) et donnent des repères aux professionnels pour l'observation du développement de l'enfant. Cependant cette approche ne permet pas de lien entre le développement et les effets précoces de l'environnement de l'enfant.

K. Lewin théorise le développement de l'enfant avec le concept d'espace vital qui correspond à un ensemble de forces et de faits, en lien avec l'état physique et psychique de l'enfant, et qui influencerait son comportement[16]. Ces faits peuvent être réels ou imaginaires, conscients ou inconscients, et ils peuvent avoir une temporalité variée : ils ont existé dans le passé, ils existent dans le présent ou existeront dans le futur. Dans tous les cas, ils ont un aspect réel pour l'enfant qui les perçoit et ils impactent son comportement dans l'instant présent. L'espace vital est alimenté par deux sources principales qui sont la nature et l'environnement : globalement, il s'agit de tout ce que l'enfant reçoit (génétique, organique, etc.) et tout ce qu'il perçoit. Pour K. Lewin, l'enfant se développe progressivement par le développement même de l'espace vital basé sur cinq changements. L'espace vital se différencie, il s'accroît en différentes régions, dont les frontières qui séparent les régions deviennent plus rigides et perméables. Ainsi, au fur et à mesure que l'enfant grandit, une tension dans une région a de moins en moins d'impact sur d'autres régions. Néanmoins les régions demeurent interdépendantes dans leur organisation. Plusieurs régions peuvent se succéder ou être utilisées en même temps pour réaliser une action complexe. L'espace vital s'accroît et l'enfant s'inscrit davantage dans une compréhension du réalisme, il apprend à différencier sa réalité subjective de la réalité qui s'applique à tous. Tout cela se réalise en parallèle des acquisitions cognitives au cours du développement de l'enfant et des expériences vécues. Plus l'enfant grandit, plus il réalise des expériences différentes et diversifiées, plus il acquiert des compétences favorisant ainsi l'expansion de l'espace vital.

[15] MIERMON, A., BENOIS-MAROUANI, C., JOVER, M. 2011, p.31
[16] THOMAS, R-M., MICHEL, C. 1994

E.H. Erikson définit le développement de l'enfant comme un processus qui a pour aboutissement d'acquérir l'identité du moi[17]. Pour atteindre cette dernière il faut que dans un premier temps l'enfant s'identifie en tant qu'individu, puis dans un second temps qu'il découvre et qu'il reconnaisse les critères fondamentaux de sa culture. E.H. Erikson prend appui sur les travaux de S. Freud pour mettre à jour ses théories. Il établit le développement de l'individu au travers de huit crises psychosociales, correspondant à des stades qui seraient préétablis génétiquement et ne dépendraient pas de la culture. Chaque stade est marqué par le conflit de deux critères de la personnalité et ils se succèdent de la naissance à plus de cinquante ans. L'aboutissement est le développement de la personnalité. Pour résoudre ces conflits lors des crises l'individu a besoin qu'une personne extérieure intervienne. Ainsi l'entourage et l'environnement de l'enfant lui sont indispensables pour résoudre les crises et grandir. Le dénouement de ces stades durant l'enfance aboutit à des vertus ou des qualités dominantes établies par E.H. Erikson. L'enfant acquiert successivement les vertus suivantes : l'espoir, la volonté, le but et la compétence. Ces vertus caractérisent la personnalité du sujet.

Dans la majorité des théories exposées précédemment, force est de constater la place prédominante qu'occupent l'environnement et les diverses expériences dans le développement psychique et moteur de l'enfant.

Selon A. Coeman et M. Raulier H de Frahan[18], se développer est l'obtention croissante de compétences davantage complexes pour avoir des actions sur soi-même et sur le monde. Ils définissent le développement de l'enfant comme des phases discontinues devenant progressivement plus complexes et nourries par les expériences. Trois niveaux rentrent en jeu dans les expériences indispensables au développement de l'enfant : le niveau psycho-moteur, le niveau psycho-émotionnel et relationnel et le niveau cognitif. Ce processus du développement peut être représenté sous la forme d'une pyramide ayant à son sommet : le corps, les affects et le cognitif ; la pyramide est entourée par l'environnement. Cette évolution discontinue dans le temps est rendue possible entre autres par des répétitions, des expériences, des ressentis et des acquisitions de l'enfant. Malgré la base génétique sur laquelle s'appuie ce processus de développement tous les humains sont différents. Le moment, la durée et l'ordre de chaque phase ne s'établit pas à l'identique pour tous les individus.
Le corps est le premier élément sur lequel le bébé peut s'appuyer pour se développer, les autres composants de la pyramide s'établissent par l'acquisition des expériences. Les changements diversifiés que rencontre l'enfant favorisent l'ancrage de tous ces éléments, notamment par les relations que l'enfant a avec son entourage. Cette dynamique est toujours liée aux interactions

[17] THOMAS, R-M., MICHEL, C. 1994
[18] COEMAN, A., RAULIER H DE FRAHAN, M. 2004

de l'enfant avec son environnement. Ce développement est motivé dans un premier temps par la nécessité de satisfaire les besoins primaires du bébé. Ces besoins doivent être satisfaits à tous les niveaux (les trois composants de la pyramide). Progressivement l'enfant a l'intention d'agir sur son environnement et ses capacités motrices en développement le lui permettent davantage. S'y ajoute la mise en place du « je », l'enfant apprend à se différencier d'autrui et se reconnaitre comme un individu à part entière.
Les auteurs expliquent les conditions nécessaires pour que l'enfant se développe harmonieusement : il faut que les composants de la pyramide soient équilibrés les uns par rapport aux autres, qu'une cohérence existe entre les besoins, les demandes de l'enfant et ce qu'il en réceptionne. Des stimulations sont indispensables sans qu'elles soient ni minorées ni majorées et la qualité de l'environnement est fondamentale. L'environnement doit être adapté pour favoriser les expérimentations de l'enfant, donc être sécurisant et sécurisé tout en étant stimulant c'est-à-dire en adéquation avec les compétences de l'enfant. Il doit également offrir des variations et des régularités de situations permettant ce développement harmonieux. Ces caractéristiques doivent être présentes au quotidien, au sein de la famille mais aussi dans les lieux accueillant l'enfant. La qualité relationnelle y joue également un rôle important elle offre la création de lien entre les individus et la présence de figures porteuses de l'enfant. Un accordage entre la mère et son enfant est indispensable, tout autant que la présence du père ayant une fonction de tiers. La famille doit avoir un rôle de soutien et de repère pour l'enfant.

Il est important d'avoir à l'esprit que le développement psychomoteur d'un enfant n'est pas toujours linéaire, il arrive que l'enfant ait des phases de régressions[19] dans certains domaines, ceci fait partie du processus du développement. L'enfant peut faire des acquisitions à un âge donné puis régresser pendant quelques mois avant de revenir sur ses acquisitions précédentes. Le développement psychomoteur est enseigné entre autres par la transmission de repères développementaux correspondant aux âges moyens d'acquisition des compétences psychomotrices de l'enfant. Il ne faut pas omettre la diversité entre chaque individu : ainsi des tranches d'âge sont établies car tous les enfants ne font pas les mêmes acquisitions exactement au même mois de vie.

Pour A. Coeman et M. Raulier H de Frahan la sécurité de base peut se définir comme étant une « conscience de soi forte et stable »[20]. Il s'agit d'un processus indispensable au développement psychomoteur de l'enfant. Elle dépend des interactions familiales et principalement au départ du couple mère-enfant. Ce processus se met en place au moment de la fécondation, se poursuit de la vie intra-utérine à la naissance. Le père a une place différente

[19] MIERMON, A., BENOIS-MAROUANI, C., JOVER, M. 2011
[20] COEMAN, A., RAULIER H DE FRAHAN, M. 2004, p.35

de celle de la mère mais tout aussi importante. La mère offre à son enfant une sécurité de base contenante plutôt statique, le père complète ce processus de manière plus dynamique. L'ensemble de l'entourage quotidien de l'enfant doit lui prêter attention, proposer un environnement et des relations favorisant les expérimentations et un sentiment d'exister séparément d'autrui afin d'accroître la sécurité de base.

C. Potel explique que les psychomotriciens sont amenés en thérapie mère-enfant ou parents-enfant à soutenir la parentalité en construction afin de favoriser le développement psychomoteur de l'enfant. Lors des séances, le jeu a une place primordiale : « Jouer avec l'enfant au tapis, […] peut amener certains parents à investir le jeu dans ses qualités non seulement instrumentales (en termes de progrès que leur enfant a à faire dans sa motricité) mais aussi dans ses qualités d'échange et de communication. »[21]. Il s'agit d'une communication infra-verbale, passant par le corps entre les interlocuteurs, qui n'est pas innée et doit s'accorder entre parent et enfant.

L'environnement de l'enfant a une influence sur le développement psychomoteur de l'enfant, il peut favoriser ce dernier en proposant des situations, des expérimentations au travers de sollicitations variées.

b) Influences des sollicitations psychomotrices

J'utilise volontairement le mot sollicitation et non le mot stimulation. Le mot sollicitation est un dérivé du latin *sollicitatio,* signifiant instigation en latin classique et souci en bas latin. Ce terme fait référence à la fin du XIXème siècle à une force s'exerçant sur le corps, puis au XXème siècle à « l'action physiologique ou physique exercée sur une personne »[22]. Cela fait référence à des techniques de sollicitation. Le mot stimulation est un dérivé du latin *stimulatio*, signifiant l'action d'aiguillonner et de stimuler. A la fin du XIVème siècle le terme fait référence à l'action d'inciter fortement une personne à faire quelque chose en lien à l'excitation et la tentation charnelle. En 1833 le mot stimulation est réutilisé en médecine pour définir l'excitation des fonctions intellectuelles. Au XXème siècle, il fera référence aux stimuli. Je préfère le terme sollicitation qui a une définition en lien avec le corps en faisant référence aux forces qui s'exercent sur ce dernier.

A. Bullinger emploi le mot interaction pour expliquer les phénomènes qui se jouent entre l'enfant et son milieu. Il explique l'influence des stimulations sur le développement tonique de l'enfant : « trop peu de stimulation et la variation tonique disparaît ; trop de

[21] POTEL, C. 2010, p.198
[22] REY, A. 1992, p.3549

stimulation et l'état tonique échappe au contrôle. »[23]. Néanmoins par la suggestion de sollicitations par l'environnement de l'enfant peut influencer son développement, mais il faut trouver le bon équilibre dans cette proposition de sollicitations. Si les représentations des parents et des éducateurs sont « un peu "en avance" sur ce que peut faire l'enfant et l'orientent ainsi dans son développement »[24]. Des représentations « "en retard" relativement au fonctionnement de l'enfant le limitent et créent, par le décalage, le handicap. »[25]. A. Bullinger évoque également l'attention conjointe entre l'enfant et un adulte comme un support aidant l'enfant à acquérir les savoirs de son entourage.

Le jeu a une dimension universelle. La définition du jeu est complexe en dehors de la constatation que le jeu est un « comportement, un processus et une approche de la tâche. »[26]. Le jeu est fortement lié au développement de l'être humain puisqu'il l'influence et permet de percevoir où se situe l'enfant dans son développement. En outre, la liberté, les choix et le contrôle qu'offre le jeu à l'enfant sont indispensables à son développement. M.D. Sheridan décrit le jeu comme étant « l'engagement enthousiaste dans l'effort physique ou mental qualifié d'agréable pour obtenir une satisfaction émotionnelle. »[27], qu'elle distingue du travail concernant le critère de plaisir et les aboutissants. Il est difficile de définir le jeu du point de vue subjectif des adultes. Des recherches ont montré que les enfants ne définissent pas en premier lieu le jeu avec le critère de plaisir mais comme une activité qu'ils ont choisie et comme une activité autodirigée. La notion d'espace est désignée par les enfants : ils sont en mesure de désigner les deux paramètres spatiaux qui transforment une activité en jeu, au sol et à l'extérieur. A cela s'ajoute la participation de l'adulte qui est un critère important pour l'enfant. Le jeu débute dans les premiers mois de vie par les activités d'exploration qui sont fondamentales pour la suite de l'évolution du processus du jeu. Le jeu est effectué de manière dynamique : « les enfants se déplacent dans et en dehors du jeu, en fonction de leurs propres besoins et désirs, et en fonction d'autres influences au sein de l'environnement, telles que le lieu, la disponibilité du matériel, le temps et l'implication d'autres personnes. »[28].

Les enfants sont curieux de découvrir le monde, ils font des expériences et ils sont en relation avec leur entourage ; cela favorise l'acquisition de compétences qui nourrissent leur développement. En synthétisant, le jeu permet le développement global de l'enfant : social et affectif de l'enfant, cognitif, langage et physique.

[23] BULLINGER, A. 2004, p.35
[24] *Ibid.* p.39
[25] *Ibid.* p.39
[26] SHERIDAN, M.D. 1977, p.12
[27] *Ibid.* p.13
[28] *Ibid.* p.16

L'engagement des enfants dans une activité et dans les apprentissages est plus aisé quand cela est abordé par le biais d'un jeu plutôt que par la notion de travail. M.D. Sheridan décrit six étapes dans l'évolution du jeu en lien avec le développement de l'enfant. Elle énonce en premier le jeu actif, puis le jeu d'exploration et de manipulation, le jeu d'imitation, le jeu constructif (ou produit fini), le jeu du « faire croire » (ou du faire semblant, ou de l'imaginaire) et les jeux de rôle. Pour J. Piaget le jeu permet la représentation à partir de l'action. Le jeu reflète le psychisme de l'enfant, sa cognition et ses ressentis. Il a défini trois phases de jeu liées au développement intellectuel. En premier lieu, il s'agit du jeu pratique présent au stade sensori-moteur, l'enfant découvre son propre corps et ce qui l'entoure guidé par ses sens, la notion ludique n'est pas encore en place. Lors du début du stade préopératoire se met en place le jeu symbolique, à la fin du stade et au début du stade des opérations concrètes s'installe les jeux de rôle intégrant des règles de jeu. E.H. Erikson définit le jeu comme un engagement de l'individu dans des actions nécessitant l'imaginaire pour établir des procédés mentaux qui s'inspirent de la réalité vécue[29]. Le jeu est présent à tous âges de la vie. L'enfant utilise le jeu au cours de son développement pour dénouer ses conflits psychiques. Il explique qu'au cours du troisième stade correspondant au développement des ritualisations, l'enfant, dans la phase du complexe d'Œdipe, se sert du jeu dramatique pour trouver des réponses à ses conflits psychiques. Cela lui permet de rejouer ses situations imaginaires qui le tiraillent et de trouver des solutions.

Le jeu permet également de développer des compétences et l'estime de soi. E.H. Erikson le théorise en trois types de jeu qui se développent lors des trois premières années de vie[30]. Dans le jeu il y a une dimension sociale, la personne a besoin de partager sa vision du monde avec autrui. L'enfant qui se développe a une image de lui qui dépend de ce que son entourage lui renvoie de son identité, ainsi cela dépend des réactions et des apports d'autrui concernant son imagination, ses créations et ses jeux. Cette dimension est reprise également par M. Parten affirmant que la socialisation par le jeu augmente avec l'âge[31].

Selon D.W. Winnicott le jeu peut se mettre en place s'il existe un « espace potentiel entre le bébé et la mère »[32], cet espace unit les deux êtres. Il explique que le jeu va favoriser le développement de l'enfant et sa santé, lui permettant également de rentrer en relation et en communication. L'environnement tient un rôle indéniable dans le développement personnel de l'être humain. Le sujet apprend à se connaître personnellement et « découvre le soi »[33]. D.W. Winnicott parle de quête de soi en lien avec le jeu, cela est rendu possible si la

[29] THOMAS, R-M., MICHEL, C. 1994
[30] SHERIDAN, M.D. 1977
[31] *Ibid.*
[32] WINNICOTT, D.W. 1971, p.90
[33] *Ibid.* p.110

personne se sent en confiance : elle peut alors se détendre, si le jeu engendre une activité créative et si les diverses expériences sont jugulées, afin que l'estime de soi survienne. D.W. Winnicott rejoint E.H. Erikson concernant la notion de l'apport du jeu dans le développement de l'identité. Il fait aussi référence à la relation de confiance entre l'enfant et sa mère permettant à l'enfant d'expérimenter le phénomène d'omnipotence.

Le jeu est avant tout une question d'expérience dans un espace-temps donné, une expérience qui engendre de la créativité et développe la vitalité. Cette créativité est sûrement rendue possible uniquement lors des temps de jeu, et ce à tout âge. Plusieurs éléments sont fondamentaux dans le jeu : l'enfant ne peut jouer s'il ne se trouve pas en confiance, mais le jeu est aussi animé par la « préoccupation »[34] de l'enfant pour l'activité effectuée et cela demande un effort de concentration. Le jeu passe par le corps et il doit proposer une dynamique de recherche satisfaisante. Le travail du thérapeute est d'amener le patient à être en capacité de jouer. D.W. Winnicott affirme qu'« il ne faut jamais oublier que jouer est une thérapie en soi. »[35]. Deux personnes se trouvant dans la même aire de jeu en tirent des bénéfices et de l'enrichissement. Le but recherché en thérapie est la participation et l'expressivité du corps.

Le jeu est une médiation couramment utilisée en séance de psychomotricité. F. Dosébeau parle du jeu comme « un intérêt majeur dans le développement harmonieux de l'enfant dans la mesure où il lui permet d'expérimenter, de développer et d'acquérir :

- la maîtrise de son corps et de l'espace par l'exercice de sa motricité ;
- le développement de ses stratégies cognitives ;
- la résolution de conflits émotionnels. »[36].

L'évolution du jeu se fait en parallèle du développement psychomoteur. Lors des deux premières années de vie, l'enfant s'il est en relation avec ses parents partageant des jeux interactifs, accède aux premiers amusements communs. Durant cette époque de la vie, les fonctions psychomotrices s'accroissent, l'enfant découvre les jeux coucou-cacher, favorisant « la voie à la temporalité, à la rythmicité, à l'anticipation, à la représentation mentale et à la mise en place du langage. »[37]. Des jeux fonctionnels (vider, monter, etc.) sont également entrepris par l'enfant. L'ensemble de ces jeux est fondamental pour le développement psychomoteur et cognitif de l'enfant. Des jeux demandant plus de précision manuelle apparaissent avec le développement de la motricité fine et globale.

[34] WINNICOTT, D.W. 1971, p.104
[35] *Ibid.* p.102
[36] BOIROT-CECILLON, J., BUSSCHAERT, B., GIROMINI, F., TEILLET, A. 2015, p.60
[37] *Ibid.* p.65

Plusieurs psychomotriciens ont établi une catégorisation des jeux les plus utilisés lors des prises en charge en psychomotricité pour les enfants de 0 à 12 ans. Ces jeux apparaissent progressivement en lien avec le développement : tout d'abord des jeux sensorimoteurs sont observés, suivis de jeux présymboliques et de jeux symboliques. S'ensuit des jeux moteurs, des jeux cognitifs pour finir avec des jeux d'expression artistique. Le jeu rend possible l'expressivité personnelle sous divers aspects selon les besoins actuels de l'individu, ce phénomène est à relier avec l'activité psychomotrice. « L'enfant peut jouer en psychomotricité en privilégiant tour à tour les aspects moteur, sensorimoteur, cognitif, artistique, symbolique ou présymbolique. »[38]. En psychomotricité le jeu est utilisé pour lier le corps et l'esprit, ce travail passe par la relation entre le patient et le thérapeute, le jeu à deux et le dialogue tonico-émotionnel.

Le cadre thérapeutique en psychomotricité est le garant du jeu et favorise sa création. Le plus important n'est pas le contenu du jeu mais le contenant. Le jeu permet au psychomotricien de venir rencontrer le patient là où il en est dans son développement psychomoteur et cognitif. C'est une ressource qui va permettre par la suite de travailler le projet thérapeutique.

Un enfant qui n'utilise pas ou peu le jeu peut être en situation de carence socioaffective. Dans ce cas, le thérapeute peut s'appuyer sur l'imitation pour rentrer en relation avec l'enfant. Inversement, un enfant qui utilise le jeu de manière excessive peut être dans un mode de défense intellectuel, interne et environnemental. La thérapie psychomotrice renvoie à l'importance essentielle de la relation. C'est sur cette notion que s'appuie l'organisation du sujet. La thérapie l'utilise comme une fondation pour laisser la libre expression des affects, des rêves dont découlent les expériences corporelles[39].

D.W. Winnicott explique qu'il est nécessaire de prendre soin d'un enfant donc de lui proposer un environnement bénéfique à son développement affectif et à sa santé mentale. Cela suppose que l'enfant grandisse dans des « conditions suffisamment bonnes »[40], sinon « lorsque ces conditions ne sont pas remplies, ces forces [vers la vie, vers l'intégration de la personnalité, vers l'indépendance] sont retenues dans l'enfant et, d'une façon ou d'une autre, tendent à le détruire. »[41]. Si l'enfant n'évolue pas dans un environnement favorable à son développement il ne pourra grandir.

[38] BOIROT-CECILLON, J., BUSSCHAERT, B., GIROMINI, F., TEILLET, A. 2015, p.71
[39] GATECEL, A. 2012
[40] WINNICOTT, D.W. 1965, p.20
[41] *Ibid.*

Durant les premières années de vie de l'enfant, ses besoins s'orientent de la dépendance vers l'indépendance de manière progressive. Au tout début, le nourrisson est dans une posture de dépendance extrême alors il est indispensable que « les conditions soient suffisamment bonnes, sinon le nourrisson n'est pas capable de faire apparaître le processus de développement qu'il porte en lui dès la naissance. »[42]. Si ces conditions ne sont pas respectées il s'agit de carence de l'environnement. Puis le bébé évolue vers une posture de dépendance durant laquelle un traumatisme peut être provoqué par une carence des soins. R.A. Spitz évoque la notion d'hospitalisme en parlant des carences affectives qu'il a observé dans un hôpital d'enfants abandonnés. La carence affective de ces enfants est la conséquence du manque de soins maternels, en effet ces soins procurent à l'enfant des « actions affectivement significatives »[43]. Les enfants en carence affective se dégradent progressivement, ils présentent « les symptômes de la dépression anaclitique »[44], d'un retard moteur et ils sont amimiques. Des mouvements peuvent réapparaitre mais sous une forme pathologique. R.A. Spitz fait référence également aux carences sensorielles correspondant à un manque de stimuli sensoriels. Les deux types de carences sont liés et ont des conséquences dramatiques sur l'évolution de l'enfant. D.W. Winnicott affirme que des soins et un environnement suffisamment bon peuvent éventuellement éviter l'apparition d'une maladie mentale mais ne peut faire totalement disparaître la structure psychique. Il écrit également « qu'un enfant a besoin d'être dirigé avec fermeté, qu'il a besoin d'être traité en enfant et non en adulte. »[45], il porte attention à la distinction que les adultes doivent faire entre leur statut et celui de l'enfant. Un enfant a besoin d'un cadre adapté à son âge.

Il existe des pathologies du lien : la relation à l'autre est fragilisée donc insécurisante. Ces pathologies ne permettent pas la mise en place des bonnes conditions pour favoriser le développement de l'enfant. Ce phénomène est traduit dans les travaux de J. Bowlby en utilisant le terme de carences affectives, « Bowlby en particulier a montré qu'un attachement insécure (dû à des carences affectives) induit des risques pathologiques du développement de la personnalité et surtout de la relation avec l'autre. »[46]. Pour se développer l'enfant a besoin d'autrui ayant une fonction de tiers, or de nos jours cette fonction est remise en cause par son absence ou son excessivité dans une démarche de surprotection par les parents contre l'angoisse d'abandon. Ces situations sont davantage impactées selon le modèle familial (un parent seul ou famille recomposée).

[42] WINNICOTT, D.W. 1965, p.22
[43] SPITZ, R.A. 1965, p.217
[44] *Ibid.* p.215
[45] WINNICOTT, D.W. 1965, p.30
[46] GATECEL, A., MASSOUTRE-DENIS, B., GIROMINI, F., MOYANO, O., SCIALOM, P., CORRAZE, J., 2011, p.293

Le retard de développement psychomoteur correspond à un âge d'acquisitions, des étapes et des compétences attendues au cours du développement psychomoteur, inférieur de quelques semaines ou mois par rapport à une norme. Les causes de ce retard sont diversifiées et ne sont pas systématiquement connues.

Des sollicitations adaptées sont nécessaires pour soutenir le développement psychomoteur de l'enfant mais les parents ne savent pas toujours comment aider leur enfant et le lien qui les unit peut être fragilisé. Comment aider les parents pour favoriser le développement psychomoteur de leur enfant ?

2. La psychomotricité : soutien et prévention

a) Lien parents-enfant

Le lien parents-enfant harmonieux fait écho à un ajustement nécessaire. Cet ajustement passe notamment par le dialogue tonique dont parle J. Ajuriaguerra. Ce dialogue tonique est une forme de communication infra-verbale qui permet à l'enfant et sa mère un ajustement mutuel et interactif par le corps[47]. A. Bullinger reprend cette notion en y intégrant les stimulations sensorielles et tactiles qui ont lieu lorsqu'un adulte porte un enfant. Ces stimulations ont une influence tonique par des échanges de divers flux sensori-moteurs entre ces deux êtres.

A. Bullinger porte de l'importance à l'entourage humain de l'enfant faisant parti de la niche écologique et qu'il nomme le milieu humain. Cet entourage nourrit l'enveloppe corporelle de l'enfant en mettant du sens sur les ressentis tonico-émotionnels qui traversent l'enfant. Au travers des interactions avec son environnement l'enfant découvre la partie externe de son corps.

J. Bowlby s'est appuyé sur les travaux d'Ainsworth au sujet de la théorie de l'attachement. Il explique la dimension de plaisir et de satisfaction que l'enfant et sa mère découvrent au travers l'expérience d'une relation privée, invariable et affectueuse. J. Bowlby situe à la même hauteur de l'attachement le nourrissage lié aux besoins vitaux. Ces derniers étant indispensables pour le développement de l'enfant et ses interactions avec le monde extérieur. L'attachement que la mère porte à son enfant, laisse la liberté affective à ce dernier d'aller explorer le monde tout en se sentant sécurisé et de revenir à la référence maternelle. D. W. Winnicott fait également référence à l'importance que l'enfant joue seul mais en présence

[47] BEKIER, S., GUINOT M. 2011

de sa mère. Ce phénomène de prise de distance tout en restant liés nourrit l'attachement. J. Bowlby parle également d'attachement sécure et insécure rappelant la notion de sécurité de base. S. Lebovici et S. Stoléru font référence à la théorie de l'attachement et notamment aux travaux de J. Bowlby, ils reprennent les explications de ce dernier. Par le lien d'attachement « l'enfant apprend de sa mère quelles sont les activités qui lui permettent de survivre »[48], rendant le lien mère-enfant indispensable dans le présent et l'avenir de l'enfant. Ils parlent également de comportement d'attachement consistant à suivre la figure d'attachement ou à la chercher. L'objectif de l'enfant est de resté près de sa mère. Ce phénomène du lien d'attachement s'estompe lors de la séparation au moment de rentrer en collectivité soit vers trois ans pour l'entrée à l'école soit plus tôt lorsque l'enfant est gardé en collectivité.

J. Bowlby prête de l'importance aux interactions vocales entre la mère et son enfant et il utilise les termes de « cordon ombilical acoustique »[49] pour décrire le phénomène. De ce dernier naît des attitudes de tendresse entre le parent et son enfant qui sont à l'origine de l'attachement. L'enfant découvre que ses émotions peuvent être partagées.

T.B. Brazelton a démontré l'importance de montrer aux parents, en particulier à la mère, les compétences que possède le nourrisson, cela facilite le processus d'attachement. Ces compétences lui permettent d'entrer en relation avec son entourage et d'accéder à un dialogue tonique ajusté et la mise en place des interactions mère-enfant[50]. La mère favorise le fonctionnement psychique de son enfant en mettant des mots sur les ressentis de ce dernier qu'elle interprète[51].

Les mères apprennent à décoder les signaux et les manifestations de leur enfant en lien avec ses affects et ses besoins vitaux. Alors la mère va moduler les réponses proposées à son enfant, c'est-à-dire les stimulations, elle va jouer un rôle de pare-excitation. Ce phénomène est décrit par D.W. Winnicott concernant la mère suffisamment bonne. Ce dernier est indispensable au développement de l'enfant[52], pour qu'il se reconnaisse en tant que personne et qu'il découvre son environnement. Les soins maternels sont précieux et permettent à l'enfant d'être en bonne santé psychique s'ils sont suffisamment bons. Pour être une mère suffisamment bonne, comme l'explique D.W. Winnicott, il est nécessaire d'avoir un environnement suffisamment bon.

R.A. Spitz[53] explique que la relation mère-enfant est d'abord le fruit d'un phénomène biologique commençant lors de la grossesse puis se transforme en une relation sociale qui sera

[48] LEBOVICI, S., STOLERU, S. 1983, p.64
[49] BEKIER, S., GUINOT M. 2011, p.96
[50] *Ibid.* p.97
[51] GATECEL, A. 2012
[52] WINNICOTT. D.W. 1965
[53] SPITZ, R.A. 1965,

la prémisse des autres interrelations sociales à venir. Il décrit l'environnement du jeune enfant comme un circuit fermé composé seulement de la dynamique mère-enfant aux débuts de vie de l'enfant. Il reprend les termes de J. Piaget évoquant un tableau sensoriel pour décrire l'environnement de l'enfant, ce dernier influence et interagit avec l'enfant. R.A. Spitz caractérise les relations mère-enfant de bonnes et normales si un phénomène de réciprocité existe entre les deux individus, l'un et l'autre s'adaptent et échangent. La mère fait preuve d'instinct maternel et d'empathie. Il évoque aussi le terme de « dyade » pour décrire la relation qui unie ces deux êtres. Cette relation est si forte qu'elle est coupée du reste de l'environnement et nourrit des échanges et des liens affectifs considérables. Pour évoquer ce fondement de cette relation sur les affects liant l'enfant et sa mère R.A. Spitz emploi le terme de climat affectif. Les affects sont les premiers fonctionnements psychiques à se mettre en place, ils sont indispensables pour l'établissement de la relation entre l'enfant et les objets.

L'enfant et son entourage s'influencent mutuellement. Ainsi le lien parent-enfant adapté permet à l'enfant un développement affectif harmonieux. S. Lebovici explique que lors des soins maternels la mère se présente à son enfant physiquement mais aussi psychiquement avec sa « vie mentale »[54]. Lors des portages la mère de l'enfant est également présente physiquement en le tenant dans ses bras mais elle le porte aussi psychiquement. S. Lebovici et M. Soulé reprennent la notion d'influence psychique entre les parents et leur enfant, « la nature même de la personnalité des parents […] influe sur la relation qu'ils nouent avec chacun de leurs enfants et en induisent les différents aspects. »[55]. Alors le psychisme du nourrisson se construit en lien avec celui de ses parents. L'enfant peut recevoir ainsi que refléter la souffrance projetée de ses parents[56]. Cette souffrance psychique entrave la possibilité des parents d'exercer leur rôle parental.

Selon D.W. Winnicott, lorsque l'enfant regarde le visage de sa mère, c'est lui-même qu'il perçoit. Si ce processus n'existe pas, dû à un dysfonctionnement maternel, l'enfant risque de se replier sur lui-même ou chercher une compensation dans son environnement. Cependant « une mère dont le visage est figé peut être capable de répondre autrement. »[57]. D.W. Winnicott explique l'importance de cette fonction de miroir de la mère, « quand je regarde, on me voit, donc j'existe. Je peux alors me permettre de regarder et de voir. »[58]. La présence maternelle auprès de l'enfant favorise son exploration de l'environnement, il se sent en sécurité car il sait que sa mère est près de lui et qu'il peut retourner vers elle à tout moment s'il en sent le besoin.

[54] LEBOVICI, S. 1992, p.39
[55] LEBOVICI, S., SOULE, M. 1970, p.474-475
[56] HOUZEL, D. 1999
[57] WINNICOTT, D.W. 1971, p.206
[58] *Ibid.* p.209

Ce phénomène est d'autant plus important quand une situation nouvelle est vécue par l'enfant. La posture de la mère laissant son enfant expérimenter sans le couper dans son activité lui permet d'acquérir la notion du temps[59]. La mère a davantage un rôle de protectrice que de soignante. D.W. Winnicott explique que les mères parviennent avec facilité, dès le début, à penser leur enfant comme une personne. Il introduit le concept que le bébé est un être à part entière, « il est une personne »[60]. Il encourage les mères à jouer avec leur enfant et à y prendre plaisir afin de découvrir leur enfant dans la relation. Ce partage reflète la vie interne de l'enfant, s'enrichissant par le jeu mutuel entre la mère et son enfant. Le jeu est l'aspect le plus agréable de leur relation.

D.W. Winnicott explique que le rôle du père dépend de sa présence et de la place que la mère laisse à ce dernier. La présence de la figure paternelle permet à l'enfant de se décaler des qualités qu'il a déjà perçues chez sa mère, mais également de soulager la mère en la secondant. L'enfant perçoit les relations qui se jouent entre ses parents et il y est sensible, il en retire des apports si tout se passe bien. L'unité parentale représente une force et une base solide sur laquelle l'enfant peut s'appuyer mais aussi se défouler. La présence du couple parental auprès de l'enfant est une notion importante. L'enfant a besoin de ses deux parents, cela lui apporte un équilibre. De plus, le père a une fonction de tiers dans la relation mère-enfant, il aide à mettre de la distance entre les deux corps, donc de l'équilibre. En outre, « le père enrichit grandement le monde de l'enfant. »[61], il a un rôle dans l'épanouissement de son enfant. Il lui transmet des savoirs, cela nécessite une relation de partage. Le père ne porte pas son enfant pendant la grossesse, ainsi il a un lien corporel différent avec ce dernier par rapport à la mère[62].

Au sein d'une famille est présente une notion d'appartenance. L'appartenance à une même famille, personne n'appartient à personne et pourtant les parents et les enfants sont liés. Il existe un lien génétique qui unit les membres d'une famille, mais aussi une histoire familiale. F. Hirn explique « parmi les liens affectifs qui unissent l'enfant à ses parents, et réciproquement, le sentiment d'appartenir à une même famille existe »[63]. Les membres de la famille possèdent des gènes en communs et un avenir ensemble. Une histoire familiale est déjà écrite en lien avec les origines mais cette histoire va continuer de s'écrire en prenant en compte les parents et les enfants vivant ensemble. Au-delà de cette notion d'appartenance, il y une idée de partage. La famille partage le même espace de vie, mais il y a aussi un partage de connaissances, de valeurs par l'éducation, et surtout un partage de sentiments humains, d'émotions.

[59] WINNICOTT, D.W. 1957
[60] *Ibid.* p.62
[61] *Ibid.* p.135
[62] MASSON, A. 2012
[63] HIRN, F. 2016, p.13

D.W. Winnicott établit la notion de préoccupation maternelle primaire[64] comme étant la capacité de la mère de savoir précisément ce que ressent son enfant et ainsi à s'ajuster à ce dernier. Il s'agit d'un phénomène psychologique maternel[65] qui s'installe lors de la grossesse et perdure pendant plusieurs semaines une fois l'enfant né. Il décrit la fonction maternelle de la mère suffisamment bonne par trois grands processus fondamentaux dans la relation mère-enfant et le développement de celui-ci.

- Le *holding* correspond au portage physique et psychique que la mère offre à son enfant. La qualité de ce portage et la contenance favorise le sentiment de sécurité et de confiance de l'enfant en sa mère. D.W. Winnicott explique le holding comme étant l'identification de la mère à son enfant.
- Le *handling* décrit les soins quotidiens que la mère apporte à son enfant, les manipulations et les réponses aux besoins vitaux. Cet ajustement permet à l'enfant de faire un lien entre son corps et son esprit et favorise son sentiment d'être réel.
- La présentation de l'objet ou la réalisation comme le nomme D.W. Winnicott, fait référence à la présentation d'objets par la mère au moment adéquat, comme le sein maternel ou le biberon. Cela permet à l'enfant de se lié à des objets. L'enfant pense alors qu'il agit sur le monde ce qui renforce sa confiance en lui.

Pour conclure D.W. Winnicott écrit « le développement requiert à la fois l'héritage d'un *processus de maturation* et une accumulation d'expériences vécues ; ce développement ne s'accomplit toutefois que dans un *environnement facilitant.* »[66]. Il explique que l'environnement facilitant est une base fondamentale au début de la vie de l'enfant puis s'amoindrit.

Au sein des relations entre les parents et leur enfant se jouent divers phénomènes enrichissants et fondamentaux pour le développement de l'enfant et de sa famille. La dimension du jeu est présente avec un partage qui en est le centre. A cela s'ajoute également la notion d'éducation. D.W. Winnicott affirme « un bébé ne peut pas exister tout seul ; il fait essentiellement parti d'une relation. »[67]. Un bébé ne peut être pris en considération tout seul, il est forcément rattaché à une autre personne, il s'agit généralement de ses parents. D'où l'importance de prêter attention aux liens qui unissent l'enfant à ses parents.

[64] WINNICOTT. D.W. 1965
[65] GATECEL, A., MASSOUTRE-DENIS, B., GIROMINI, F., MOYANO, O., SCIALOM, P., CORRAZE, J., 2011
[66] WINNICOTT. D.W. 1965, p.17
[67] WINNICOTT. D.W. 1957, p.107

Comment pouvons-nous accompagner ses liens parents-enfant, l'environnement de l'enfant pour les rendre plus solides ?

b) Relation parents-professionnel : soutien à la parentalité

Il peut être compliqué d'analyser les besoins d'une personne ayant une culture différente de la nôtre. Les croyances, les représentations, les lois et l'éducation changent. Nous pouvons prendre l'exemple de l'existence de la sorcellerie en Afrique donnant une explication aux difficultés rencontrées dans la vie (maladie, accident, handicap, etc.), n'étant pas présente dans la culture occidentale. Comme l'explique F. Hirn[68], si nous n'avons pas en tête l'existence des variations selon les différentes cultures et que nous ne cherchons pas à questionner les sujets concernés, nous risquons d'avoir une vision seulement parcellaire des besoins d'autrui. Il ne faut pas omettre qu'une culture n'est pas meilleure qu'une autre, elles sont différentes et si nous cherchons à les comparer alors nous risquons de tomber dans le jugement. Cependant nous nous appuyons naturellement sur notre propre culture nous servant de repère. En outre, les modes d'éducations varient selon les familles.

Dès le départ d'une prise en charge en psychomotricité, il est primordial d'établir une relation d'alliance thérapeutique avec le patient et sa famille. Ce concept a été établi par S. Freud. L'alliance thérapeutique fait référence « à l'interaction entre deux personnes et non à des qualités personnelles »[69]. Elle s'établit sur la formation d'une relation de confiance. Le thérapeute est perçu comme la personne pouvant résoudre les difficultés du patient.

Le verbe accompagner est défini à partir du mot *compain* en ancien français, signifiant compagnon et copain, auquel est rajouté le préfixe a. Ce verbe était défini par l'action de « prendre en compagnon »[70] puis le fait de « se joindre à quelqu'un »[71] principalement pour réaliser un trajet ensemble. A la fin du XIIème siècle la définition s'est simplifiée à exprimer « se joindre à, être proposé avec »[72]. A la fin des années 1990 ont commencé les travaux autour de l'accompagnement dans une recherche de définir et établir une relation d'aide[73].
Le terme soutien était lié au mot secours, puis il fut défini, du XIVème au XVIème siècle comme l'action de soutenir une personne moralement, spirituellement, financièrement, spécialement ou militairement. En 1598, ce mot était employé pour exprimer le maintien d'une posture, en 1636 le mot renvoyait au fait de soutenir les forces de quelqu'un. En 1828, la

[68] HIRN, F. 2016
[69] BENAVIDES, T. 2015, p.156
[70] REY, A. 1992, p.20
[71] *Ibid.* p.20
[72] *Ibid.* p.20
[73] HIRN, F. 2016

définition a évolué signifiant « quelqu'un qui subvient aux besoins matériels d'une ou plusieurs personnes »[74], ce qui donna l'expression de soutien de famille.

La notion de soutien à la parentalité a été définie lors de la circulaire interministérielle du 7 février 2012, au sens des termes suivants :

« Les actions de soutien à la parentalité […] ont pour spécificité de placer la reconnaissance des compétences parentales comme fondement du bien-être et de l'éducation de l'enfant. […] ces actions privilégient une prévention "prévenante" attentive aux singularités individuelles, sans schéma prédictif, évaluatif ou normatif. Elles utilisent comme levier la mobilisation des parents qui ne sont pas seulement des bénéficiaires de l'action proposée mais en sont les acteurs. »[75].

Dans la démarche de soutenir les parents, il est nécessaire d'avoir des connaissances sur le domaine de la parentalité. Une étude menée par D. Houzel et ses collaborateurs[76] a dégagé trois axes caractérisant la parentalité, qui sont : l'exercice, l'expérience et la pratique de la parentalité. Ces derniers étant complémentaires et indispensables pour que les parents remplissent au mieux leur rôle. L'exercice de la parentalité fait référence à son identité, l'expérience renvoie aux postures parentales et la pratique fait écho aux qualités des parents. « Il faut aussi s'efforcer d'approfondir notre compréhension des processus de développement et d'organisation de la parentalité. »[77]. Des pères peuvent être moins présents dans la prise en charge de leur enfant, concernant l'accompagnement et les rendez-vous, il est plus difficile pour eux de s'exprimer sur leur relation qu'ils partagent avec leur enfant. Néanmoins certains expriment leur point de vue positif sur la prise en soin en psychomotricité de leur enfant et qu'ils auraient aimé avoir également cette chance durant leur enfance. Le thérapeute peut influencer et aider les parents par la prise en charge de leur enfant[78].

Le soutien à la parentalité est indispensable car les parents face aux difficultés ou le handicap de leur enfant se trouvent seuls et perdus dans un monde rempli d'incertitude, certains en témoignent. Il est donc indispensable de leur venir en aide et de les accompagner[79]. Il est également important de respecter et d'aller au rythme de chaque parent. Le soutien parental tient un rôle important dans les dynamiques familiales et agit ainsi sur le développement de l'enfant, « les liens avec les familles ont été travaillés pour que se (re)construise une histoire,

[74] REY, A. 1992, p.3605
[75] CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGCS/SD2C/DPJJ/SAD-JAV/DGESCO/SG-CIV/ DAIC /2012/63 du 7 février 2012 relative à la coordination des dispositifs de soutien à la parentalité au plan départemental
[76] HOUZEL, D. 1999
[77] *Ibid.* p.188
[78] MASSON, A. 2012
[79] COURTAIGNE, C., COURTAIGNE, N. 2002

pour soutenir le processus de parentalité (aider les adultes à devenir les parents de cet enfant-là) et favoriser le développement psychique et la santé physique de l'enfant »[80].

Pour étendre et favoriser le soutien à la parentalité il est intéressant que l'ensemble des soignants suivant la même famille soient en communication et en alliance, tout en ayant un but commun lié au développement de l'enfant. Les parents peuvent alors « se nourrir du tissu humain autour d'eux. »[81], ils prennent appui sur les soignants, une relation de confiance va tenter de s'instaurer et ils pourront lâcher prise. L'entente et le travail commun entre les professionnels est un élément essentiel pour aider les parents à aller mieux. La confiance des parents en leurs capacités et dans les prises en charge est fondamentale pour assurer une sécurité de base à l'enfant. Une des techniques pour soutenir la parentalité est la guidance parentale.

La guidance parentale peut être caractérisée comme une psychothérapie singulière. Elle peut être définie comme étant « un travail effectué par le thérapeute et les parents, qui a pour champ la relation parents-enfant et vise à l'épanouissement de ceux-ci »[82], faisant écho à une dimension dynamique et interrelationnel entre les parents et le professionnel de santé. La guidance parentale est utilisée pour soutenir la parentalité et la relation parents-enfant. Son importance dans une prise en charge globale et maximale de l'enfant est à prendre en considération. Cette démarche de soin peut être réalisée à la demande des parents ou à l'initiative du psychomotricien. Elle se base sur les capacités d'écoute du thérapeute et de son attitude. « La guidance parentale est un accompagnement des parents dans leur rôle, leur fonction et aussi vers la compréhension du handicap de leur enfant. »[83], la prise en charge concerne l'enfant mais prend également en considération sa famille et son environnement. Cette technique est praticable dans les différents établissements de soin, à tout âge de la vie de l'enfant et selon diverses modalités. Elle peut prendre forme lors de groupe, lors de séances parents-enfant. Dans ce dernier cas les parents sont spectateurs mais également acteurs de la prise en soin de leur enfant, le psychomotricien peut travailler l'ajustement des relations. De plus, cette disposition en séance apporte des informations complémentaires au psychomotricien sur les relations familiales et les parents peuvent témoigner de ce qui se passe également au domicile. En guidance parentale, le thérapeute tente de transmettre des apports aux parents. Il essaie de leur faire prendre conscience de leurs compétences de parents, de la nécessité d'être ajustés en permanence à leur enfant selon ses besoins. Il est nécessaire que les parents comprennent l'importance de leur adaptation à leur enfant pour favoriser son développement et proposer des sollicitations appropriées. Il ne faut pas omettre de mettre en avant les compétences de l'enfant

[80] DUMARET, A.C. 2003/4, p.12
[81] MOLENAT, F. 2013, p.194
[82] HAYEZ, J-Y. 1978, p.15
[83] CORNOT, A., SCIALOM, P. 2015, p.190

et ses acquisitions. Il faut songer à respecter le rythme des parents, sans oublier le rythme du développement de l'enfant, il faut donc être à leur écoute, les conseiller et leur transmettre des savoirs. Tout cela en faisant attention à ne pas mettre les parents dans une posture de soignant.

La guidance parentale aide à la séparation psychique de l'enfant avec ses parents. Elle a aussi une dimension de prévention en mettant en avant les postures, les comportements et les ressentis parentaux. Le rôle du psychomotricien est d'accompagner « les parents dans la compréhension des difficultés de leur enfant, en leur permettant d'adapter leur attitude, leurs attentes, en leur proposant des clés, des outils pour le quotidien, et ce quel que soit l'âge et les difficultés de l'enfant. »[84]. Le but recherché est d'amener les parents dans une meilleure compréhension de leur enfant et de leurs capacités de parents, également de proposer des outils ajustés.

La guidance parentale, l'accompagnement et l'alliance thérapeutique sont tous des moyens thérapeutiques et/ou éducatifs pour soutenir la parentalité. Néanmoins il existe d'autres outils thérapeutiques ou non, différents par leur apport et leur approche, toujours dans le but de soutenir les parents dans leur rôle parental et ainsi agir sur le développement de leur enfant.

c) Les moyens existants pour soutenir la parentalité

Dans mes questionnements j'emploie le mot ressource et non le mot outil volontairement. Néanmoins dans la majorité de la littérature, le mot outil est davantage employé.

Le mot ressource vient du féminin de *resors*, *resours*, signifiant relevé, rétabli ; et du latin *resurgere* signifiant rejaillir, et au figuré se rétablir[85]. Ce terme faisait référence, dans l'ancien et le moyen français au secours donné par un pays, également le relèvement et le rétablissement. Dans le langage moderne, ce même mot désigne les moyens pour affronter les difficultés. Selon le vocabulaire anglais il est possible d'employer également le terme de personne-ressource.

Le mot outil est issu en latin du mot classique *utensilia*, désignant des objets nécessaires, des meubles, des instruments, en lien avec le mot ustensile. Dans la première utilisation française, ce mot faisait référence à l'équipement et aux objets utilisés pour voyager. A partir de 1174 le terme outil qualifie les objets fabriqués utiles pour travailler. Son sens figuré

[84] CORNOT, A., SCIALOM, P. 2015, p.193
[85] REY, A. 1992, p.3212

signifiant un moyen d'action apparaît au XVIIIème siècle faisant également écho à un côté dénigrant d'une personne ou d'un objet[86].

Il existe un certain nombre d'outils et de moyens de travail à la portée des thérapeutes pour soutenir les parents. Nous allons tenter d'en énoncer quelques-uns. Les conseils peuvent être considérés comme un outil d'accompagnement et il est massivement utilisé. Néanmoins il faut en faire un usage précautionneux « le problème c'est quand il devient l'outil principal, voire le seul, ou celui que l'on sort en premier. Car le conseil fait perdurer la dissymétrie de la relation entre le professionnel (l'expert), occupant la position haute, et le parent, en position basse. »[87].

Dès que nous rencontrons les parents nous pouvons déjà être dans une démarche de soutien à la parentalité. La rencontre psychomotricien-parents est un moment primordial dans la prise en charge de l'enfant. Lors de cette rencontre il peut se jouer une communication et un échange infra-verbal enrichissant mutuellement. Durant les premières rencontres, il est fondamental que les parents se sentent en confiance rapidement car ils peuvent facilement rentrer dans un fonctionnement passif, taire leurs ressentis et perdre confiance. Afin de s'ouvrir aux professionnels, les parents doivent pouvoir sentir que le soignant est disponible et prêt à recevoir cette subjectivité parentale[88]. Lors de cette rencontre il est intéressant de faire preuve d'une écoute professionnelle, de porter attention aux informations données par les parents et à leurs demandes. Le fait d'écouter les parents, d'être dans une posture bienveillante va permettre aux parents d'avoir progressivement confiance. Cette relation de confiance est indispensable pour tisser une bonne relation thérapeutique entre les soignants et les parents et les enfants par la suite. Echanger par la parole, discuter avec les parents et l'entourage diversifié de l'enfant (soignants, éducateurs, famille) est un moyen à utiliser pour soutenir les parents. Il ne faut pas oublier les difficultés que la barrière de la langue peut faire émerger si les échanges ne se font que par la parole. La verbalisation par le thérapeute de ses observations concernant l'enfant en présence du parent peut aider le parent à comprendre l'attitude de son enfant. La posture d'aidant est primordiale, elle propose un étayage aux parents.

Selon une étude[89] le regard des soignants impacte l'acceptation et la participation des parents aux prises en soin de leur enfant. Le regard des professionnels joue un rôle très important, « le regard porté sur les parents, sur un enfant particulier, peut figer la communication ou au contraire l'élargir. »[90], et nous savons que la relation passe notamment

[86] REY, A. 1992, p.2508
[87] HIRN, F. 2016, p.45
[88] MOLENAT, F. 2013
[89] DUMARET, A.C. 2003/4
[90] MOLENAT, F. 2013, p.196

par la communication. Lors de séances parents-enfant en psychomotricité, le thérapeute doit accepter le regard des parents sur lui et sur l'enfant, mais surtout s'en saisir pour nourrir la relation thérapeutique et la relation parentale. A. Masson explique « l'importance de l'observation partagée »[91] ayant pour objectifs d'inclure les parents dans l'interrelation qui se joue lors de la séance, les restaurer dans leur rôle de parents avec leurs compétences parentales afin qu'ils participent aux soins. Il faut éviter de laisser croire aux parents que le psychomotricien est détenteur de la vérité et qu'ils se sentent inférieurs. Ces regards partagés enveloppent l'enfant et lui transmettent une unité corporelle. Les parents peuvent prendre appui sur le regard du psychomotricien. « Accueillir les parents, les écouter ne va pas sans les envelopper du regard afin de les aider à se rassembler, à se redresser. »[92], le regard est un phénomène infra-verbal puissant et fondamental, il fait partie des ressources que le psychomotricien peut utiliser pour soutenir la parentalité. Cette ressource peut aider les parents en difficulté à se construire une enveloppe. Il est important d'étayer les parents pour les aider à se repositionner dans leur rôle parental. Cet étayage des fonctions parentales est travaillé en parallèle de celui de l'enfant dans le but de favoriser la rencontre parents-enfant. Un regard pluridisciplinaire sur le suivi de l'enfant et de sa famille, possible sous le format d'un réseau, aide au soutien parental. Il est important que l'ensemble des soignants, éducateurs et travailleurs sociaux travaillent en cohésion[93].

Il ne faut pas oublier que les parents sont ceux qui connaissent le mieux leur enfant, les soignants sont présents pour accompagner et prendre en soins l'enfant et sa famille mais généralement les enfants passent la majorité de leur temps auprès de leurs parents. Ces derniers sont les premiers éducateurs de leur enfant. Il est important de mettre les parents en tant qu'acteurs dans la prise en charge de leur enfant et il ne faut pas les exclure. Selon F. Hirn[94], il faut construire un partenariat avec les parents pour une transmission mutuelle des savoirs et des compétences dans le but d'accompagner au mieux l'enfant dans son développement, il s'agit d'une coéducation. La notion de la (re)découverte de jouer avec son enfant est indéniable. Lors des séances parents-enfant en psychomotricité, les parents assistent et peuvent participer aux activités. Il faut être créatif pour montrer l'apport de la créativité liée au jeu.

Des groupes, ateliers thérapeutiques peuvent être proposés aux parents en présence ou non de leur enfant, cela permet de valoriser leurs compétences et de les renarcissiser. « Des outils spécifiques de soin ont été développés : l'observation du bébé, le travail à domicile, les accompagnements thérapeutiques, les groupes à visée thérapeutique – groupes d'enfants,

[91] MASSON, A. 2012, p.100
[92] *Ibid.*
[93] HOUZEL, D. 1999
[94] HIRN, F. 2016

groupes de parents… […] des groupes de parents et parents-enfants »[95]. Des réunions à thème, des rassemblements comme des café-parents, des groupes de parole peuvent être suggérés aux parents au sein des établissements de soin.

Il est possible de proposer des thérapies variées selon les besoins thérapeutiques de la famille, comme une thérapie systémique, psychanalytique, etc. Cette approche peut aider les familles en difficultés notamment concernant le sujet de la parentalité et des liens familiaux[96]. Il est également crucial de ne pas oublier la possibilité d'orienter les familles vers d'autres personnes et dispositifs ressources, comme des unités mère-enfant travaillant le lien maternel.

De nombreux livres sur le développement psychomoteur de l'enfant et sur l'éveil psychomoteur remplis d'explications et d'idées d'activités, sont à disposition des parents. Ce support papier peut être complété par un support visuel comme des vidéos. Il existe des livres associant des vidéos en QR-codes dans leur texte. Des magazines sont également accessibles. Les parents ont également majoritairement accès à Internet où ils peuvent facilement trouver des vidéos explicatives du développement de l'enfant mais aussi de jeux à faire à la maison et d'idées pour prendre soin au mieux de son enfant.

Des aides non médicales sont à la disposition des parents. Elles peuvent se présenter sous la forme d'associations de parents, d'ateliers parents-enfants pouvant être organisés dans des lieux d'accueil enfants-parents, d'ateliers parents ou d'ateliers enfants, des groupes, des forums existent également, tous ces dispositifs favorisant les échanges avec des professionnels (enseignants, éducateurs, par exemple) et d'autres parents. Il existe des associations ayant pour objectif principal de soutenir la parentalité. Il ne faut pas non plus sous-estimer l'importance du soutien que peut apporter la famille des parents, il s'agit d'une aide précieuse. Voici quelques ressources humaines ouvertes aux parents : Réseaux d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP), Association des Collectifs Enfants-Parents-Professionnels (ACEPP), Réseau *Diversity Early Childhood and Training* (DECET), association Enfance et Partage[97].

Il est utile de transmettre aux parents des connaissances sur le développement de l'enfant. La transmission des savoir-faire entre les professionnels de santé et les parents peut être une ressource sur laquelle s'appuyer pour soutenir la parentalité. Cette transmission peut se faire par des explications verbales. Ces dernières peuvent également s'accompagnées de démonstrations corporelles et de supports matériels diversifiés. Les parents témoignent[98] de l'importance de la transmission des savoirs, ils ont besoin progressivement que les éléments

[95] DUMARET, A.C. 2003/4, p.12
[96] HOUZEL, D. 1999
[97] HIRN, F. 2016
[98] COURTAIGNE, C., COURTAIGNE, N. 2002

concernant leur enfant leurs soient transmis afin de pouvoir tenter d'imaginer l'avenir, tout cela dans une démarche d'accompagnement parallèle. Ils affirment également que le fait que les informations aient différentes provenances (des professionnels de santé et de parents ayant vécu des situations similaires) permet une meilleure prise de conscience des difficultés de leur enfant.

Les parents d'un enfant porteur d'handicap s'expriment sur la notion de savoir et ne pas savoir. Ils affirment que le savoir des professionnels de santé n'est que relatif, ce savoir n'est pas figé et inconditionnel. Ils affirment : « au savoir fondé sur l'expérience des médecins et des professionnels, doit pouvoir s'ajouter la connaissance intuitive et affective que les parents ont de leur enfant. »[99]. Quoiqu'il en soit, l'annonce du handicap sera un traumatisme peu importe le moment choisi et les parents devront tenter de faire le deuil de l'enfant imaginé et désiré. Ainsi ils expliquent l'importance et leur droit de savoir car rester dans l'ignorance et un avenir incertain peut être davantage douloureux. Les parents ont beaucoup à apprendre face au handicap et/ou les difficultés de leur enfant. Pour cela il leur est nécessaire d'être accompagnés par les professionnels de santé notamment, « la familiarité progressive que doivent acquérir les parents avec leur enfant-monstre ne peut se faire harmonieusement sans qu'ils y soient aidés par ceux qui "savent". Seuls, ils risquent le fantasme et l'illusion. »[100]. La transmission des savoirs par les professionnels doit se faire de manière progressive, elle doit être combinée de conseils variés, et d'un accompagnement, un soutien parental. Les parents ne peuvent pas entendre l'annonce du diagnostic, les conséquences si elles sont connues et les conseils, d'un seul bloc. Un trop d'informations ne fait qu'engendrer une angoisse plus massive. Le but final, selon le témoignage de ces parents et leur travail au sein de leur association, est d'aider les parents ayant un enfant handicapé à prendre conscience de la réalité pour les accompagner à se construire un avenir.

Différents moyens existent pour soutenir les parents dans leur rôle mais quels sont leurs regards sur ces apports ?

3. Les prises en charge perçues par les parents

Le mot perception vient du latin *perceptio, -onis* signifiant l'action de recueillir, de récolter ; en philosophie il est utilisé en faisant référence à la connaissance. A partir de 1611 il définit « l'acte par lequel le sujet prend connaissance des objets qui ont fait impression sur ses

[99] COURTAIGNE, C., COURTAIGNE, N. 2002, p.65
[100] *Ibid.* p.69

sens »[101]. Ce terme définit également ce qui est perçu par l'esprit selon le dérivé du latin philosophique.

a) Perceptions des parents concernant les soins

Il n'existe pas à ce jour de recherches scientifiques concernant la perception des parents sur la prise en charge exclusive en psychomotricité mais uniquement des témoignages sur des sites internet ou sous forme d'articles rédigés par des psychomotriciens ainsi que des études sur les ressentis parentaux en lien aux soins prodigués à leur enfant.

Une étude réalisée[102] rend compte du travail effectué auprès de familles très carencées et suivies dans deux institutions différentes : en Unité de Soins Spécialisés à Domicile de jeunes enfants et en CAMSP ; elle fait aussi part de témoignages parentaux. Ces familles ont été interrogées plusieurs années après leurs suivis dans ces institutions. Les suivis comprenaient des prises en charge thérapeutiques précoces et de la guidance parentale, les deux prises en charge ou une seule pouvant avoir été suggérées aux familles. Un des questionnements principaux de cette étude concerne « la manière dont ces parents perçoivent les propositions qui leur sont faites »[103]. Dans cette étude, il est expliqué que le point de vue des parents est important pour comprendre et apprendre quelle est leur perception des soins selon ceux qu'ils ont reçus et la réappropriation qu'ils en font. L'aspect thérapeutique des soins peut se situer ailleurs, selon le ressenti des parents, par rapport à la recherche thérapeutique initiale ou première du professionnel. Les familles participant à cette étude avaient d'importantes difficultés engendrant des relations parents-enfants complexes et peu enrichissantes. Ces enfants avaient généralement un retard de développement psychomoteur.

Pour aider ces familles, les institutions ont différentes manières de travailler et des objectifs divers. L'étude citée auparavant explique que les directives de prises en charge établies par le CAMSP consistent dans un premier temps à construire une relation de confiance entre les parents et les soignants. L'objectif suivant concerne la valorisation parentale au travers de leurs compétences et de leur identité sociale permettant ainsi aux parents d'avoir une image positive d'eux-mêmes. Dans différents ouvrages littéraires nous pouvons retrouver cette notion de valorisation des compétences parentales dans le but de les soutenir. Des vacances en maison familiale sont également organisées et proposées.

Les analyses de cette étude montrent que certaines mères peuvent percevoir le but préventif et thérapeutique des prises en charge. Les mères n'ont pas toutes la même richesse de

[101] REY, A. 1992, p.2654
[102] DUMARET, A.C. 2003/4
[103] *Ibid.* p.9

description de leur enfant, certaines restant très brèves. Le témoignage d'une mère explique qu'elle a fait la distinction entre sa participation à un groupe et la prise en charge de son enfant en psychomotricité. « Nombreuses sont celles qui ressentent le besoin de dire qu'elles ont été à l'initiative de cette aide envers leur petit enfant, mais aussi qu'elles n'ont pas tout accepté »[104] : ainsi ces mères expriment l'importance qu'elles portent à leur rôle maternel par l'aide et la réponse aux besoins de leur enfant qu'elles amènent tout en gardant un certain contrôle. La majorité des familles qui ont été suivies peuvent exprimer les influences positives des soins sur l'ensemble de la famille, pour les parents et les enfants. L'étude relève que « plusieurs [mères] utilisent le mot "libéré" pour signifier qu'elles ont pu exprimer des émotions, des souffrances ont été verbalisées »[105], démontrant l'importance d'écoute et d'empathie dont fait preuve le soignant dans le cadre sécurisant qu'il propose afin de créer une alliance thérapeutique aidante pour les parents, toujours dans le but de favoriser le développement de l'enfant.

Le regard des professionnels sur les parents a un impact très important pour ceux-ci mais également pour leur enfant. Les participants à l'étude ont témoigné dans ce sens : « le regard porté par les soignants a été perçu comme chaleureux et empathique : les parents se sentaient considérés comme des parents ayant leurs compétences, et non comme des patients ou des parents maltraitants. Les enfants eux aussi ont perçu ce regard, ils ont découvert que leur mère était appréciée pour ses talents de brodeuse, etc. »[106]. L'implication des parents dans les prises en charge dépend de leur relation thérapeutique et de confiance avec les soignants. L'étude démontre que malgré les aprioris des parents au début des prises en charge, la majorité ont perçu les bienfaits et l'importance des soins pour leur enfant. Ces soins ont amélioré les relations parents-enfant. Les enfants suivis se développent et certains n'ont presque plus ou n'ont plus du tout de difficulté. Ainsi le discours des parents est positif concernant les soins et les accompagnements reçus. Le plus important n'est pas que les parents puissent expliquer précisément les prises en charge de leur enfant mais qu'ils en ont compris l'intérêt.

Pour conclure, l'étude explique « [que l'] on constate qu'aujourd'hui nombre de ces parents assument leur parentalité, la maltraitance physique a disparu, que certains sont sortis de l'exclusion sociale. D'une façon générale, on note que c'est l'approche la plus pragmatique, avec son aspect pédagogique, qui a été le mieux perçue par les parents les plus démunis socialement et intellectuellement. D'autres, disposant de plus de ressources intellectuelles, peuvent parler des aspects relationnels du soin psychique »[107]. Dorénavant les parents sont dans une démarche leur permettant plus facilement de demander de l'aide. Pour atteindre ces

[104] DUMARET, A.C. 2003/4, p.15
[105] *Ibid.* p.20
[106] *Ibid.* p.18
[107] *Ibid.* p.22

objectifs de prises en charge pour aider les parents dans leur rôle parental et favoriser le développement psychomoteur des enfants, des ressources ont pu être mises en place et suggérées aux parents. Il est particulièrement intéressant de porter attention à la perception de ces ressources par les parents.

Un article[108] recense différentes études internationales sur le travail des soignants en néonatalogie et les points de vue parentaux. Lors d'une étude menée par Aronson en 2009, quatre-vingt-dix-huit familles ont été interrogées par des questionnaires. Un taux de satisfaction important a été observé : « plus des trois quarts [des parents] estimaient que leur présence influençait de façon positive les soins prodigués à leur enfant, que cela les aidait et les mettait plus en confiance par rapport à l'équipe médicale »[109]. La présence régulière des parents lors des soins de leurs enfants leur a permis de mieux comprendre les soins et de les rassurer. Une étude suédoise, réalisée par Kleberg en 2007, a démontré l'intérêt du programme NIDCAP® (*Neonatal Individualized Developemental Care and Assessment Program,* consiste à prendre en charge les nourrissons individuellement dans leurs soins de développement) à trente-six semaines aménorrhées[110] par rapport à des soins de développement classiques non individualisés. Les mères témoignent d'un meilleur soutien maternel par les soignants participants à ce projet. Il semblerait que les mères se sentent plus en relation avec leur enfant grâce à ce programme. Néanmoins cette distance corporelle et relationnelle rapprochée entre la mère et son enfant engendrerait de l'anxiété maternelle plus importante. Les médecins auteures de cet article ont également interrogé les parents par le biais de questionnaires en lien avec le programme NIDCAP®. La majorité des parents expliquent leur réassurance par les échanges et les observations effectuées avec les soignants, ce qui leur a permis de comprendre les réactions de leur enfant et de s'y adapter. Ce dispositif les valorise dans leur fonction parentale et a joué un rôle de soutien pour le retour à la maison. Ils témoignent : « J'observe mon enfant, j'arrive à comprendre ses besoins et ajuste mes actions en conséquence…" »[111]. Ainsi, le fait d'assister aux soins et celui d'échanger avec les soignants, rassurent les parents ; revalorisés, ils se sentent en confiance et ils rencontrent progressivement leur enfant.

Les parents témoignent des apports positifs des prises en soin qui leurs sont destinées. Néanmoins pour les soutenir dans leur rôle de parents des ressources existent également, quelles en sont leurs perceptions ?

[108] GLORIEUX, I., MONTJAUX, N., BLOOM, M-C., CASPER, C. 2012/1
[109] *Ibid.* p.47
[110] *Ibid.* p.49
[111] *Ibid.* p.49-50

b) Perceptions des ressources par les parents

Dans les témoignages récupérés par la première étude exposée[112], les parents citent entre autres les rééducations en orthophonie et en psychomotricité. Ainsi les parents sont conscients des prises en charge de leur enfant mais non spécifiquement des autres outils qui sont à leur disposition comme les séjours de vacances en familles d'accueil. L'auteur de l'étude, pour comprendre émet l'hypothèse que ces oublis sont liés à des sentiments difficiles dus à la séparation avec l'enfant ou que les parents cachent leurs difficultés parentales. Les familles sont davantage marquées par les soins quand ceux-ci se déroulent à domicile et par des professionnels les accompagnant à l'extérieur. « Peu d'entre elles parlent de leur suivi individuel, sauf quand la relation a duré assez longtemps »[113] : cela signifie qu'une prise en charge régulière et hebdomadaire aurait plus d'impact, en tout cas dans les souvenirs des parents. En est-il de même pour l'impact sur les relations familiales et les sollicitations quotidiennes pour aider au développement de l'enfant ?

L'étude montre que les activités groupales sont une ressource qui semble être très investie par les parents en lien avec les modalités conviviales et de découvertes qu'elle propose. En effet, cette ressource leur apporte du soutien et des expériences, comme en témoigne une mère : « dans ce lieu enveloppant et contenant, les parents retrouvent des émotions, ils se sentent exister, ils régressent parfois en se mettant à jouer : "*On rigolait bien, on pouvait s'éclater, jouer aux eux*" »[114]. Ainsi est réduit le phénomène d'isolement de ces familles. Ce dispositif leur permet de se sentir valoriser en tant que parent et de jouer avec leur enfant, alors les objectifs de soutien à la parentalité pour améliorer le développement de l'enfant sont atteints. Les familles sensibles à cette ressource enrichissante pourront se souvenir de ce qui a été proposé lors des séances groupales et s'en inspirer lors de situations quotidiennes en famille.

A ces retours positifs s'ajoute une notion de plaisir décrite particulièrement par les mères au travers les différentes rencontres. Le cadre de cette ressource est très important et peut servir de référence et d'ancrage dans la réalité : « pour certains parents, la régularité de la venue et de la participation au groupe leur a offert des repères et une certaine normalisation : "Ça m'a appris à rester stable… […]" »[115]. La régularité des rencontres du groupe aide les parents à s'ancrer dans la réalité. Un parent plus stable, installé sereinement dans la réalité quotidienne, sera plus disponible pour son enfant. « Avec la revalorisation progressive des parents dans leurs compétences parentales, les réponses aux besoins des enfants sont devenues plus adéquates.

[112] DUMARET, A.C 2003/4
[113] *Ibid.* p.16
[114] *Ibid.* p.17
[115] *Ibid.* p.20

Non seulement les parents devenus autonomes, mais en outre ceux dont la situation s'est améliorée et stabilisée […] ont acquis une certaine confiance dans leur avenir et la possibilité de faire des projets ; ils se sont ouverts au monde extérieur »[116] : tous les bienfaits apportés par cette ressource imprègnent les relations parents-enfants et favorisent le développement psychomoteur de l'enfant.

Dans l'article décrivant le point de vue des parents et les études menées en néonatalogie, les auteures évoquent un programme COPE (*Creating opportunities for parent empowerment*), proposé par Melnyk en 2006, à visée éducative et comportementale destiné aux parents[117]. Dans ce programme les parents reçoivent des supports écrits et des vidéos leur enseignant les réactions et le développement des enfants nés prématurément, en plus de conseils de sollicitations. Durant cette étude, il est observé une diminution du stress, des dépressions et de l'anxiété maternels. Les parents témoignent d'une valorisation parentale leur permettant de mieux s'adapter à leur enfant.

Deux psychomotriciennes[118] ont écrit un article autour de leur travail d'accompagnement de la relation parents-enfant. Leurs objectifs sont de montrer les compétences de l'enfant à ses parents et d'élaborer des jeux adaptés pour l'enfant avec les parents, tout en les rassurant. Les parents témoignent de leur ressenti des soins psychomoteurs apportés : « cette participation [en séance de psychomotricité parents-enfant] est enrichissante en différents points. Tout d'abord, on apprend à jouer avec son enfant et ses handicaps. On nous donne quelques astuces pour aider notre enfant à développer ses points faibles, tout en s'amusant ; ainsi, les parents s'informent. Ensuite, c'est très agréable d'avoir le sentiment de reproduire à la maison ces gestes adaptés aux besoins de notre enfant ; on se sent, ainsi, moins impuissants. »[119].

« Notre petite fille a pu se détendre sur un énorme ballon, elle a pu également découvrir différents instruments de musique, jouer à des tas de jeux et tout cela dans le calme et la joie. C'est tellement important de prendre en considération les besoins, les envies, mais aussi les capacités de nos enfants pour leur permettre d'évoluer. »[120].

Ces témoignages font référence aux ressources proposées par la psychomotricienne, les parents utilisant le mot astuces pour en parler. Cette transmission permet aux parents de réutiliser et de s'approprier les conseils en dehors des séances de psychomotricité, cela les

[116] DUMARET, A.C. 2003/4, p.20-21
[117] GLORIEUX, I., MONTJAUX, N., BLOOM, M-C., CASPER, C. 2012/1, p.48
[118] RAHOUX, C., SIMEONI, F. 2008/1
[119] *Ibid.* p.291
[120] *Ibid.*

rassure. Ce dispositif permet également aux parents de prendre conscience de l'intégrité humaine de leur enfant, un enfant avec des besoins, des émotions et des compétences malgré ses difficultés et/ou son handicap. Il favorise le développement des interactions entre les parents et l'enfant. Dans cet article, les psychomotriciennes expliquent que les parents découvrent et investissent des idées de jeux et des outils qu'ils pourront réutiliser au domicile familial. Cela permet de favoriser le développement psychomoteur et cognitif de l'enfant en tout lieu.

Dans un numéro spécial de la revue de l'ANECAMSP les parents ont pu choisir des articles déjà parus pour les regrouper. Les parents d'enfants porteurs d'un handicap en profitent pour exprimer leur point de vue et ils témoignent de l'apport positif de cette revue : « Pour nous, parents, l'accès à de telles revues peut, en plus d'être une extraordinaire source d'enrichissements culturels, nous aider à comprendre nos comportements face à des situations complexes et douloureuses »[121]. Ils rajoutent que cette ressource donne la possibilité de réfléchir aux situations complexes rencontrées selon ses propres expériences.

Nous constatons que les parents peuvent avoir accès à différentes ressources pour les accompagner dans le développement psychomoteur de leur enfant et dans leur rôle de parents. Chaque parent va se saisir de ce qu'il a à sa portée et se l'approprier d'une manière qui lui est propre. Ainsi il est nécessaire de prendre en considération les réactions des parents face au retard psychomoteur de leur enfant et par rapport aux ressources proposées pour améliorer les sollicitations quotidiennes mais également d'écouter leurs demandes, dans le but d'établir l'utilité de la communication psychomotricien-parents comme une ressource.

La principale interrogation de l'étude Sodereper reprend cette réflexion : comment les parents d'un enfant ayant un retard de développement psychomoteur perçoivent-ils les ressources suggérées par le psychomotricien pour améliorer les sollicitations quotidiennes ? De cette question centrale découle de nombreux questionnements, organisés de la manière suivante :

- Existe-t-il un lien entre les modalités des sollicitations quotidiennes et le développement psychomoteur de l'enfant ? Le développement psychomoteur est-il influencé par les relations familiales et l'environnement ?
- Les sollicitations quotidiennes varient-elles selon le niveau de conscience des parents concernant le retard de développement psychomoteur de leur enfant ? Les sollicitations quotidiennes sont-elles moindres quand les parents ont un faible niveau de conscience concernant le retard de développement psychomoteur de leur enfant ? Inversement, les

[121] MAUNORY, S., BOISSEAU. M-P. 2002, p.5

sollicitations quotidiennes sont-elles majorées quand les parents ont pleinement conscience du retard de développement psychomoteur de leur enfant ?

- Comment sont perçues les ressources par les parents ? Comment les parents s'approprient-ils les ressources suggérées ? Les parents s'approprient-ils davantage les ressources qu'ils percevraient comme une aide et un soutien ?
- Les parents sont-ils demandeurs d'outils et de ressources accompagnateurs pour les aider et améliorer les sollicitations psychomotrices auprès de leur enfant au quotidien ?

Comment avoir connaissance des perceptions et des besoins des parents ? Puis comment analyser leurs réponses ?

PARTIE II : COMPRENDRE LA PERCEPTION ET LES BESOINS DES PARENTS : METHODOLOGIE EXPERIMENTALE

1. Objectifs et contexte de l'étude

a) Le contexte de l'étude

Lors de la réalisation de différents stages au sein de différentes institutions, cabinet libéral, pouponnière, service de néonatalogie, CAMSP, service de pédiatrie et CMP, j'ai observé que certains parents semblaient démunis face au retard de développement psychomoteur de leur enfant. Ainsi la psychomotricienne prenant en soin l'enfant est amenée à formuler des conseils et à proposer des aides pour soutenir les parents pour le bon développement de l'enfant.
Cependant la barrière de la langue et les différences culturelles peuvent rendre plus difficile la communication entre le psychomotricien et les parents concernant les sollicitations psychomotrices indispensables pour le bon développement psychomoteur de l'enfant. A cette difficulté s'ajoute la non-conscience ou le déni de certains parents concernant les difficultés de leur enfant.

Etant confrontée à la difficulté que les psychomotriciennes ont rencontré à transmettre des conseils aux parents pour davantage solliciter leur enfant de manière simple et ludique, pour donner un cadre et limiter les écrans, je me suis interrogée sur l'existence d'outils. J'ai cherché s'il existait des outils pouvant être utilisés comme des ressources pour favoriser la communication entre les professionnels et les parents au sujet du cadre et des sollicitations adaptées à adopter au quotidien. Il existe effectivement des affiches par thèmes, des livres d'activités et d'idées, des livres expliquant le développement psychomoteur des enfants, des kits d'éveil et autres supports diversifiés.
Cependant les ressources transmises par les psychomotriciens ne se limitent pas à des supports papiers : cela peut être également des conseils oraux ou encore des orientations vers des personnes ressources (prise en charge complémentaire médicale ou paramédicale, accueil en crèche, ateliers parents-enfants, par exemple). Les psychomotriciens peuvent également fabriquer leurs propres outils, outils personnalisés pour chaque enfant et parents, éventuellement en collaboration avec les parents qui participent à la création du support. Une psychomotricienne m'a expliqué qu'elle fabriquait le support avec les parents, en prenant des photos des postures et activités réalisées en séance pour que ceux-ci aient l'opportunité de les reproduire à la maison.

Au-delà de ces créations conjointes encore marginales, je me suis demandée si les parents avaient accès à ces divers supports sur internet et en librairie, et s'ils retenaient puis appliquaient les conseils transmis par les psychomotriciens. Il ne faut pas perdre de vue que ces ressources, comme je les entends, ont pour but de solliciter le développement psychomoteur des enfants et d'aider les parents à participer au développement psychomoteur de l'enfant.

Ainsi je me suis interrogée sur la manière la plus simple et la plus accessible pour venir en soutien aux parents quelles que soient leurs difficultés et leur compréhension du français. Puis je me suis rendue compte que la première question à poser concernait la manière dont les parents perçoivent les ressources existantes et transmises et s'ils souhaitaient en avoir davantage.
Cette question posée a entraîné d'autres interrogations concernant les sollicitations quotidiennes des enfants ayant un retard de développement psychomoteur et concernant la communication entre les psychomotriciens et les parents. J'ai alors décidé de trouver un moyen pour y répondre. Je me suis orientée vers un mémoire expérimental pour questionner les parents d'enfants ayant un retard de développement psychomoteur et les psychomotriciens prenant en charge ces enfants.

Différentes institutions thérapeutiques ont accepté de participer à l'étude. La distribution des questionnaires a eu lieu au sein d'un CMP, d'un CAMSP, d'un service de pédiatrie générale et de deux cabinets libéraux. L'étude a débuté en août 2017 mais les structures ont été sollicitées d'octobre 2017 à mars 2018.
Cette diversité institutionnelle était un choix afin de cibler des populations variées, des modalités de prises en charge différentes et des causalités de retard de développement psychomoteur divers. Je suppose que selon les structures thérapeutiques et les régions françaises les problématiques des patients diffèrent et les résultats de l'étude varient en parallèle. L'ensemble des établissements se situe sur deux régions différentes mais ils sont proches géographiquement et j'ai tenté de varier au maximum les types d'institutions. Je n'ai pas pu avoir davantage de lieux de distribution car il me semblait important d'avoir un lien avec chaque institution et de connaître au moins un psychomotricien y travaillant. Ainsi j'ai contacté les institutions dans lesquelles j'ai réalisé un stage. Au départ, je souhaitais également inclure dans l'étude deux services de néonatalogie mais les critères d'inclusion ne correspondaient pas aux modalités des prises en charge pour une partie des patients et de leur famille. De plus, le temps d'hospitalisation en service de néonatalogie est un moment dans la vie des nourrissons et des parents difficile et les questionnaires les auraient replongés dans la souffrance et les difficultés qu'ils traversaient.

b) Les objectifs

L'objet de l'étude, ce qu'elle porte, est d'appréhender la perception des parents concernant les ressources suggérées par les psychomotriciens pour améliorer les sollicitations quotidiennes.

L'objectif principal de l'étude est de trouver des pistes de communication entre le thérapeute et les parents d'un enfant ayant un retard psychomoteur, afin de les aider au quotidien à prêter attention au développement psychomoteur de leur enfant et d'adapter au mieux les sollicitations proposées.
Pour aboutir à ce travail, j'ai réalisé une recherche exploratoire et j'ai choisi puis appliqué une certaine méthodologie en lien avec l'outil de recherche sélectionné que sont les questionnaires. Par cette démarche expérimentale j'ai recherché à identifier le développement psychomoteur, la situation familiale et environnementale, les sollicitations quotidiennes, les besoins psychomoteurs des enfants, la conscience parentale, la perception, l'utilisation et la nécessité des ressources proposées par les psychomotriciens et l'alliance thérapeutique. Le but est de recueillir toutes ces informations par la transmission de questionnaires auprès des parents d'enfants ayant un retard de développement psychomoteur et auprès des psychomotriciens suivant ces enfants et familles.

L'autre objectif est d'analyser les ressources qui sont proposées aux parents par les psychomotriciens en lien avec les sollicitations quotidiennes, d'interroger l'utilité de la communication psychomotricien-parents comme une ressource et surtout de répondre à mon interrogation principale, comme l'explique J-C. Vilatte : « L'idée d'un questionnaire jaillit sous la pression d'un problème général à résoudre, de la recherche de réponses à la question qu'on se pose, d'un besoin d'information sur un problème psychosocial. »[122].

2. Population ciblée

La population ciblée concerne des enfants ayant un retard de développement psychomoteur global et/ou spécifique mis en avant par un bilan psychomoteur. Il est nécessaire que les enfants et les parents sélectionnés pour participer à l'étude répondent aux critères d'inclusion suivants :

- Enfant âgé de 0 à 5 ans 11 mois et 29 jours.

[122] VILATTE, J-C. 2007, p.5

- Enfant ayant un retard de développement psychomoteur diagnostiqué par un bilan psychomoteur.
- Enfant présentant un retard de développement psychomoteur évalué par rapport à son âge corrigé uniquement si l'enfant est prématuré.
- Enfant présentant un retard de développement psychomoteur évalué par rapport à son âge réel si l'enfant est né à terme ou si l'enfant a 2 ans ou plus.
- Enfant ayant un suivi en psychomotricité.
- Enfant suivi aux âges clés de son développement (hospitalisation de jour ou consultations externes).
- Parents comprenant, parlant et écrivant français et/ou anglais et/ou espagnol et/ou arabe.

Afin de sélectionner précisément les participants à l'étude, des critères de non-inclusion ont été également établis, ce sont les suivants :

- Enfant âgé de plus de 6 ans.
- Enfant hospitalisé.
- Enfant en cours de placement familial.
- Enfant n'étant pas resté au domicile parental.
- Enfant ayant des parents avec un trouble psychique avéré.
- Parents ne comprenant pas une des quatre langues traduisant le questionnaire destiné aux parents.

J'ai déterminé cette population car le développement psychomoteur est très important durant les premières années de vie. Il s'agit d'une tranche importante durant laquelle les premières étapes psychomotrices se mettent en place. L'école étant obligatoire à partir de six ans, les enfants changent de rythme à cet âge et de types de sollicitations, et je trouve intéressant de porter mon attention sur les enfants d'âge préscolaire et maternelle.

3. Protocole de recueil de données

a) Déroulement de l'étude

La méthode choisie se déroule en plusieurs étapes. Tout d'abord il y a la création des documents et des matériels qui composent l'étude, s'ensuit la distribution des questionnaires au sein des institutions participantes, puis la récupération des documents et le recueil des données. Ensuite il faut regrouper les données et les saisir informatiquement pour enfin analyser les résultats obtenus.

J'ai créé les documents qui composent l'étude. Afin de répondre à mes hypothèses et de récolter des données pour ensuite les analyser, quatre types de documents ont été transmis à toutes les institutions participantes :

- Une feuille d'inclusion pour les psychomotriciens[123], expliquant l'étude réalisée, la démarche méthodologique de la distribution et le recueil de données,
- Une lettre d'information et de consentement pour les parents[124], informant les parents du contexte de l'étude menée et demandant leur accord pour y participer,
- Un questionnaire pour les parents[125], regroupant toutes les informations nécessaires à l'étude pouvant être transmises par les parents,
- Une fiche de renseignements pour les psychomotriciens[126], composée de questions complémentaires au questionnaire destiné aux parents.

Les documents destinés aux parents ont été traduits en quatre langues : en français, en anglais, en espagnol et en arabe littéraire. Les traductions anglaise et espagnole ont été corrigées par des personnes bilingues, de même pour la traduction en arabe littéraire. Cette démarche de traduction avait pour objectif de cibler le maximum de familles et ne pas être bloqué par la barrière de la langue. Cela permet également d'obtenir des réponses plus fidèles et de ne pas imposer le français mais se rendre dans la zone de confort des participants.
Le nombre de documents distribués varie selon les structures et les populations accueillies. Le plus grand nombre de questionnaires transmis à l'ensemble des institutions était en français. Puis les exemplaires transmis en plus grand nombre étaient en arabe littéraire pour le CMP et le CAMSP, et en anglais pour le service de pédiatrie et les cabinets libéraux. Cette répartition a été effectuée selon mes observations en stage et les demandes des établissements.
Les documents distribués étaient accompagnés d'autres matériels, de deux pochettes en carton pour le rangement et d'une urne (pour le CMP et le CAMSP), pour faciliter la distribution des questionnaires et le recueil des données.

Dans un premier temps, je me suis rendue dans chaque institution pour présenter l'étude et demander leur accord pour y participer, en dehors du CMP où je suis en stage chaque semaine pour lequel la démarche fut différente. J'y suis retournée une deuxième fois pour transmettre l'ensemble des documents. Concernant le CMP, j'ai présenté mon étude individuellement au pédopsychiatre chef du service puis à l'ensemble de l'équipe lors d'une journée institutionnelle. J'ai transmis les documents à toutes les institutions la semaine du 13 novembre 2017. Une urne a été transmise au CAMSP et au CMP, elles ont été disposées aux secrétariats, pour que les

[123] *Cf.* Annexe 1
[124] *Cf.* Annexe 2
[125] *Cf.* Annexe 3
[126] *Cf.* Annexe 4

parents puissent déposer les questionnaires remplis sans faire appel au psychomotricien. Les autres structures n'ayant pas de secrétariat, il était demandé aux psychomotriciens de récupérer eux-mêmes les questionnaires.

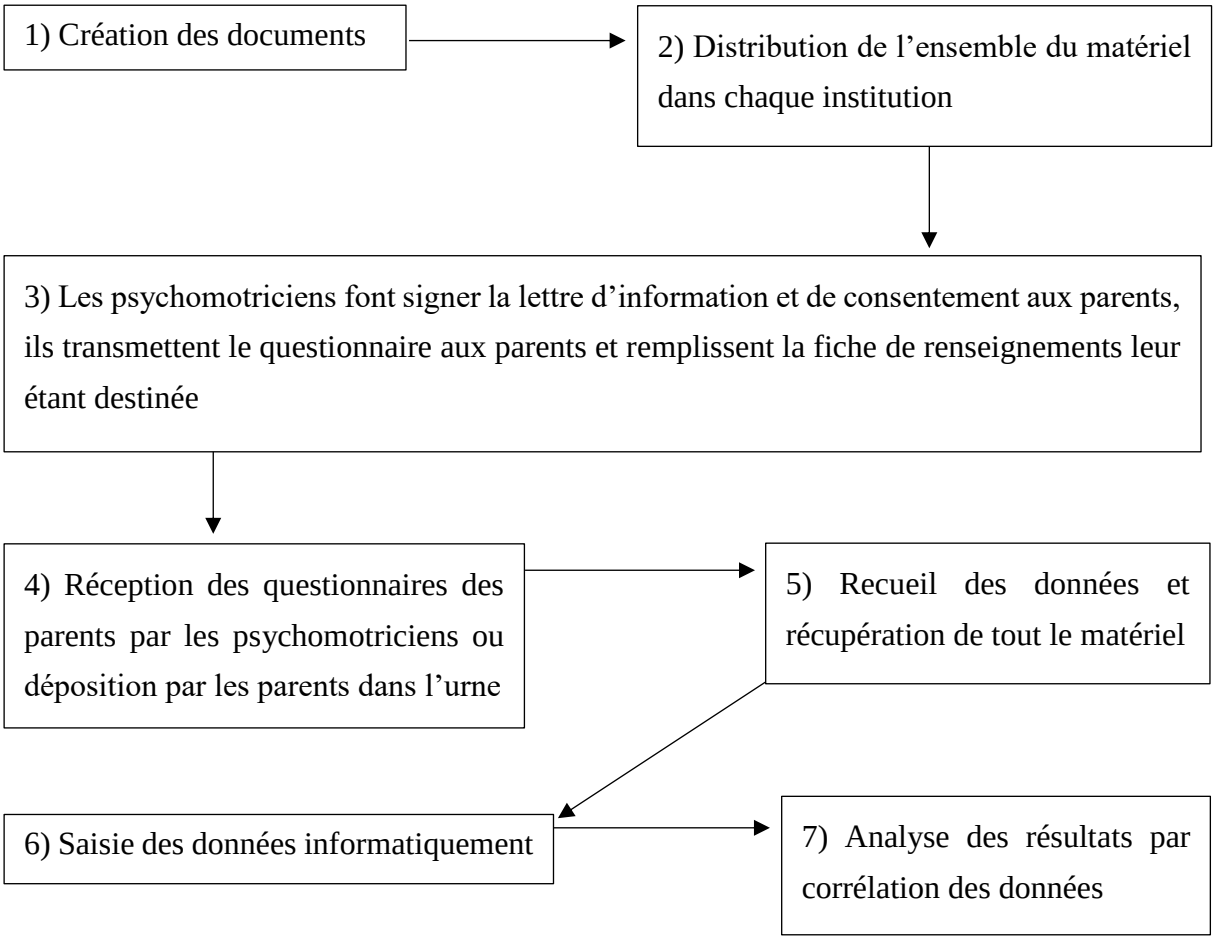
La distribution des questionnaires est l'aboutissement de plusieurs étapes. Le psychomotricien, après avoir pris connaissance des critères d'inclusion et de non-inclusion, va pouvoir sélectionner les familles pouvant participer à l'étude. Il est demandé aux psychomotriciens de sélectionner la langue des documents transmis aux parents parmi les quatre traductions. Puis l'étude est présentée et proposée aux familles sélectionnées. Ensuite les thérapeutes doivent faire signer la lettre d'information et de consentement aux parents pour les informer de l'étude menée et recueillir leur consentement pour y participer. Dans un second temps, les psychomotriciens transmettent le questionnaire destiné aux parents. Il leur est demandé d'accompagner les parents pour répondre au questionnaire si ces derniers en expriment le besoin, dans l'idée de recueillir des réponses les plus fidèles possibles passant par une bonne compréhension des questions et des éléments de réponses. Il est conseillé que les parents remplissent le questionnaire au sein de l'institution afin d'avoir le maximum de retour. Le risque lorsque les parents remportent le questionnaire chez eux est qu'ils oublient de le rapporter. Une fois les questionnaires remplis il est possible que les thérapeutes les récupèrent en main propre, en fin de séance par exemple, ou les parents ont la possibilité de le déposer dans l'urne pour les structures en disposant.
Pour faciliter le recueil de données, une seconde pochette en carton vide a été transmise, au départ, afin d'y glisser l'ensemble des documents remplis par les psychomotriciens et par les parents. Le but recherché par cette organisation est de rendre plus facile la distribution et le recueil des questionnaires pour les thérapeutes.
Pour un recueil de données maximal, il était également demandé aux psychomotriciens de remplir une fiche de renseignements pour chaque famille participant à l'étude. Ce questionnaire sera corrélé à celui des parents afin de croiser les réponses et d'avoir un maximum d'éléments pour répondre à mes hypothèses.

Le psychomotricien n'a pas pour seul rôle de distribuer les questionnaires. Ce dernier a également une feuille de renseignements à remplir portant sur le suivi de l'enfant et sa famille, et les observations de la dynamique familiale. Mais l'apport du thérapeute à l'étude ne se limite pas à la transmission, à la récupération et à la complétion des documents.

L'ensemble des documents ont été récupérés en main propre la semaine du 26 février 2018 pour le CAMSP. Les cabinets, le CMP et le service de pédiatrie n'ayant pu distribuer les

questionnaires pour diverses raisons, que j'expliquerai plus loin[127], il n'y a pas eu de recueil de données.

Schéma du parcours du déroulement de l'étude



Il m'a été conseillé de donner un nom à mon étude afin d'échanger autour d'une nomination commune avec les institutions et les personnes m'entourant dans cette expérience, cela rendant les échanges plus clairs et fluides. De plus, cette recherche pourrait être réutilisée lors de ma poursuite d'études. La nomination est basée sur les quatre mots-clés du sujet, que je rappelle : le développement psychomoteur, la perception, les ressources et les sollicitations. J'ai alors sélectionné la première syllabe de chacun de ces mots. Il en est ressorti le nom « Sodereper » signifiant : les sollicitations du développement psychomoteur par des ressources perçues.

Ce nom apparaît sur tous les documents constituant l'étude, également sur les pochettes cartonnées et les deux urnes mises à disposition.

[127] *Cf. infra* p.72

b) Méthodologie choisie et appliquée

J'ai choisi d'utiliser l'outil du questionnaire pour répondre à mes interrogations et récolter des éléments de réponse afin de les analyser.
Je me suis appuyée sur le document rédigé par J-C. Vilatte, pour élaborer mes questionnaires.

Le questionnaire est un outil permettant de récolter des informations, des données diverses selon chaque individu interrogé. Ce dernier a un apport quantitatif que j'utilise dans un premier temps pour ensuite faire des statistiques descriptives. Le questionnaire a pour but de valider ou invalider les hypothèses. Il a été construit selon les critères que je cherchais à mettre en évidence, c'est-à-dire des facteurs[128].

La rédaction définitive des questionnaires a pris plusieurs semaines afin de bien penser chaque question et éléments de réponses proposés.
Les questionnaires sont composés de questions fermées, à choix multiples, avec des propositions de réponses et pour certaines la possibilité de donner une autre réponse non suggérée en remplissant la dernière ligne « autre ». Le but est de suggérer un panel de réponse pour rendre facile et rapide la complétion des questionnaires et le codage. De nombreuses questions n'ont que deux modalités de réponse, ainsi les parents et les psychomotriciens n'ont qu'à cocher « oui » ou « non », de plus cela facilite le codage. Quelques questions demeurent ouvertes afin de pouvoir proposer suffisamment d'éléments de réponses recouvrant le maximum de situations mais également pour laisser davantage de liberté dans les réponses. Pour ces questions il est nécessaire de faire une analyse préalable au codage.
La présentation du questionnaire destiné aux parents est faite par les psychomotriciens et la lettre d'information et de consentement, mais les parents répondent seuls au questionnaire, sauf s'ils expriment un besoin d'aide, il s'agit d'une auto-administration.

Chaque question et proposition de réponse ont été pensées afin de recueillir le maximum de données permettant de répondre aux hypothèses, mais aussi dans une idée de ne pas heurter la sensibilité des personnes répondant aux questionnaires, dans le respect de l'anonymat et de la vie privée de chaque famille.
Les questions ont également été rédigées avec des valeurs de non-jugement et s'appuyant seulement sur des observations et des constations de la part des parents et des psychomotriciens. Ainsi, la question « Est-il ou aurait-été-il intéressant / nécessaire d'avoir une ressource en aide aux stimulations d'éveil psychomotrices pour les parents ? » n'a pas été utilisée dans la fiche

[128] *Cf. infra* p.53

de renseignements pour les psychomotriciens car cela demande un jugement de leur part concernant les parents.

Les questionnaires ont été pensés pour suivre un déroulement de pensée qui me paraissait logique. Cela se réfère au projet du questionnaire, comme l'explique J-C. Vilatte « [le projet du questionnaire est une] sorte de canevas traçant les grands traits du questionnaire. Il s'agit de poser les questions principales par rapport à l'objet de l'enquête. »[129].

Le questionnaire destiné aux parents est décomposé en quatre grandes parties commençant par des renseignements globaux, pour enchaîner avec la prise en charge en psychomotricité de l'enfant, puis la vie quotidienne correspondant majoritairement aux sollicitations quotidiennes et le comportement de l'enfant, pour finir sur la partie de la perception des ressources répondant à la question principale et l'un des objectifs de l'étude. Il en est de même pour la fiche de renseignements destinée aux psychomotriciens. Cette dernière débute sur des questions identitaires, puis d'observations psychomotrices majoritairement pour établir l'intensité du retard psychomoteur de l'enfant, ses besoins et pour recueillir des informations concernant la prise en charge en psychomotricité, pour finir avec la posture tiers du psychomotricien et la perception des ressources.

Le questionnaire destiné aux parents est composé de nombreuses questions mais il a été rédigé de manière à ce qu'il ne soit pas trop long à remplir. Il faut prendre en considération la longueur du document pour ne pas effrayer et penser à la fatigabilité des personnes le remplissant. Il a été constaté qu'il faut environ une quinzaine de minutes sans interruption pour y répondre.

La fiche de renseignement destinée aux psychomotriciens a été conçue dans la même recherche. Néanmoins il est composé d'un nombre inférieur de questions, il est nécessaire d'y consacrer une dizaine de minutes pour y répondre.

[129] VILATTE, J-C. 2007, p.8

Les informations principales des questionnaires sont regroupées dans le tableau suivant :

Protocole de recueil de données

Type de questionnaire	Destinataires	Durée pour répondre aux questionnaires	Annexes
Questionnaire destiné aux parents	Parents d'enfant ayant un retard de développement psychomoteur	Une quinzaine de minutes	Annexe n° 3
Fiche de renseignements destinée aux psychomotriciens	Psychomotriciens suivant l'enfant	Une dizaine de minutes	Annexe n° 4

Concernant la mise en page des documents transmis pour l'étude, l'ensemble était rédigé en police « Arial » taille 11. Ce choix était volontaire, car cette police offre une écriture plus arrondie et plus lisible, même si elle n'est pas désignée en premier dans les textes législatifs. En plus des numéros de page, je me suis permise de rajouter « Veuillez tourner s'il vous plaît » avec une flèche pour indiquer que la feuille est recto-verso et éviter que les participants oublient de remplir une partie du questionnaire.

J-M. Meunier donne une définition de l'étape de recueil de données, « Le recueil de données consiste à associer à chaque individu une modalité de chacune des variables »[130], ainsi à chaque élément de réponse du questionnaire et de la fiche de renseignements sera associé à un enfant.
Chaque question correspond aux variables de l'étude. Chaque réponse et élément de réponse sont les modalités des variables. Il existe une ou plusieurs modalités pour une variable.
Un facteur reprend les variables et les modalités et les regroupent sous un thème, J-M. Meunier explique qu'un facteur est une « variable utilisée pour déterminer des groupes d'observations. »[131].

Toutes les variables sont associées à un facteur déterminé, voir le tableau récapitulatif suivant.

[130] MEUNIER, J-M. 2010, p.11
[131] *Ibid*. p.9

Tableau récapitulatif des variables selon les facteurs

Facteurs	Variables
1) Sollicitations quotidiennes	Q15, Q16, Q17, Q18, Q19, Q20, Q21
2) Développement psychomoteur	Q1, Q3, Q22, Q23, Q24, Q25, Q26, Q27, Q28 P1, P2, P3, P4, P5, P6, P8, P9, P11, P12
3) Relations familiales	Q8, Q10, Q12, Q31, Q32 P13
4) Environnement	Q2, Q4, Q5, Q6, Q7, Q9, Q11, Q29
5) Conscience des parents	Q13, Q14, Q30 P10, P19
6) Perception des ressources	Q33, Q34 P16, P17
7) Appropriation des ressources	Q35, Q36 P18
8) Demande de ressources	Q37
9) Alliance thérapeutique	P7, P14, P15

Q : questions du questionnaire destiné aux parents

P : questions de la fiche de renseignements de psychomotriciens

Les facteurs corrélés permettent de répondre aux hypothèses de départ. De ces derniers découlent des facteurs synthétiques nécessaires pour recoder les modalités.

Afin d'effectuer le recueil de données, il est nécessaire, dans la méthodologie choisie, de saisir les données informatiquement dans un tableau à double entrée, ce qui correspond au protocole. J-M. Meunier donne une définition de ce processus, « un protocole est une application d'un ensemble d'individus (l'échantillon) sur un ou plusieurs ensembles de modalités (la ou les variables). On peut représenter un protocole sous la forme d'un tableau à double entrée comprenant une ligne par individu et une colonne par variable. À l'intersection des lignes et des colonnes, on trouve les modalités des variables associées aux individus. »[132].

L'étape du prétest, le fait de tester le questionnaire sur une faible partie de l'échantillon, n'a pu être réalisée par manque de temps. Néanmoins différents professionnels de divers domaines ont étudié les documents composants l'étude.

[132] MEUNIER, J-M. 2010, p.12

4. Méthode statistique d'analyse des résultats

En attendant le recueil des données, il fut nécessaire d'anticiper le codage des réponses, ainsi de préparer informatiquement la saisie des données et de déterminer les modalités pour chaque variable.

Pour analyser les résultats, suite à la saisie des données informatiquement, j'ai choisi d'utiliser une méthodologie mixte. Dans un premier temps l'analyse est quantitative puis dans un second temps elle est qualitative. Il s'agit de statistiques descriptives.
L'analyse quantitative est réalisée par des statistiques suite à la saisie des données, permettant d'obtenir des chiffres et des pourcentages pour des données prises afin de concrétiser les observations. Cette analyse est faite en utilisant la méthode du tri à plat pour décrire simplement les résultats obtenus.
L'analyse qualitative est effectuée par des corrélations et des croisements entre les différentes questions d'un même document, et entre le questionnaire destiné aux parents et la fiche de renseignements destinée aux psychomotriciens. Ainsi il sera possible de ressortir des constatations, des suppositions et tenter de répondre aux hypothèses.

Les deux types d'analyse aboutiront à des graphiques suivis d'explications et d'une analyse descriptive afin de trouver des chemins de réponse aux hypothèses et à la manière dont les parents perçoivent les ressources suggérées par les psychomotriciens.

5. Ethique de l'étude

Selon les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) tout questionnement et toute pratique doit pouvoir se situer dans un champ éthique. Cette agence donne une définition de l'éthique comme étant « une réflexion qui vise à déterminer le "bien agir" en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées »[133]. Il est donc nécessaire d'avoir toujours à l'esprit d'agir au mieux lorsque nous sommes invités à une réflexion ou un questionnement. Toujours dans le même document publié par l'Anesm, il est expliqué que la place quotidienne de l'éthique est également nécessaire à prendre en compte dans le déroulement de mon étude, « il peut y avoir questionnement éthique, dès lors que l'on entreprend une action collective qui

[133] ANESM. 2010

vise à restaurer ou instaurer un espace de débat et de réflexion »[134]. La démarche expérimentale de ce mémoire peut être considérée comme un espace de débat et de réflexion.

L'Anesm explique la démarche pour faire naître une réflexion éthique se déroulant en trois temps. Il faut d'abord prêter attention à « la façon de faire émerger le questionnement », puis ne pas oublier « la prise en compte des ressources du territoire à travers la participation des différents acteurs de la structure »[135], pour finir « il faudra ensuite construire un cadre pour accompagner ce questionnement »[136]. Concernant le premier point, il peut être corrélé à la proposition faite aux établissements de participer à l'étude et la manière dont les psychomotriciens ont présenté l'étude aux familles sélectionnées. Le second point fait référence à la prise en considération des réponses, des retours et des remarques autant des parents, que des psychomotriciens et de l'ensemble des institutions. Le dernier point a été abordé dans l'étude par la transmission de la lettre d'information et de consentement pour les parents, par la feuille d'inclusions pour les psychomotriciens et par les échanges entre les parents et les thérapeutes autour du cadre de l'étude.

Il est très important de ne pas oublier que nous nous adressons à une personne humaine et de ne pas rester figer dans notre pratique ou notre positionnement. Il est nécessaire d'adopter une position neutre face aux parents et aux psychomotriciens ayant accepté de participer à l'étude. Il faut également mettre ces derniers dans une posture d'acteurs comme l'explique l'Anesm « il convient donc de réaffirmer la position d'acteur de la personne accompagnée »[137].

L'élaboration des questions et l'analyse des résultats ont été pensées de manière à faire attention de ne pas tomber dans un jugement de valeur et d'exprimer ni d'opinion ni d'avis. Dans cette démarche éthique, il est apparu nécessaire de poser les mêmes questions concernant l'intérêt et le temps consacré aux livres et aux écrans dans le questionnaire destiné aux parents, afin d'éviter de transmettre une impression de jugement et ne pas offenser les personnes acceptant de répondre. Toujours dans cette réflexion éthique la nomination « logement d'urgence » n'a pas été proposée en élément de réponse à la question du logement dans le questionnaire destiné aux parents.

Les familles ayant participé à l'étude n'auront pas un accès direct aux résultats. Cependant il est prévu que je présente les résultats de l'étude et les aboutissants du mémoire à l'ensemble des professionnels du CAMSP lors d'une journée institutionnelle. Ainsi les

[134] ANESM. 2010
[135] *Ibid.*
[136] *Ibid.*
[137] *Ibid.*

psychomotriciennes pourront éventuellement en discuter avec les familles par la suite selon les demandes.

L'article L.1121-3 du code de la santé publique[138] régit les conditions légales pour mener des recherches dans le respect du secret professionnel. Il est très important de respecter l'anonymat des participants de l'étude, concernant les établissements et les psychomotriciens, mais surtout celui des familles ayant accepté de participer à l'étude, comme il est rappelé dans l'article R.5121-13 du code de la santé publique[139]. Dans le questionnaire des parents, seul le prénom de l'enfant est demandé, dans la fiche de renseignements le prénom et le nom de l'enfant sont demandés et dans la lettre d'information et de consentement les parents renseignent le nom de famille. Ces informations permettent seulement de regrouper les trois documents pour un même enfant, elles ne seront pas utilisées par la suite. En particulier, elles ne seront pas saisies informatiquement. La saisie des données informatiquement respecte les droits civiques de chaque participant en prenant appui sur la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés[140].

L'étude n'engendre ni bénéfices, ni risques pour les familles participantes. La participation se fait uniquement à un moment T lors de la complétion des questionnaires. Le refus de participation à l'étude n'aura aucune conséquence sur le suivi médical et paramédical de l'enfant.

Ethiquement il n'est pas autorisé de dissimuler des hypothèses de recherche et des résultats obtenus afin d'arranger le chercheur. Ainsi je décide de respecter cette ligne de conduite pour rendre compte de l'étude de manière la plus réaliste et précise possible.

Maintenant les documents de l'étude créés et le cadre établi, les parents vont-ils jouer le jeu et répondre à mes questions ? Vais-je réussir à percevoir leurs perceptions des ressources suggérées par les psychomotriciennes et leurs demandes ?

---

[138] Site Légifrance, article L.1121-3 du code de la santé publique modifié par Ordonnance n°2016-800 du 16 juin 2016 - art. 1
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685830&dateTexte=&categorieLien=cid consulté le 7 avril 2018

[139] Site Légifrance, article R.5121-13 du code de la santé publique modifié par Décret n°2012-597 du 27 avril 2012 - art. 5
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006914730&dateTexte=&categorieLien=cid consulté le 7 avril 2018

[140] Site Légifrance, loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, version consolidée au 07 avril 2018
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068624&dateTexte=20180407 consulté le 7 avril 2018

PARTIE III : LES RESULTATS ET L'ANALYSE DE L'ETUDE

1. Présentation des résultats

L'échantillon de l'étude regroupe toutes les familles rentrant dans les critères et dont les enfants sont suivis dans les structures participantes. Cette méthode est basée sur le volontariat des parents. Au total quinze questionnaires parents et fiches de renseignements des psychomotriciennes ont été recueillis (dont treize en français, un en anglais et un en arabe littéraire) sur le CAMSP.

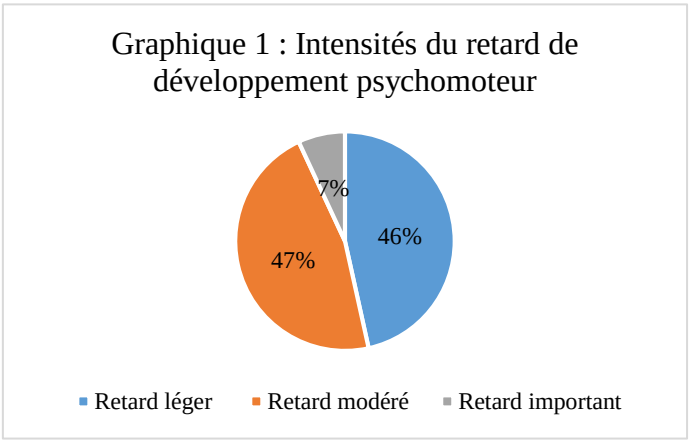
Afin d'avoir un aperçu de la population des sujets ayant participé à l'étude, je vais énoncer des réponses des parents en supplément de la présentation des résultats sous forme de graphiques.

Une majorité des enfants participants à l'étude se situe dans les tranches d'âge de 2 ans et de 4 ans. Le tableau suivant se réfère à tous les âges représentatifs de la population de l'étude :

Age réel	Nombre d'enfant de cet âge	**Ensemble**
1	2	**13%**
2	4	**27%**
3	1	**7%**
4	6	**40%**
5	2	**13%**
Total	**15**	**100%**

Dans un premier temps, j'ai porté attention au développement psychomoteur des enfants sélectionnés pour l'étude, et en particulier à l'intensité de leur retard de développement psychomoteur.

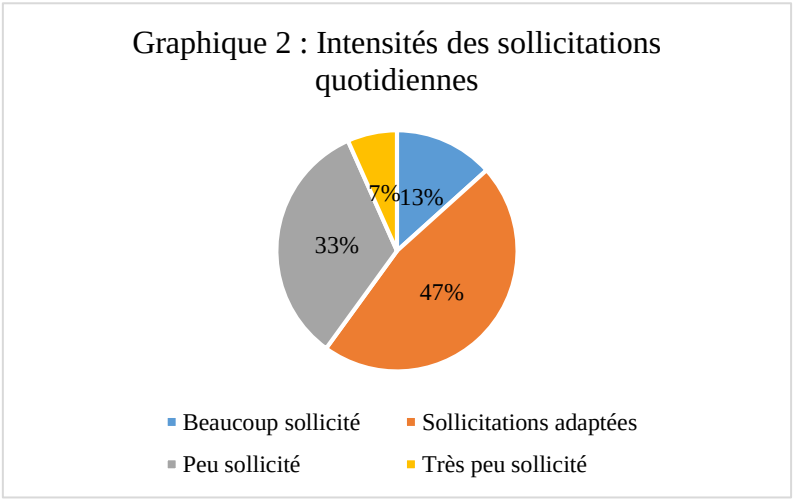
Graphique 1 : Intensités du retard de développement psychomoteur



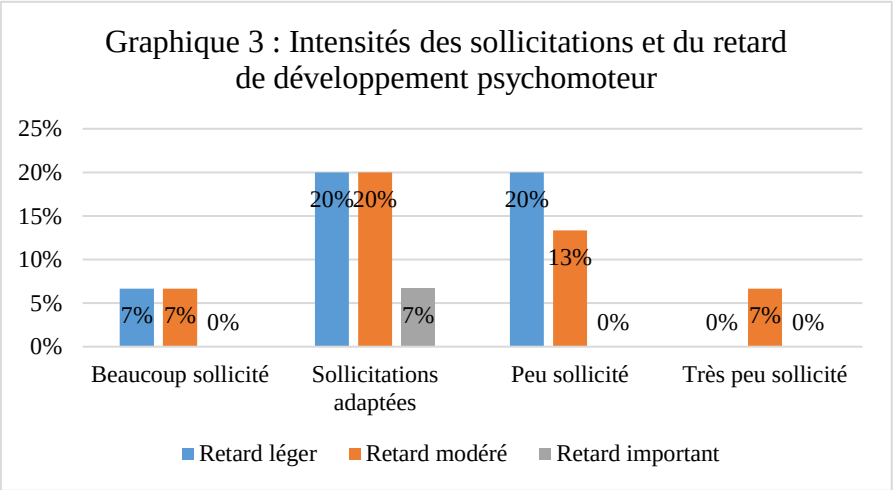
Je me suis intéressée aux diverses sollicitations quotidiennes proposées aux enfants. Le nombre de jeux manuels ou intellectuels que les enfants utilisent à la maison est minimum de 2 pour 20% de la population, allant jusqu'au maximum de 8 jeux pour 20% de la population. Le nombre de jeux ayant un écran (numérique ou jeux vidéo) est à hauteur de 0 pour 40% de la population, au nombre de 1 pour 47% et au nombre de 2 pour 7% de la population, soit un enfant. Concernant le temps passé devant la télévision, 34% de la population passent moins d'une heure par jour dont 7% ne regardent pas la télévision, également 34% regardent la télévision entre une heure et deux heures par jour et 21% y passent plus de deux heures. Ces temps passés devant la télévision ont été corrélés à l'âge des enfants dans l'analyse des réponses. L'ensemble de toutes les sollicitations possibles ont été mises en commun pour construire le graphique suivant.

J'ai interrogé les parents sur le nombre de fois qu'ils se rendent au parc avec leur enfant par semaine. 33% n'y vont jamais et 14% de la population y vont moins d'une fois par semaine. 13% des parents amènent leur enfant au parc une fois par semaine et 28% les accompagnent au moins deux fois par semaine.

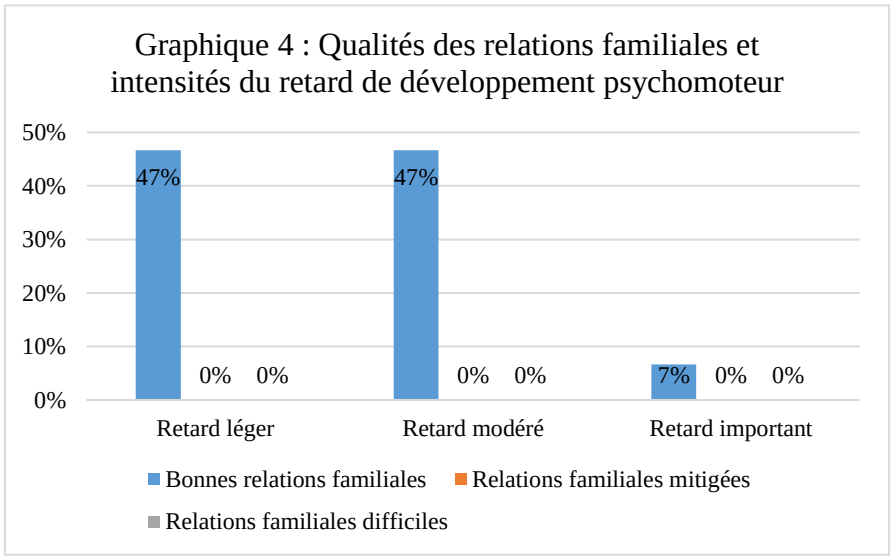
Graphique 2 : Intensités des sollicitations quotidiennes



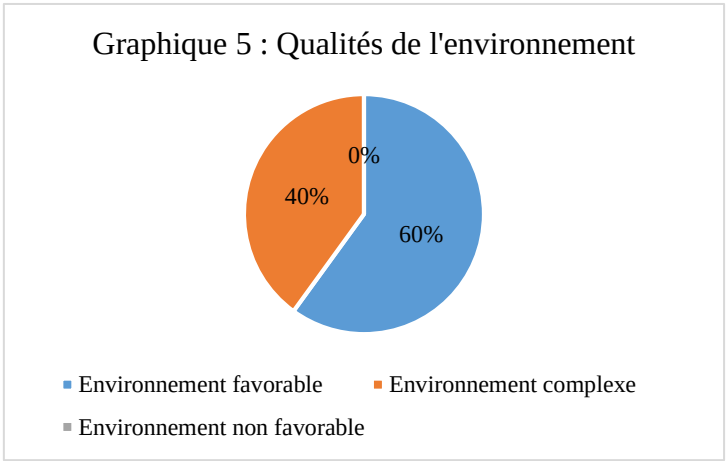
De ces données découlent le croisement entre les deux facteurs précisés précédemment, les sollicitations quotidiennes et le développement psychomoteur des enfants, représentés dans le graphique suivant :



Le facteur de développement psychomoteur des enfants fut également croisé avec ceux des relations familiales et de l'environnement, représentés sur les graphiques suivants :



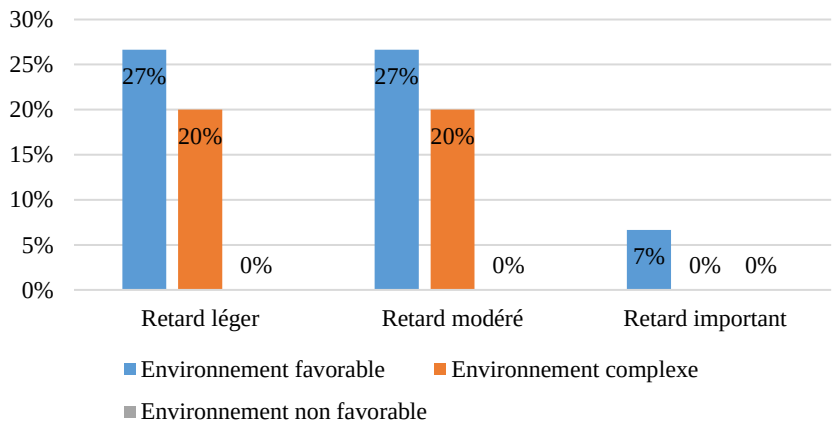
100% des parents ont répondu qu'ils jouent avec leur enfant et que cela était naturel pour eux.



Concernant l'environnement, des éléments tirés des réponses peuvent aider à se représenter la population. 100% des enfants participants sont nés en France. Sur l'ensemble de la population un enfant scolarisable n'est pas dans un niveau adapté à son âge. Concernant les réponses recueillies sur les modes de garde actuels de l'enfant, 74% sont exclusivement gardés par un membre de leur famille proche (parents, fratrie ou grands-parents) dont 53% exclusivement par un des parents. Aucun enfant n'est gardé par une nourrice. 7% (un enfant) vont à la crèche et 7% sont gardés par leurs parents mais vont aussi à la crèche.

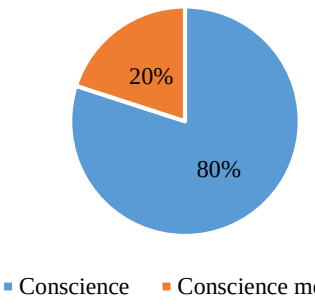
Concernant les activités socio-professionnelles des parents, 47% des mères n'ont pas de métier, 27% se situent dans la classe basse, 20% dans la classe moyenne et 7% dans la classe haute. L'ensemble des réponses données (87% de la population) concernant les activités des pères rend compte que tous exercent un métier. Les classes socio-professionnelles basse et moyenne représentent chacune 33% de la population, 20% se situent dans la classe haute.

Graphique 6 : Qualités de l'environnement et intensités du retard de développement psychomoteur



Puis j'ai prêté attention au niveau de conscience des parents concernant le retard de développement de leur enfant.

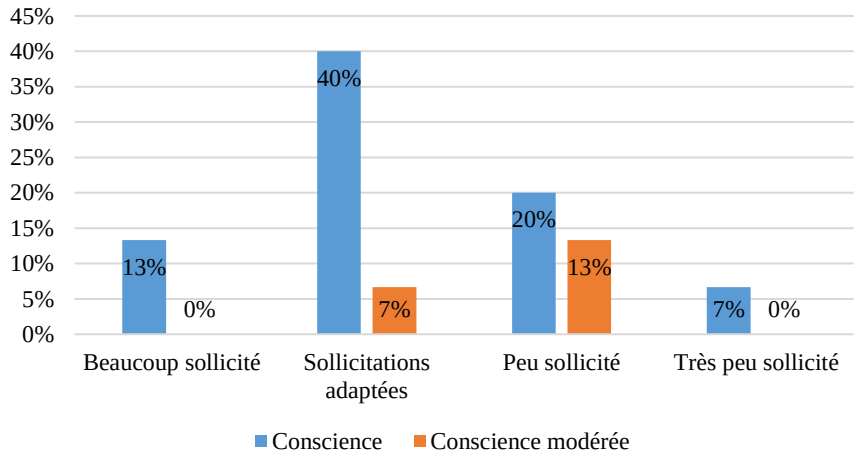
Graphique 7 : Conscience des parents du retard de développement de leur enfant



Le ressenti des parents face au retard de développement psychomoteur de leur enfant a été pris en considération dans ce facteur évaluant leur conscience. 13% des parents n'ont pas répondu à cette question, autant ont coché la case « je ne sais pas ». 61% des parents sont inquiets et/ou angoissés, 14% sont confiants ou sereins face au retard de développement psychomoteur de le leur enfant.

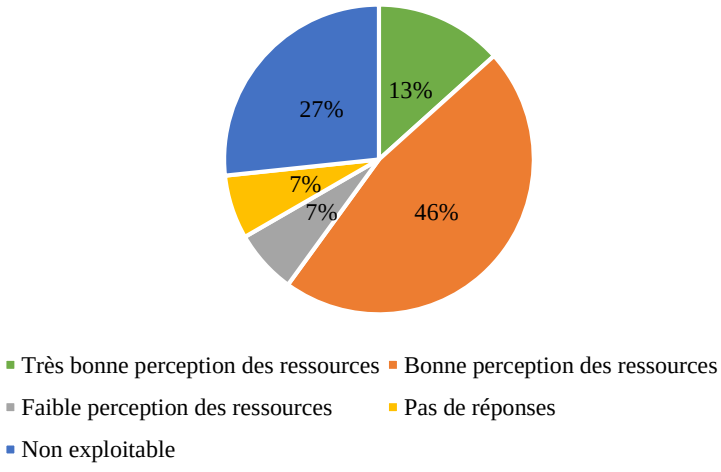
J'ai lié ces données au facteur représentant les sollicitations quotidiennes proposées aux enfants.

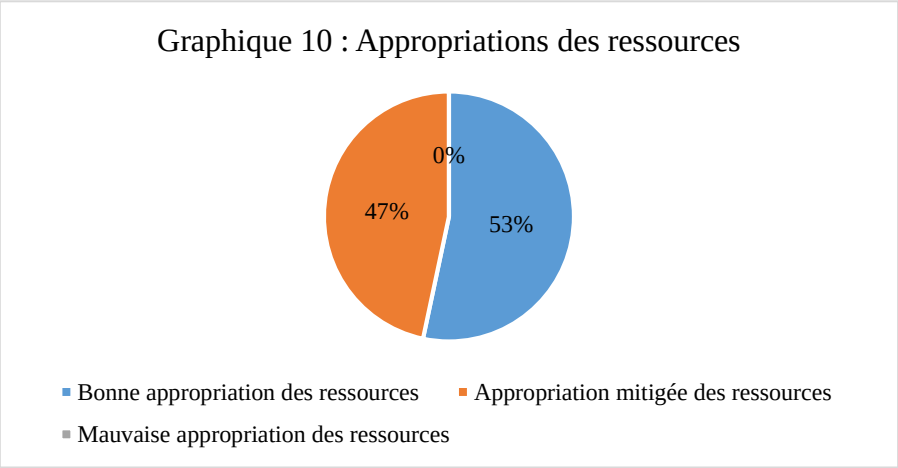
Graphique 8 : Sollicitations quotidiennes et conscience des parents du retard de développement psychomoteur de leur enfant

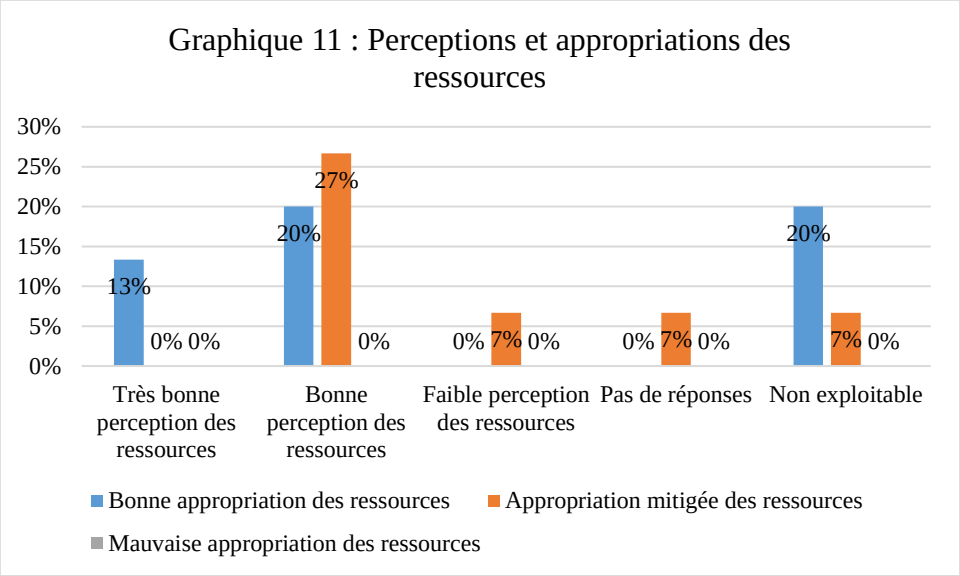


En outre, j'ai été attentive à la manière dont les ressources suggérées aux parents par les psychomotriciennes ont été perçues et dont les parents se les sont appropriées.

Graphique 9 : Perceptions des ressources



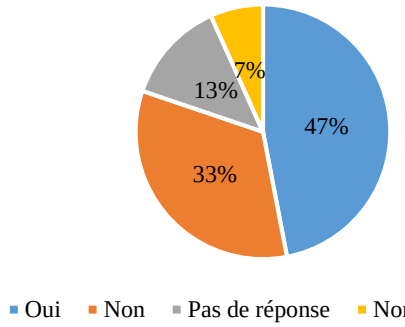




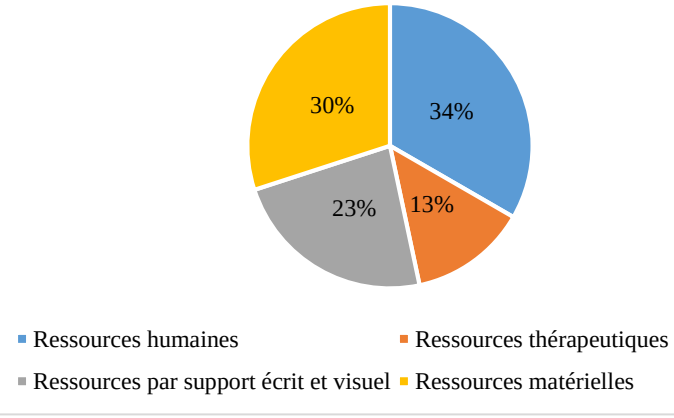
Il est intéressant de prendre en compte que 73% de la population ont répondu que les ressources proposées par les psychomotriciennes les ont aidées à solliciter le développement psychomoteur de leur enfant. 20% n'ont pas répondu à cette question et 7% ont répondu négativement.

Pour finir, je me suis intéressée aux demandes des parents concernant des ressources supplémentaires pour les soutenir au quotidien dans les sollicitations psychomotrices pour leur enfant.

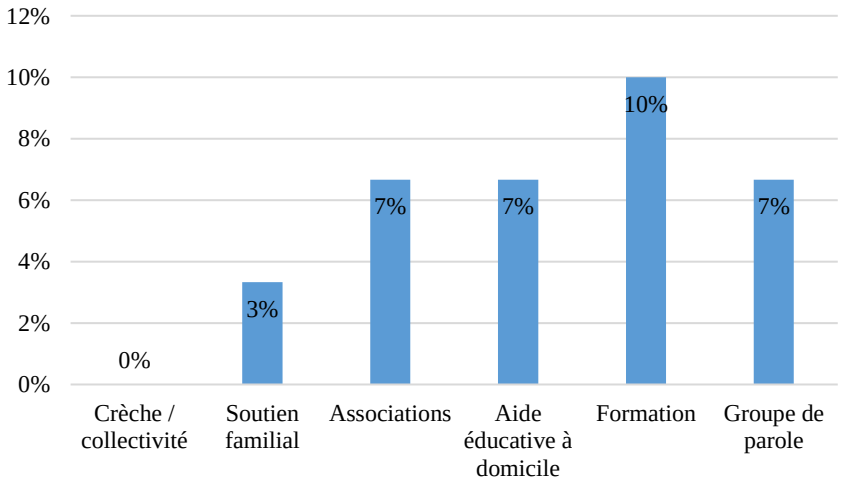
Graphique 12 : Réponses des parents concernant leurs avis sur la possibilité de ressources supplémentaires pour les aider au quotidien

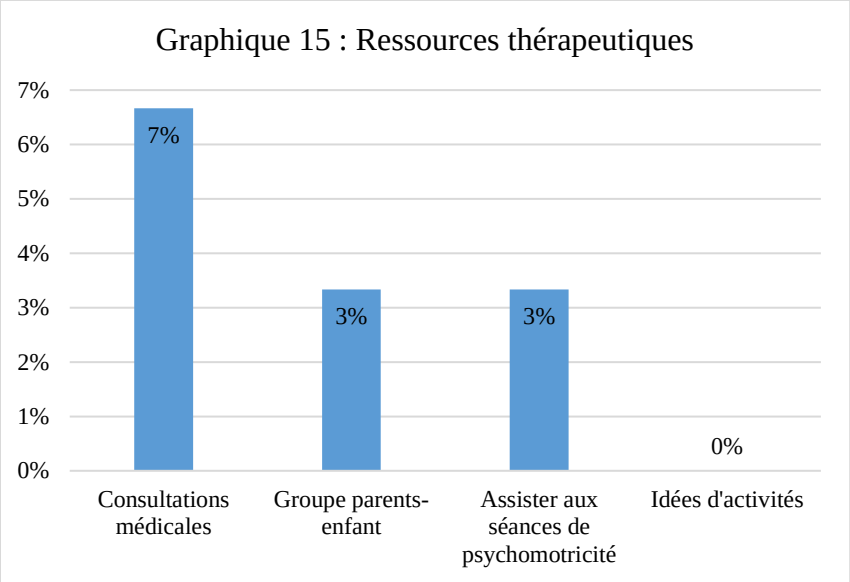


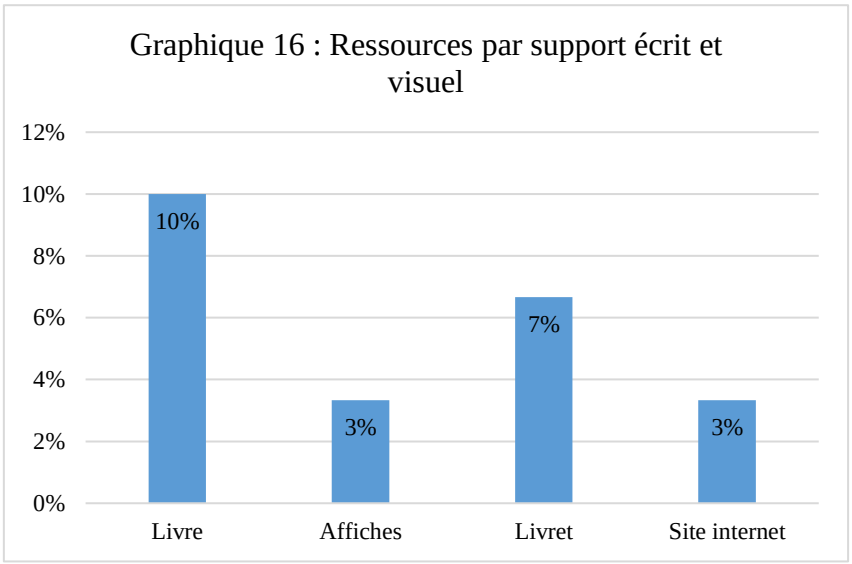
Graphique 13 : Réponses des parents selon les catégories des ressources suggérées

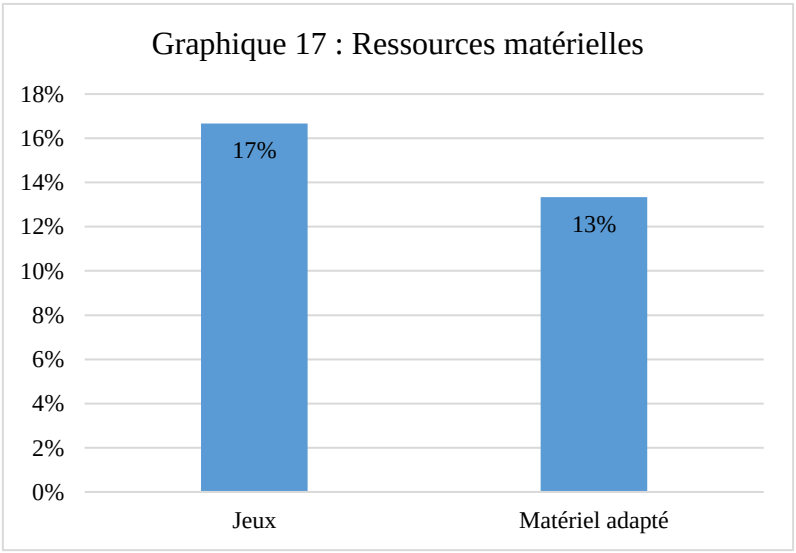


Graphique 14 : Ressources humaines




Graphique 15 : Ressources thérapeutiques
7%
6%
5%
4%
3%
2%
1%
0%
7%
3%
3%
0%
Consultations médicales
Groupe parents-enfant
Assister aux séances de psychomotricité
Idées d'activités


Graphique 16 : Ressources par support écrit et visuel
12%
10%
8%
6%
4%
2%
0%
10%
3%
7%
3%
Livre
Affiches
Livret
Site internet


Graphique 17 : Ressources matérielles
18%
16%
14%
12%
10%
8%
6%
4%
2%
0%
17%
13%
Jeux
Matériel adapté

Une fois les résultats obtenus aboutissant à des graphiques il est nécessaire de faire parler les chiffres.

2. Analyses des résultats

a) Analyse des données recueillies

Cette analyse des questionnaires des parents fut complétée et enrichie par les fiches de renseignements des psychomotriciennes. Ces dernières ont été d'une aide précieuse par leurs retours et leurs interrogations sur l'ensemble de l'étude. Elles apportent un regard différent et extérieur. Il en est de même pour les médecins et les cadres de santé qui ont pris le temps de découvrir les questionnaires. Les psychomotriciennes ont également un rôle fondamental qui est celui du lien. Elles représentent le lien entre l'institution et moi-même, et entre les familles des patients et moi-même. Elles sont les représentantes de l'étude au sein de l'établissement.

Dans l'analyse des résultats je vais reprendre les hypothèses de l'étude afin de tenter d'y répondre. Il faut garder en mémoire qu'« il est important de retenir que le questionnaire porte sur ce que les gens disent, sur du déclaratif et non sur ce qu'ils font effectivement. Il peut y avoir décalage, différence entre les deux. »[141]. Les données recueillies aboutissant aux résultats présentés ne peuvent être considérées comme une vérité absolue de plus, la taille de l'échantillon est très faible.

Le graphique 1 montre un faible taux de la population ayant un retard important de développement psychomoteur, exactement 7% soit un enfant. Les pourcentages des retards légers et modérés de développement psychomoteur sont presque égaux. Concernant les intensités des sollicitations (graphique 2), nous constatons que la majorité, 47%, des sollicitations sont adaptées. 33% des enfants sont peu sollicités et 7%, soit un enfant, est très peu sollicité. Si nous mettons ces deux graphiques en lien (voir le graphique 3) pour répondre à la première question de l'hypothèse première, nous constatons que la majorité des retards légers sont équitablement partagés entre les sollicitations adaptées et peu de sollicitation. Néanmoins la majorité des retards modérés, 20%, se situent dans la case des sollicitations adaptées et l'enfant qui a un retard important a également des sollicitations adaptées. Cependant l'enfant qui est très peu sollicité a un retard modéré de développement psychomoteur. La part des retards tous confondus (léger, modéré et important) est moindre dans la situation où les enfants sont beaucoup sollicités mais ne concerne que 13% de la population.

[141] VILATTE, J-C. 2007, p.30

Les résultats obtenus ne permettent d'affirmer ou d'invalider l'existence d'un lien entre les modalités des sollicitations quotidiennes proposées aux enfants et le développement psychomoteur de ces derniers. Ce qui ne fait pas écho à ce qu'affirme A. Bullinger concernant l'influence des sollicitations sur le développement de l'enfant et la nécessité de trouver un bon équilibre dans ces apports. Ces sollicitations sont permises par les interactions que l'enfant échange avec son milieu.

Afin de répondre à la seconde question de la première hypothèse j'ai observé les qualités relationnelles au sein de la dynamique parents-enfant en les corrélant avec les intensités du retard de développement psychomoteur de l'enfant (voir le graphique 4).
Les résultats obtenus montrent que 100% des relations familiales peuvent être caractérisées de bonnes relations. Malgré les variations d'intensité de retard de développement psychomoteur, la qualité des relations familiales ne varie pas. Ainsi il n'est pas possible de valider ou réfuter la question d'une possible influence entre les relations familiales et le développement psychomoteur. Aussi, au sein de la population étudiée, nous pouvons déduire que l'intensité du retard de développement psychomoteur de l'enfant ne semble pas influencer les relations familiales. De plus, la totalité des parents affirment jouer avec leur enfant et que cela est naturel pour eux. Comme certains auteurs l'ont expliqué, le jeu a une part importante dans les relations humaines. Ainsi par le jeu les parents sont en relation harmonieuse avec leur enfant.

Concernant l'environnement (graphique 5) corrélé aux intensités de retard de développement psychomoteur, nous constatons qu'il y a autant de retard léger et modéré dans un environnement complexe, que dans un environnement favorable. L'enfant ayant un retard important est également en situation d'environnement favorable. En théorie nous pouvions nous attendre à ce qu'il y ait une majorité de retards légers en environnement favorable et davantage de retards modérés ou importants dans un environnement complexe. En effet, selon certains auteurs l'environnement influence le développement de l'enfant, D.W. Winnicott évoque un environnement suffisamment bon et offrant un cadre à l'enfant pour favoriser son développement harmonieux. A. Coeman et M. Raulier H de Frahan expliquent que l'environnement permet à l'enfant de réaliser des expérimentations et lui assure une sécurité de base. Ainsi un environnement favorable réduit le risque de retard ou de difficulté développementale. Les résultats obtenus ne valident et ne réfutent pas cette idée, le développement de la population étudiée ne semble pas être influencé par l'environnement.

Etudions les graphiques 7 et 8 pour tenter de répondre à la deuxième hypothèse. 80% des parents ont conscience du retard de développement psychomoteur de leur enfant et 20% en ont une conscience modérée.

Parmi les 80% des parents qui ont conscience du retard de développement de leur enfant, 53% seraient sollicités quotidiennement, soit 13% beaucoup sollicités et 40% ayant des sollicitations adaptées. Parmi les 20% des parents qui ont une conscience modérée du retard de développement psychomoteur de leur enfant, 7% des enfants reçoivent des sollicitations adaptées et 13% sont peu sollicités (un enfant ayant un retard léger et l'autre enfant ayant un retard modéré).
Rappelons que l'enfant qui est très peu sollicité a un retard de développement psychomoteur modéré, le graphique 8 montre que ses parents ont conscience de son retard de développement. L'enfant qui a un retard important a des sollicitations quotidiennes adaptées, il s'agit du sujet 6, ses parents font partis des 40% qui ont conscience du retard de leur enfant.
Ainsi nous constatons que les sollicitations quotidiennes sont multipliées pour la majorité des parents qui ont conscience du retard de développement psychomoteur de leur enfant. L'inverse ne peut être affirmé, les parents qui ont une conscience modérée ne sont pas majoritairement ceux qui sollicitent le moins. Néanmoins nous pouvons supposer que le niveau de conscience des parents concernant le retard de développement psychomoteur de leur enfant favorise la proposition de sollicitations quotidiennes adaptées.

Afin de répondre à la première question de la troisième hypothèse, comment les parents perçoivent les ressources, portons notre attention sur le graphique 9. Au total 66% des réponses sont exploitables pour comprendre la perception des parents concernant les ressources. 27% sont des réponses non exploitables en lien avec des problèmes rencontrés dans certains questionnaires (voir les limites de l'étude[142]). 7% de la population, soit les parents d'un enfant, n'ont pas donné de réponse aux questions permettant d'évaluer leur perception. L'absence de réponse sur plusieurs questions traitant de ce sujet m'interroge. Pour quelles raisons n'ont-ils pas répondu ? Les parents n'ont-ils pas perçu les ressources suggérées par la psychomotricienne de leur enfant ? Il est difficile de répondre à ces questions, un intérêt particulier porté à cette famille pourrait permettre d'approcher une réponse. De plus, il s'agit de la même famille (sujet 10) dont l'enfant a un retard de développement psychomoteur modéré avec peu de sollicitations et ses parents ont une conscience modérée de son retard de développement.

Parmi ces 66% de réponses exploitables 59% des parents ont une très bonne ou une bonne perception des ressources suggérées par les psychomotriciennes.

Concernant l'appropriation des ressources par les parents faisant référence au graphique 10, la majorité des parents, soit 53%, ont une bonne appropriation. 47% ont une appropriation mitigée : soit ils n'affirment pas que ces ressources les aident à solliciter le développement

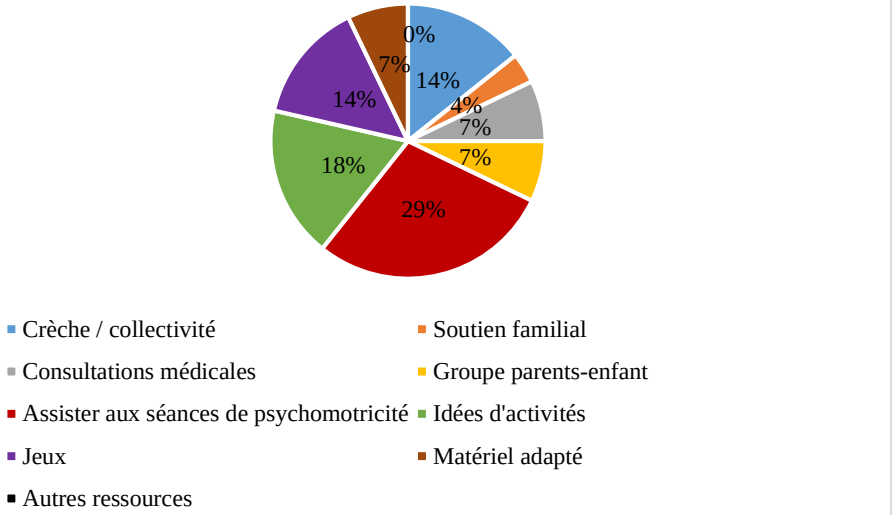
[142] *Cf. infra* p.72

psychomoteur de leur enfant, soit ils rencontrent une difficulté à les utiliser, soit encore les psychomotriciennes ne perçoivent pas d'investissement de leur part dans des ressources proposées.
Il est intéressant de croiser ces données avec celles reflétant la perception que les parents ont des ressources (voir le graphique 11). Nous pouvons observer que 33% des parents qui ont une bonne appropriation des ressources ont également une très bonne ou une bonne perception de ces ressources. Cependant 27% des parents qui ont une appropriation mitigée, ont également une bonne perception des ressources. Nous constatons une différence entre le nombre de parents qui ont une perception positive des ressources de 59% et ceux ayant une bonne appropriation de 53%.
7%, représentant les parents d'un enfant, ont une faible perception et une appropriation mitigée des ressources suggérées par la psychomotricienne pour les aider à solliciter le développement psychomoteur de leur enfant, il s'agit du sujet 9. Néanmoins cette mère a répondu avoir été aidée par les ressources perçues. Il est important de reposer le contexte de cette famille pour ne pas avoir une mauvaise interprétation des résultats. L'enfant était suivi depuis six semaines au CAMSP lorsque la psychomotricienne a rempli sa fiche de renseignements mais il a été suivi quelques mois auparavant en Martinique. Ainsi la mère a pu confondre les ressources proposées en Martinique et au CAMSP, engendrant une faible perception des ressources et une moins bonne appropriation. Cependant la psychomotricienne déclare ne pas avoir de retour de la mère concernant son investissement des ressources proposées.

Majoritairement les parents ont une bonne appropriation des ressources et 73% des parents ont répondu avoir perçu ces ressources comme une aide pour les sollicitations à proposer en soutien au développement psychomoteur de leur enfant. Tous les parents qui ont une bonne perception des ressources les ont également perçues comme une aide. Ainsi nous pouvons penser que les parents s'approprient mieux les ressources perçues comme une aide.

En outre, nous pouvons nous demander quelles sont les ressources que les parents perçoivent et s'approprient le mieux ? Afin de répondre à cette interrogation, voici un nouveau graphique :

Graphique 18 : Les resssources les mieux perçues

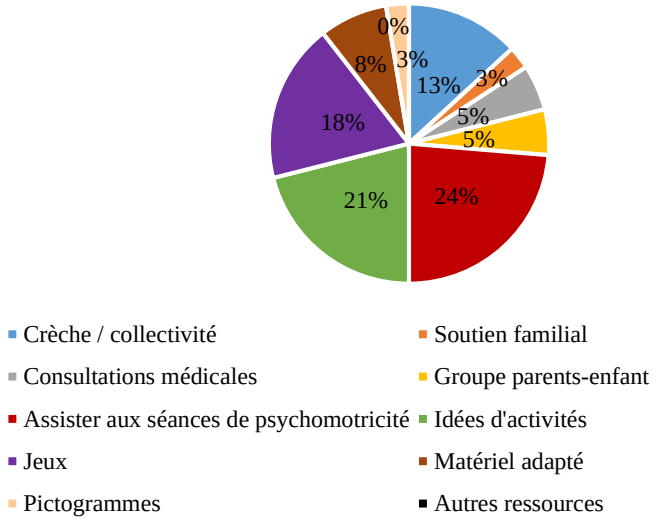


Ce graphique représente les ressources perçues par les parents selon celles qui ont véritablement été transmises par la psychomotricienne suivant leur enfant. Seules les réponses des parents ayant répondu et étant exploitables ont été utilisées pour ce graphique, il représente donc les réponses de 9 familles sur 15.

Nous constatons que deux des ressources humaines (assister aux séances de psychomotricité et la crèche ou la collectivité) sont les mieux perçues par les parents. Ce sont pourtant les ressources supplémentaires les moins demandées. Il est possible que les parents se sentent suffisamment conseillés sur ce type de ressource. Les idées d'activités sont la seconde ressource la mieux perçue par les parents à 18%, s'ensuit les propositions de jeux qui sont perçues à 14%. Les jeux correspondent à la ressource la plus demandée par les parents comme ressource supplémentaire (17% de parents demandeurs). Si les parents ont perçu l'ensemble de ces ressources et les ont cochées dans le questionnaire, je suppose que ces ressources font parties de celles qu'ils se sont les mieux appropriées. Néanmoins tous les parents ont cochés davantage de ressources perçues que de ressources transmises. Il est envisageable que les parents se soient également bien appropriés des ressources qu'ils ont perçu mais qui n'ont pas été transmises par la psychomotricienne. Ces ressources n'ont pas été prises en compte pour l'élaboration de ce graphique. Ainsi il est difficile d'évaluer avec précision quelles ressources les parents ce sont les mieux appropriées au quotidien selon les résultats obtenus dans l'étude. Des questions plus précises et supplémentaires auraient été nécessaires pour tenter d'avoir une réponse à ce questionnement.

Il serait intéressant de corréler cette perception des ressources avec le détail des ressources les plus transmises par les psychomotriciennes. Le graphique suivant les illustre :

Graphique 19 : Les ressources les plus transmises par les psychomotriciennes



En comparant les graphiques 18 et 19, nous pouvons constater que les types de ressources perçues par les parents correspondent aux types de ressources transmises par les psychomotriciennes. Ces résultats confirment que les parents des 9 familles (dont les résultats ont pu être utilisés), soit 60% des parents, perçoivent les ressources transmises. De plus, les écarts de pourcentage sont faibles, entre le graphique représentant la perception des parents et celui correspondant à la transmission des psychomotriciennes pour une même ressource. Nous pouvons en déduire que les 53% de la population ayant une très bonne ou une bonne perception des ressources sont majoritairement représentés dans les 60%.

Nous pouvons constater qu'aucunes ressources avec support écrit et visuel n'ont été transmises. Or, 23% des parents sont demandeurs de ces types de ressources en supplément. En dehors des jeux, du matériel adapté et de certaines ressources humaines (soutien familiale, crèche ou collectivité et aide éducative à domicile), aucune ressource n'est présente matériellement ou physiquement quotidiennement au centre de la dynamique familiale. Cette présence ponctuelle ou permanente matériellement peut être offerte par des ressources avec support écrit et visuel comme des livres, des affiches ou des livrets ; les sites internet permettent une approche encore différente. Ce type de ressource serait-il plus bénéfique au quotidien pour les parents pouvant s'en servir à tout moment selon les besoins ?

La dernière hypothèse fait référence à la demande des parents d'outils accompagnateurs et de ressources supplémentaires pour les aider et améliorer les sollicitations psychomotrices

proposées à leur enfant quotidiennement (voir le graphique 12). 47% des parents ont répondu positivement et sont demandeurs contre 33% qui ont répondu négativement. 7% des réponses sont non exploitables, en effet les parents d'un enfant qui ont répondu négativement à la question mais ont quand même coché quatre ressources proposées identiques à la question demandant les ressources qu'ils ont déjà perçues de la psychomotricienne. Il s'agit du questionnaire en arabe, il est possible que la question fût mal comprise. 13% des parents n'ont pas répondu, est-ce parce qu'ils ne souhaitent pas de ressources supplémentaires ?

J'ai voulu approfondir mon analyse sur les demandes de ressources supplémentaires. Nous pouvons remarquer que les parents sont demandeurs de ressources humaines à 34% et en particulier de formation faisant référence à un soutien ponctuel ayant une durée limitée dans le temps, qu'ils peuvent réutiliser au quotidien. Ils sont moins demandeurs des autres ressources humaines qui apportent un soutien plus régulier, comme les groupes de parole et l'aide éducative à domicile (voir le graphique 14). Il est possible que les parents se sentent déjà suffisamment entourés ou ne souhaitent pas l'être davantage. Il est tout de même important de faire attention au phénomène d'isolement des parents.
Les parents sont également demandeurs de ressources matérielles à 30% (graphique 17). Les demandes de jeux sont les plus massives à 17%. Puis, ils souhaiteraient des conseils de matériels adaptés à 13%. Cette demande importante en jeux, représentées par le plus haut pourcentage de l'ensemble des ressources, est de bon présage. En effet, le jeu est lié au développement de l'enfant et l'influence, il permet également de voir où en est l'enfant dans son évolution. E.H. Erikson énonce le développement des compétences de l'enfant et de l'estime de soi par le jeu.
Concernant les ressources via un support écrit et visuel (graphique 16), elles représentent 23% des demandes des parents, dont la majorité (10%) s'orientent vers des livres et 7% pensent à la possibilité d'être aidés par le biais de livrets.
Les ressources thérapeutiques sont les moins suggérées par les parents (voir le graphique 15), représentant 7% des demandes. Il est envisageable que les parents se sentent déjà bien pris en charge et attendent des ressources plus diversifiées. Selon les témoignages dans la littérature et les études scientifiques, les soins peuvent apporter un changement positif dans la dynamique familiale : les parents les perçoivent donc de manière positive.

Des données statistiques n'aboutissent pas à une somme de 100% du fait que pour certaines questions je n'ai pas eu de réponse. Ceci cause une limite à l'analyse des résultats, mais ce n'est pas la seule.

b) Limites de l'étude

Lors de l'étude et l'analyse des résultats, j'ai été confrontée à des difficultés qui ont établi les limites de mon travail. Il est intéressant d'énumérer ces limites et d'y réfléchir pour une meilleure compréhension du contexte de l'étude et de la viabilité des résultats obtenus. Tout d'abord sur l'ensemble des établissements ayant accepté de participer à l'étude seul le CAMSP est parvenu à distribuer des questionnaires et à en récupérer. Les critères d'inclusion et de non-inclusion ont empêché la distribution des questionnaires au sein des autres établissements. Les cabinets libéraux ont été confrontés à la difficulté de sélectionner des enfants rentrant dans le critère de la tranche d'âge. Le service de pédiatrie a rencontré le même problème auquel s'est ajoutée la difficulté du suivi régulier des enfants et leur famille et de la compréhension d'une des quatre langues proposées. Au sein du CMP les difficultés rencontrées ont également concernées la tranche d'âge mais aussi les capacités psychiques des parents à recevoir ces interrogations et à y répondre, à cela s'ajoute l'irrégularité des présences des enfants et leurs parents aux séances de psychomotricité.
De ce fait, l'étude est fondée sur le retour de quinze questionnaires destinés aux parents et autant de fiches de renseignements des psychomotriciennes. Ce nombre engendre une faible population et ne concerne qu'un type d'établissement de soin donc une population différente de celle rencontrée en libéral. Cela biaise les résultats par rapport aux objectifs de départ, d'observer différentes familles dans des centres de soin diversifiés. De plus, le faible nombre de questionnaires retournés ne permet pas d'établir une représentation concrète de la population française concernée par des soins en psychomotricité.

La durée de distribution du questionnaire fut également une difficulté pour le CAMSP. L'ensemble du matériel de l'étude est resté sur place durant deux mois et dix jours. Le cadre de santé de l'établissement a témoigné du peu de temps laissé pour permettre une plus grande distribution et la présence des vacances de Noël créant une importante coupure.

Des éléments de réponses n'ont pas pu être exploités pour certaines questions pour un petit nombre de sujet. Cela est dû à l'impression de questionnaires non finalisés en raison d'un manque communication avec le CAMSP. En comparaison des documents finaux, il manquait des éléments de réponse. Cela concerne trois questionnaires destinés aux parents. Le même problème s'est posé pour une fiche de renseignements des psychomotriciennes.

Les plus importantes difficultés recensées sont d'ordre de la compréhension. Certaines questions dans les deux questionnaires n'ont pas été comprises ainsi je n'ai pu exploiter les questions concernées. Cela est sûrement dû à un manque de précision dans les questions. Ce phénomène biaise faiblement les résultats. En outre, la méthodologie du questionnaire implique

la complétion de questions en posture de solitude face à la feuille sans spécifiquement être accompagné, ce qui peut impacter la compréhension.
J'ai été confrontée lors du dépouillement des données à des contradictions dans les réponses de certains questionnaires destinés aux parents. Il en est de même concernant l'absence de réponse à certaines questions autant dans les questionnaires destinés aux parents que dans les fiches de renseignements des psychomotriciennes. Ces deux phénomènes ont un impact sur l'analyse des résultats. Il est intéressant de s'interroger sur l'absence de réponse et la présence de confusion des réponses selon les questions concernées. Quelles sont les causes qui ont abouti à ces phénomènes ?

Exactement treize questionnaires en français ont été récupérés, or selon des calculs, au moins trois questionnaires destinés aux parents ont été réimprimés, car vingt questionnaires imprimés en français avaient été initialement transmis. Ainsi sur une base d'au moins vingt-trois questionnaires distribués treize ont été retournés. Néanmoins le nombre de fiches de renseignements des psychomotriciens s'élève également à quinze. Cela laisse supposer que des parents n'aient pas rendu leur questionnaire. Les psychomotriciennes ont témoigné que certains parents rapportaient les questionnaires à leur domicile et il était difficile de les récupérer par la suite.
Je pensais de manière non exhaustive aux raisons de ce manque de retour d'un certain nombre de questionnaires destinés aux parents. Cela pourrait être causé par un manque de compréhension de la part des parents des consignes et/ou du contenu du questionnaire, les contraintes que cela implique : le temps passé, fournir des éléments personnels, se projeter dans différents moments de vie (passé, présent et futur). Il est envisageable que des parents aient accepté de participer à l'étude pour diverses raisons (faire plaisir à la psychomotricienne ou renvoyer une bonne image) sans avoir vraiment envie de participer. Certains parents ont pu rencontrer des difficultés face à des questions introspectives ou se sentir persécutés. Il est également possible que des parents aient tout simplement oublié de rapporter le questionnaire ou l'aient perdu.

Les psychomotriciennes ont eu l'amabilité de me faire des retours sur l'ensemble de l'étude. Elles ont soulevé la difficulté à quantifier l'intensité du retard de développement psychomoteur ou les difficultés psychomotrices des enfants à la question 5 de leur fiche de renseignements. Elles ont trouvé qu'il manquait un élément de réponse possible à la question 11 de leur document et elles ont pu le rajouter manuellement en cas de nécessité. Enfin, une psychomotricienne a trouvé dommage qu'il n'y ait pas de question dans le questionnaire destinés aux parents sur leur regard, ce qu'ils se représentent de ce qu'il se passe en séance de psychomotricité pour leur enfant en leur absence. En effet, ce n'était pas un objectif de l'étude

menée, mais il s'agit d'une interrogation intéressante à poser dans le domaine de la perception de la psychomotricité par les parents.

Chaque famille a un parcours de soin personnel et des perceptions qui y sont liées. L'étude Sodereper, par sa méthodologie, a recensé les réponses, ressentis et perceptions des parents d'enfants de 0 à 5 ans 11 mois et 29 jours. Cependant d'autres parents peuvent témoigner des mêmes thématiques étudiées malgré l'âge de leurs enfants plus avancé.

c) Témoignage : un apport à l'analyse et une ouverture à la réflexion

Aux journées d'étude ANECAMSP[143] j'ai fait la rencontre d'une mère de famille, que je nommerai Mme Y, ayant une fille autiste et un garçon avec un Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH). Elle a partagé brièvement ses expériences dans le domaine des soins de ses enfants et nous avons pu en discuter. Ses enfants ne rentrant pas dans les critères de mon étude je n'ai pu lui proposer de remplir le questionnaire destiné aux parents. Néanmoins je lui ai posé des questions écrites faisant l'objet de mon étude et elle a pris le temps d'y répondre. Ainsi je vais vous faire part de son témoignage. Mme Y nous fait part de son vécu personnel ne reflétant pas forcément le vécu de l'ensemble des parents, il s'agit de son point de vue concernant les prises en charge et les accompagnements dont ses enfants et elle-même ont bénéficiés.

Dans un premier temps je lui ai demandé de décrire le parcours de soin de ses enfants. Sa fille dès les premiers mois présente un retard de développement et des acquisitions. Elle est hypotonique et elle marche à 22 mois. Elle est suivie en centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI). A 18 mois elle n'a pas acquis le pointage, à 3 ans elle fait des écholalies et toujours pas de phrases. Dès lors elle entame un suivi en Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) « en psychiatrie et psychomotricité 2 fois par semaine pendant 5 ou 6 ans sans que je sache ce qu'il se passe en séance... » décrit Mme Y. Lors de cette prise en charge au CMPP les parents rencontrent des difficultés, « nous demandons si ce n'est pas de l'autisme au CMPP qui nous dit que non malgré nos impressions. ». Le petit frère est également suivi au CMPP pour surveillance. Mme Y fait la demande d'être également suivie par une psychologue au CMPP ayant des difficultés à gérer ses deux enfants au quotidien, notamment le comportement de sa fille. Elle exprime que ses échanges avec la psychologue lui « font du bien et [qu'elle] trouve cette prise en charge indispensable aux parents d'enfants "pas comme les autres" plus difficiles à élever, et dont il faut supporter les comportements et les déceptions, en plus des remarques et phrases assassines sur le mode éducatif de la part de la famille. ». Ce témoignage rend compte

[143] Journées Associations Nationale des Equipes Contribuant à l'Action Médico Sociale Précoce sut le thème « Parents, enfants, professionnels, un engrenage vertueux à construire, un chemin à partager », les 23 et 24 novembre 2017 à PARIS

de certaines difficultés auxquelles sont confrontés les parents d'enfant ayant un retard de développement psychomoteur.

Mme Y étant persuadée que sa fille est atteinte d'autisme, fait ses propres recherches sur la méthode *Applied Behavioral Analysis* (ABA) qui l'amène à consulter dans un cabinet spécialisé. Alors sa fille est diagnostiquée à l'âge de six ans. Les enfants continuent d'être suivis au CMPP et leur mère a l'impression d'avoir un statut de « chauffeur ». Avant de se fâcher avec le CMPP Mme Y exige des comptes rendus des prises charge qu'elle n'a jamais eu et d'assister aux séances de psychomotricité de son fils. Le même combat est mené pour le diagnostic du petit frère, Mme Y a l'impression de ne pas être aidée par les professionnels de la santé entraînant de la colère. Elle semble autant déçue par les professionnels de la santé que par l'Education Nationale concernant la mise en place d'Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) pour ses enfants et la communication entre l'école et les parents. Les soins actuels de sa fille se composent d'un suivi hebdomadaire par le cabinet qui a posé le diagnostic de trois heures en Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) à domicile et de douze heures d'accompagnement scolaire en Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS). Son fils est également suivi en libéral deux heures par semaine en TCC. Il est actuellement en classe de CE2 alors que les enseignants préconisaient son redoublement en CP avant même qu'il y rentre. Mme Y a su trouver des ressources pour la soutenir, « j'ai fait une guidance parentale avec [l'hôpital] Robert Debré et j'ai beaucoup lu sur le TDAH, en ayant aussi appris des stratégies qui fonctionnent avec l'autisme. ». Elle a tenté d'aider au quotidien son fils en tant que mère : « je m'assure qu'il soit en confiance et dans l'amusement pour ses apprentissages, en reprenant tous ses cours en couleurs, par le jeu et par une gratification immédiate. ».

La seconde question orientant son témoignage porte sur la dynamique quotidienne pour chaque enfant. Elle décrit que le comportement et les capacités de ses enfants se sont améliorés par des stratégies (elle donne la notion de carotte en définissant des objectifs, check liste, gratification immédiate, routines le matin et le soir) et un environnement porteur (encourageant, rassurant, couple parental).

Par la suite j'ai questionné Mme Y sur les sollicitations quotidiennes de chaque enfant. Elle exprime qu'ils ne font plus d'activités collectives ni de sorties car cela est trop fatiguant et compliqué. Les enfants sont gardés par leurs parents, leurs grands-parents ou une tante. Les enfants ont accès aux écrans seulement chez leurs grands-parents. Mme Y explique également qu'elle a « acheté des ballons de gym pour étirer le dos de [sa] fille et renforcer son maintien abdominale. Elle entame sa puberté, commence à se courber et ne se tient pas droite, du tout. Elle n'a pas non plus la notion de son corps. Quand [elle] lui demande d'agir sur telle ou telle

partie, [elle s'est] aperçue qu'elle était totalement perdue. ». Sa fille prend également des cours de piano et en fait en autonomie.

Le manque de soutien à la parentalité ne risque-t-il pas de diminuer l'investissement des parents dans les prises en soin de leur enfant, mais également qu'ils prennent progressivement une place de soignant ? Mme Y semble avoir de bonnes connaissances thérapeutiques et a fait tout ce qu'elle peut pour aider ses enfants à se développer du mieux possible, cela pouvant entacher sa fonction maternelle. Ainsi par le biais de prévention, un soutien à la parentalité et la transmission de ressources nous pouvons aider les parents à garder leur rôle parental qui est fondamental et ne pas devenir des soignants. En n'étant pas soutenus, les parents ne risquent-ils pas de tenter tous seuls de devenir soignants ?
Cette mère de famille a des attentes concernant les prises en charge de ses enfants au niveau des soins et de l'école en lien avec son histoire et les méthodes qui ont réussies avec ses enfants. Elle accorde de l'importance au développement de l'Education Nationale et de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) pour mieux prendre en considération le handicap au quotidien. Elle souhaiterait également que la psychomotricité soit plus présente à l'école particulièrement lors de cours de sport en expliquant l'importance de « la notion du mouvement indispensable aux apprentissages et au bien-être physique et psychique ». Nous pouvons nous interroger sur la représentation des parents concernant la psychomotricité. Chaque psychomotricien exerce la profession avec ce qu'il est et ses connaissances, ce qui engendre une très grande diversité des pratiques. De plus, il est difficile de définir notre métier. Que peuvent bien comprendre les parents de ce métier de soin aux frontières et au contenu flous ?

A la question, quelles sont les ressources (jeux, conseils, matériels) qui vous ont été transmises par les professionnels de santé et en particulier par le psychomotricien, elle répond ne pas en avoir reçu par le CMPP. Le cabinet libéral qui a pris le relais des prises en charge de ses deux enfants, a proposé des jeux de société.
Ainsi Mme Y a eu peu de supports pour répondre à la question faisant référence à la troisième hypothèse de l'étude, comment les parents perçoivent-ils les ressources. Ayant perçu très peu de ressources cette mère a d'elle-même fait des recherches et elle en a trouvé sur le site Hop'Toys®. Elle a fini par créer son propre site internet qui a été soutenu par des maîtresses et des psychomotriciennes, montrant « l'intérêt pédagogique des activités artistiques ou culinaires ».

A la dernière question (Auriez-vous besoin et/ou envie que le psychomotricien vous transmette des ressources / aides supplémentaires pour vous aider et améliorer les sollicitations

psychomotrices quotidiennes ? Si oui, lesquelles ?), Mme Y répond : « Je souhaiterais évidemment plein de jeux à objectifs pédagogiques, sensoriels, et moteurs. Je souhaite aussi trouver des cours de gym et yoga, spécial autisme et TDAH. ».

Les parents sont demandeurs de ressources pour la majorité et ils ont tous des demandes diversifiées. Ainsi par quel moyen les psychomotriciens peuvent répondre à cette demande et ainsi les aider à solliciter leur enfant de manière adaptée, et ainsi influencer le développement psychomoteur de ce dernier ?

3. Prévention psychomotrice par transmission de ressources

Il est nécessaire de prêter attention à ce que les parents ne deviennent pas des soignants et conservent leur rôle de figure parentale, comme je l'ai déjà évoqué dans le témoignage précédent. Il est compliqué pour les parents de tenir ce double rôle parents-soignants. Cela peut engendrer des conséquences sur les relations familiales, la relation parents-enfant n'est plus dans un échange de plaisir et de partage, mais plutôt dans le soin. J'évoque l'idée de soin non pas au sens de répondre aux besoins vitaux comme la mère est menée à le faire les premiers mois de vie de son enfant, mais au sens de la santé psychique et physique interférant dans le développement de l'enfant. Une mère pour être suffisamment bonne, selon les termes de D.W. Winnicott, ne doit pas remplacer les soignants. Il demeure indispensable que les parents soient acteurs et guides des prises en charge de leur enfant. Le phénomène faisant des parents des soignants peut dériver du manque de soutien à la parentalité dans les soins de leur enfant. Pour y remédier il est possible de soutenir les parents et leur enfant par l'intermédiaire de la prévention psychomotrice.

La prévention est un des objectifs de la thérapie psychomotrice. Selon le dictionnaire historique de la langue française[144], le mot prévention vient du bas latin *praeventio, -onis* signifiant l'action de devancer, de prévenir par l'avertissement. Au XVIème siècle ce terme prend la notion de mesure de précaution, son utilisation s'accroît au XIXème, il est alors lié au mot préventif. Il fait alors référence à l'ensemble de moyens établis pour prévenir de risques éventuels.

Les personnes se référant à la prévention tentent de prévenir de difficultés, de retard de développement psychomoteur notamment, mais également de trouble, d'handicap et de maladie. En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) établit une définition de la

[144] REY, A. 1992, p.2934

prévention, « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps »[145]. L'OMS détermine trois niveaux de prévention : primaire, secondaire et tertiaire.

- La prévention primaire se déroule en amont de l'apparition d'une maladie, le but étant de réduire l'incidence et l'impact d'une maladie.
- La prévention secondaire a pour objectif de diminuer la prévalence d'une maladie. Elle est utilisée une fois la maladie et la présence de malades répertoriés. Elle est nécessaire pour limiter la diffusion de la maladie par les actions de dépistage, de diagnostic et de traitement.
- La prévention tertiaire intervient une fois la maladie devenue chronique, dans le but de diminuer les troubles, les conséquences qui en découlent et de réduire le risque de rechute, de complication et de comorbidité.

Selon A. Valentin Lefranc et C. Pavot-Lemoine, la littérature énonce également un quatrième niveau de prévention faisant référence aux soins palliatifs[146].
Elles évoquent la notion d'éducation thérapeutique en psychomotricité. L'éducation thérapeutique est utilisée pour soutenir le patient atteint d'une maladie chronique, afin de conserver ou d'acquérir des compétences nécessaires à la vie quotidienne en devant s'adapter à la maladie. Cette technique fait écho à la détermination de la prévention tertiaire.
La prévention se déroule par l'accompagnement et le soutien à la parentalité offrant également un soutien à l'enfant dans le cas de difficultés touchant l'enfant. Alors le psychomotricien transmet ses observations et des conseils aux parents.

Sur le site internet de la psychomotricité suisse, il est affirmé : « la prévention rend fort »[147]. Il est expliqué que la prévention en psychomotricité intervient notamment en crèche et permet de prévenir rapidement de possibles difficultés ou retards de développement, et ainsi la mise en place d'une prise en charge précoce. Cette prévention psychomotrice est également présente dans d'autres institutions de la petite-enfance, notamment en lien avec les soins. Cette prévention pour soutenir le développement psychomoteur de l'enfant est mise en place au travers d'activité d'éveil psychomoteur et des propositions d'expériences sensorielles et motrices diversifiées.

[145] Rapport Flajolet de 2008, en annexe 1 *LA PREVENTION : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales*, sur le site http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf consulté le 24 avril 2018
[146] VALENTIN LEFRANC, A., PAVOT-LEMOINE, C. 2015
[147] Site psychomotricité suisse, https://www.psychomotricite-suisse.ch/psychomotricite/enfants-et-adolescents/psychomotricite-et-prevention/ consulté le 24 avril 2018

La prévention établit pour la tranche d'âge zéro-quatre ans, qui a notamment lieu en crèche, permet :

- « aux enfants: de mieux percevoir leur corps et de développer leur confiance en eux ainsi que leurs compétences sociales;
- aux parents: d'être accompagnés et soutenus dans leur rôle;
- aux équipes éducatives et soignantes: de réfléchir sur les moyens de stimuler le développement et d'améliorer l'environnement des enfants qu'elles accompagnent. »[148].

L'ensemble des éléments évoqués depuis l'introduction, par le développement de l'enfant, l'estime de soi, ses relations avec autrui, le soutien du rôle parental (le tout pouvant être porté par une équipe toujours dans la même démarche), favoriser le développement psychomoteur de l'enfant, sans oublier son environnement, sont repris dans cette définition. Ainsi, tous ces sujets alors rassemblés forment la base de la prévention psychomotrice. Cette dernière se poursuit à l'école dans une prolongation et une évolution du travail déjà établi en crèche[149]. La notion de jeu y est davantage présente et importante. Le tout soutenant le travail des enseignants en leur suggérant de nouveaux outils et techniques pour favoriser le développement harmonieux de l'enfant. Il semblerait que la psychomotricité soit une part entière dans les premières années de vie de l'enfant en Suisse, en étant présente dès la crèche et se poursuivant dans le milieu scolaire. Son importance dans les premiers lieux de vie de l'enfant paraît majeure. En France, toutes les crèches et les écoles n'ont pas l'opportunité d'avoir cette prévention psychomotrice. L'amplification de cette dernière dans les lieux accueillant les enfants durant leurs premières années de vie permettrait de prévenir d'éventuelles difficultés ou retard de développement psychomoteur. Ainsi les enfants et leurs parents pourraient être plus rapidement soutenus et conseillés par la transmission de possibles ressources.

En novembre 2011 en Suisse, un programme développe une ressource pour soutenir la parentalité nommée « Cinq jeux dans cinq valises »[150]. L'objectif de ce projet est de rassembler parents et enfant à leur domicile autour de jeux qui soutient le développement psychomoteur de l'enfant, le rôle parental et la relation parents-enfant qui est conjointe sur le même objet. Le concept se compose de cinq jeux différents faisant appel à des notions psychomotrices diverses (motricité, perception, sensorialité, cognition et relation) séparés chacun dans une valise différente. Ce projet a eu un grand succès auprès des institutions le proposant et les familles le

[148] Site psychomotricité suisse, https://www.psychomotricite-suisse.ch/psychomotricite/enfants-et-adolescents/psychomotricite-et-prevention/ consulté le 24 avril 2018
[149] *Ibid.*
[150] GASSER, O. 2014, p.15

découvrant, il a alors validé en 2014 la phase test et il est devenu une ressource accessible aux professionnels et aux parents. L'attention conjointe qu'offre cette ressource est importante dans le développement de l'enfant. Comme l'explique A. Bullinger cette dernière aide l'enfant à acquérir les savoirs de son entourage. Cette ressource a été créée par des thérapeutes en psychomotricité suisses suite à l'observation de parents motivés pour soutenir leur enfant mais qui sont quelques fois perdus. En effet les parents ne pensent pas toujours aux jeux qu'ils ont connu dans leur enfance et dont ils peuvent se resservir avec leur enfant. Les créateurs de la ressource expliquent : « l'objectif premier est de donner aux parents des impulsions et des idées pour soutenir durablement le développement de leurs enfants, déjà avant leur scolarisation. […] Les parents issus de diverses cultures et de niveaux d'éducation différents sont motivés à encourager leurs enfants à bouger par le biais du jeu. »[151]. Les parents ont conscience de l'importance du jeu, tout du moins ils peuvent se souvenir des apports que le jeu a pu leur procurer durant leur enfance, et ils souhaitent utiliser cette médiation pour soutenir le développement de leur enfant. Cependant, certains parents ont besoin d'être guidés dans les activités et les ressources qu'ils peuvent suggérer et qui sont adaptées à leur enfant. Le succès qu'a rencontré ce projet montre que les parents sont ouverts à de nouvelles ressources, il est donc intéressant et primordial d'emprunter cette voie dans la prévention psychomotrice. La transmission de ressources aux parents peut favoriser l'entrée en communication entre ces derniers et les professionnels de la petite enfance et nourrir cette relation. Selon les témoignages dans la littérature et les études, les parents perçoivent et s'approprient fortement les ateliers en groupe, il en ressort une notion de plaisir. Dans le programme COPE[152] les parents ont très bien investi les supports écrits et les vidéos les soutenant dans leur rôle. J'ai pu également comprendre l'importante perception positive des parents concernant leur présence en séance de psychomotricité et les idées d'activités qui leurs sont transmises. Ce dernier exemple de ressources renforce la communication entre les parents et la psychomotricienne et nourrit la relation validant l'objectif recherché par la transmission de ressources.

La prévention se joue à différents niveaux par divers acteurs. Elle peut être portée par l'ensemble de l'équipe institutionnelle qui suit l'enfant et sa famille ce qui majorera sûrement l'influence sur les familles concernées ainsi sur le développement psychomoteur de l'enfant.

La prévention est-elle destinée uniquement aux parents ? A partir de quatre-cinq ans les enfants sont capables de comprendre les consignes d'activité et les conseils leur permettant de reproduire ces ressources hors des séances de psychomotricité. Avant quatre ans, les jeux utilisés en séance peuvent être repris au domicile mais nécessitent davantage la participation

[151] GASSER, O. 2014, p.15
[152] *Cf. supra* p.40

des parents pour favoriser le contexte de jeu et faire des propositions. La prévention est alors une technique pouvant s'appliquer directement aux enfants sans oublier d'induire les parents dans la dynamique.

Si nous reprenons les différents niveaux de prévention suggérés par l'OMS, nous pouvons nous demander quelles ressources pourraient intervenir à chacun de ces niveaux. Dans ce cas nous ne parlerons pas de maladie mais de retard de développement psychomoteur de l'enfant pour relier les niveaux de prévention aux ressources énoncées en théorie et relevées des résultats de l'étude. Je trouve plus simple de proposer cette répartition sous le format d'un tableau :

	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Ressources	Cinq jeux dans cinq valises	Guidance parentale Séance parents-enfant Thérapies familiales Groupes et ateliers Réseaux et associations Matériel adapté	Education thérapeutique Séance parents-enfant Thérapies familiales Groupes et ateliers Réseaux et associations Matériel adapté
Ressources communes à chaque prévention	Rencontrer, accueillir et écouter les parents et leur enfant Regard bienveillant du soignant Soutien à la parentalité et soutenir la dynamique parents-enfant Transmissions des savoirs Formations Livres et vidéos, jeux et idées d'activité		

La prévention psychomotrice a pour objectif de favoriser des sollicitations adaptées qui sont proposées à l'enfant dans son quotidien. Ces sollicitations adaptées passent notamment par le jeu. La notion de jeu est fondamentale dans le développement de l'être humain et nous la retrouvons à tous les niveaux. Tout individu en a une conception instinctive. L'importance du jeu est évoquée par différents auteurs, notamment F. Dosébeau énonce que le jeu permet d'expérimenter, de développer et d'acquérir de nouvelles compétences. Les premières activités de jeu se créer dans la relation parents-enfant, les parents sont les premiers compagnons de jeu de l'enfant. Le jeu a une place importante dans les relations familiales. Selon D.W. Winnicott le fait de jouer ensemble permet aux parents de découvrir leur enfant dans la relation. Il affirme également que le jeu est possible dans un espace potentiel. J. Bowlby évoque que le phénomène d'attachement est nécessaire pour que l'enfant se sente en sécurité et puisse jouer. De plus, dans

le jeu que partagent les parents avec leur enfant un dialogue tonico-émotionnel se crée. Selon C. Potel, le jeu favorise la communication entre les parents et leur enfant. Le jeu est utilisé pour solliciter le développement en séance de psychomotricité. Dans le bulletin de la psychomotricité suisse, R. Gertschen rappelle que le jeu permet aux enfants d'extérioriser ses processus internes et d'expérimenter pour trouver des réponses à ses vécus. Elle affirme que « suivre l'enfant dans son jeu en posant des questions est l'élément essentiel. »[153]. Laisser une liberté à l'enfant dans le jeu et s'y adapter favorise les processus de développement qui s'établissent. En jouant avec leur enfant, les parents participent à son développement. Selon les résultats obtenus dans l'étude 100% des parents jouent avec leur enfant. Jouer avec son enfant ne signifie pas forcément porter son attention permanente sur le même objet mais nécessairement le fait d'être présent dans son espace et lui offrir une sécurité psychique comme l'ont évoqué J. Bowlby et D.W. Winnicott. Néanmoins le fait de jouer avec son enfant ne suffit pas à l'aider à se développer de manière harmonieuse. Il est fort probable que selon le type de jeux le développement de l'enfant soit influencé différemment.

Reprenons l'analyse des résultats de l'étude concernant les sollicitations quotidiennes des enfants au travers les jeux qu'ils utilisent. Les enfants jouent au minimum à 2 jeux manuels ou intellectuels. 33% de la population possède 2 à 3 jeux manuelles ou intellectuels, allant jusqu'à 8 jeux pour 20% des enfants. 40% ont en leur possession 4 à 6 jeux de ce type. 40% de la population ne jouent pas à des jeux sur écrans, 47% ont un jouet numérique ou vidéo et 7% possèdent ces deux types de jeux. 7% de la population n'ont pas répondu à ces questions. 34% de la population passent moins d'une heure par jour dont 7% ne regardent pas la télévision, 34% regardent la télévision entre une heure et deux heures par jour et 21% y passent plus de deux heures. Les jeux manuels ou intellectuels sont les plus utilisés par les enfants de l'étude, néanmoins le temps passé devant un écran demeure élevé. L'impact des écrans sur le développement de l'enfant est un sujet d'actualité au cœur de nombreux articles et études.
Les sollicitations quotidiennes ne se résument pas aux jeux intérieurs ou en lien avec les écrans, les enfants ont également besoin de sortir et de jouer à l'extérieur. Ainsi les parents ont l'opportunité d'accompagner leur enfant au parc. Cependant 33% n'y vont jamais et 14% de la population y vont moins d'une fois par semaine. Les parents ont-ils la possibilité (proximité, accessibilité, etc.) d'emmener ou de faire jouer leur enfant dans leur propre jardin ou au parc, en forêt, ou autres environnements extérieurs ou ludiques ? 13% des parents amènent leur enfant au parc une fois par semaine et 28% les accompagnent au moins deux fois par semaine. De plus, toutes les psychomotriciennes ayant participées à l'étude ont confirmé avoir conseillé les parents concernant les sollicitations à apporter à leur enfant. Or, sur 93% des réponses exploitables des questionnaires destinés aux parents, 27% affirment ne pas avoir reçu le conseil

[153] GERTSCHEN, R. 2014, p.18

de jouer avec leur enfant par des professionnels de santé. 13% n'ont pas répondu à cette question : avaient-ils une hésitation lors de la complétion du questionnaire ? Nous pouvons nous interroger sur leur perception de ces conseils liés au jeu.
En outre, selon les résultats de l'étude Sodereper, 66% des parents ont une bonne ou très bonne perception des ressources proposées par les psychomotriciennes contre 53% qui ont une bonne appropriation de ces mêmes ressources. Que pouvons-nous faire pour augmenter ce pourcentage ? Comment aider les parents à avoir une meilleure appropriation des ressources ? Voici des pistes de réflexion :

- varier les ressources suggérées et expliquer l'utilité de ces ressources,
- adapter les ressources à chaque enfant et famille,
- interroger les parents sur leurs ressentis, leur perception et leur appropriation de ces ressources au quotidien.

Sur les graphiques 18 et 19, nous observons l'importante présence de la ressource des jeux, le conseil de jouer avec les enfants étant souvent transmis oralement aux parents. Il semblerait que cette ressource soit investie par les parents tout comme les idées d'activités. Ainsi, comment faire de la prévention psychomotrice tout en proposant des sollicitations adaptées aux enfants et leurs parents en les sensibilisant aux dangers des écrans et en leur proposant des idées de jeux et d'activité ? Une piste de réponse à cette interrogation pourrait concerner la transmission de connaissances et de savoir-faire. En effet, dans le champ de la prévention psychomotrice les thérapeutes sont en relation avec les parents. Ces derniers sont demandeurs de transmissions de connaissances et de savoirs. Il peut être envisageable que les psychomotriciens expliquent de manière simple les concepts de développement de l'enfant que nous ont proposé différents théoriciens, J. Piaget, H. Wallon, R.A. Spitz et D.W. Winnicott en autre. Dans le but que les parents comprennent l'intérêt de ces ressources qui sollicitent le développement psychomoteur. Il est essentiel de souligner l'importance de ne pas sauter des étapes du développement comme l'évoque A. Bullinger. A ces explications peut s'ajouter la transmission de savoir-faire en montrant notamment des exemples d'activités aux parents. Attention nous ne cherchons pas à ce qu'ils deviennent des soignants.

L'Homme a toujours construit des outils, à l'époque de la préhistoire, l'être humain se taillait des outils pour survivre, chasser, manger. Au court de l'évolution humaine nous pouvons constater que l'espèce humaine n'a cessé de créer et d'inventer divers objets lui rendant la vie plus simple mais aussi dans une recherche de résoudre des difficultés rencontrées. Ainsi ces outils font office de ressources dans leur développement et évolution. Il est possible de penser à la création d'une ressource rentrant dans le domaine de la prévention psychomotrice favorisant le développement psychomoteur de l'enfant en passant par le soutien à la parentalité.

Il faudrait alors une ressource regroupant des idées de jeux, d'activité (17% des parents ayant participé à l'étude sont demandeurs de jeux), sur un support accessible et compréhensif de tous, tout en étant une ressource permanente et non ponctuelle dans le temps. Cette ressource pouvant aussi nourrir la relation thérapeutique de la triade psychomotricien-enfant-parents. Alors la ressource en question pourrait se présenter sous divers formats afin de répondre à toutes ces caractéristiques. Cela pourrait être sous la forme d'un livre (10% des parents en sont demandeur), d'un livret (représente 7% des demandes), des affiches, des vidéos, etc. Néanmoins il faudrait penser cette ressource de manière à ce qu'elle ne fige pas et n'entrave pas la relation parents-psychomotricien.

La relation soignant-soigné et sa famille est nourrie par la communication qui lie ces personnes mais également par la prévention psychomotrice et surtout par l'alliance thérapeutique qui se crée. Afin d'illustrer mes futurs propos, je souhaite détailler les résultats obtenus de deux sujets ayant participé à l'étude.

Le sujet 6 présente un retard global avec une déficience intellectuelle sans étiologie associée. Il a donc un retard de développement psychomoteur important. Des sollicitations adaptées lui sont proposées au quotidien. Les relations familiales sont de bonnes qualités. L'environnement dans lequel il évolue est favorable à son développement. Ses parents ont conscience de son retard de développement psychomoteur. Concernant la perception parentale des ressources suggérées par la psychomotricienne, les réponses n'ont pu être exploitées, néanmoins une réponse permet d'affirmer qu'ils ont perçu ces ressources comme une aide dans les sollicitations du développement psychomoteur de leur enfant. Les parents ont une bonne appropriation des ressources et sont demandeurs de ressources supplémentaires. Une alliance thérapeutique de qualité s'est instaurée en particulier avec les parents, elle est plus fragile avec l'enfant.

Le sujet 10 est atteint de trisomie 21, il a un retard de développement psychomoteur modéré. Il est peu sollicité au quotidien. Il a de bonnes relations familiales. Son environnement est qualifié de complexe, il ne présente pas les meilleures caractéristiques pour l'aider à se développer. La conscience des parents par rapport au retard de développement psychomoteur de leur enfant est modérée. Les parents n'ont pas répondu aux questions permettant d'évaluer leur perception des ressources proposées par la psychomotricienne. Cependant les résultats montrent qu'ils ont une appropriation de ces ressources mitigée, ils ne répondent pas non plus à la question permettant de savoir s'ils ont perçu ces ressources comme une aide. Il n'est pas possible de savoir s'ils sont demandeurs de ressources supplémentaires car ils n'ont pas répondu

à la question. Il ne faut pas omettre et négliger que les parents ont répondu au questionnaire anglais.
Une alliance thérapeutique de qualité est tissée avec l'enfant mais elle demeure plus fragile avec les parents. Une barrière de la langue est-elle présente suffisamment pour gêner la compréhension et la communication entre les parents et la psychomotricienne ?

Dans les deux situations présentées l'alliance thérapeutique est présente mais plus compliquée avec les parents du sujet 10. Or, cette alliance thérapeutique est nécessaire pour une prévention psychomotrice de qualité afin de proposer des ressources pour que les parents puissent s'en saisir dans les meilleures conditions possibles. Comment développer et favoriser l'alliance thérapeutique entre la psychomotricienne et les parents ? Si les parents ressentent du soutien de la part du thérapeute cela peut aider à les soutenir. De quelle manière la psychomotricienne peut-elle faire comprendre aux parents qu'elle a également un rôle de soutien à leur offrir ?

L'objectif de cette démarche est de soutenir le développement de l'enfant en lui permettant d'avoir des sollicitations adaptées au quotidien, ce qui nécessite un ajustement de la part des parents du sujet 10. Touzin cité par A. Cornot et P. Scialom explique l'importance de soutenir les parents des enfants pris en soin car « même si les parents sont conscients des difficultés, il leur est parfois difficile d'envisager des modifications de leur propre comportement et de leurs attitudes vis-à-vis de l'enfant. »[154]. Dans cette partie du livre est expliqué le processus de la guidance parentale.

La psychomotricienne qui suit le sujet 6 et ses parents utilise déjà la guidance parentale et en dépit de son trouble et sa pathologie, l'enfant a toutes les conditions réunies pour favoriser son développement. La psychomotricienne prenant en soin le sujet 10 et sa famille n'utilise pas la technique de la guidance parentale. Cette dernière pourrait-elle favoriser la relation thérapeutique psychomotricienne-parents puis progressivement influencer les sollicitations psychomotrices quotidiennes de l'enfant ? La guidance parentale permettrait-elle aux parents d'avoir une meilleure perception et appropriation des ressources suggérées pour soutenir le développement psychomoteur de leur enfant ? Associer la guidance parentale à la création d'une ressource soutenant la relation parents-enfant, favorisant le développement psychomoteur harmonieux de l'enfant par des sollicitations adaptées et nourrissant la communication psychomotricien-parents, peut être une piste de travail envisageable.

[154] CORNOT, A., SCIALOM, P. 2015, p.194

CONCLUSION

Tout peut commencer par un simple regard… Alors intéressons-nous au regard des parents sur leur enfant, son développement psychomoteur et les ressources que les psychomotriciens suggèrent pour les soutenir quotidiennement dans les sollicitations psychomotrices. C'est ce que j'ai tenté de faire au travers mon étude Sodereper.

En adéquation avec le type d'approche de mon mémoire j'ai voulu comprendre le processus de développement de l'enfant, la place de son environnement et l'importance de la relation parents-enfant. La théorie m'a permis de trouver des éléments de réponse. Néanmoins mon interrogation majeure portait sur la perception des ressources suggérées par les psychomotriciens aux parents d'un enfant ayant un retard de développement psychomoteur. J'ai découvert qu'il existe peu d'éléments de réponse à cette interrogation dans la littérature. Alors j'ai tenté d'y répondre par l'étude que j'ai menée. Il en est ressorti que plus de la moitié (six parents sur dix ayant participé à l'étude) ont une bonne perception des ressources qui leur sont proposées, mais que leur appropriation de ces ressources est moindre. J'ai également pu constater la diversité des demandes de ces parents afin de recevoir des ressources supplémentaires pour les aider dans les sollicitations quotidiennes auprès de leur enfant et les permettant d'être acteurs du développement psychomoteur de ce dernier. Les parents perçoivent bien les ressources transmises par les psychomotriciennes mais ils n'en perçoivent pas la totalité et citent des ressources non transmises. Nous pouvons en conclure que la perception des ressources par les parents est en adéquation avec celles transmises. Néanmoins cette perception est parcellaire. Il serait intéressant pour agir davantage sur le développement psychomoteur des enfants de travailler plus en profondeur les perceptions et l'appropriation des ressources par les parents. La guidance parentale pourrait potentiellement améliorer la perception et l'appropriation de ces ressources.

Les auteurs et théoriciens démontrent que l'importance de l'environnement sur le développement de l'enfant est indéniable. Cependant il ne faut pas réduire notre réflexion à l'environnement familial de l'enfant mais l'ouvrir à la globalité environnementale. L'environnement est composé de l'entourage de l'enfant mais également de matériels, dont des jeux différents par leurs formes et leurs apports. Ainsi, par la transmission de ressources aux parents et aux enfants, les psychomotriciens influencent l'environnement de l'enfant et son développement psychomoteur. Le rôle du psychomotricien rentre alors dans le domaine de la prévention, par le soutien qu'il offre aux parents et leur enfant.

Pour favoriser la prévention, part importante du travail du psychomotricien, l'alliance thérapeutique est indispensable. Cette alliance thérapeutique se crée autant avec l'enfant suivi qu'avec ses parents dans la recherche perpétuelle de soutenir les parents et le développement psychomoteur de leur enfant. La relation thérapeutique psychomotricien-parents et psychomotricien-enfant sur laquelle se fonde l'alliance thérapeutique, rend compte de l'importance de la communication entre le soignant, le soigné et sa famille. La communication, qu'elle soit verbale ou infra-verbale, est le fondement de toute relation humaine. Nous pouvons nous interroger sur l'utilité de la communication psychomotricien-parents comme une ressource pour soutenir le développement psychomoteur de l'enfant. Quelle ressource permettrait de favoriser la communication dans cette dynamique de soin tout en soutenant la parentalité et en influençant le développement psychomoteur de l'enfant ? Je tenterai de répondre à cette interrogation en poursuivant mon travail de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

Anesm. (2010). *Recommandation de pratiques professionnelles*.

Bekier, S., & Guinot, M. (2011). Equipement et compétences du nourrisson. In Scialom, P., Giromini, F., Albaret, J-M. *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, (pp.83-102). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2014.

Bénavidès, T. (2015). Prise en charge individuelle. In Giromini, F., Albaret, J-M., Scialom, P. *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 2. Méthodes et techniques,* (pp.154-159). Paris : De Boeck-Solal.

Boirot-Cécillon, J. Busschaert, B., Giromini, F., & Teillet, A. (2015). Place du jeu en psychomotricité. In Giromini, F., Albaret, J-M., Scialom, P. *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 2. Méthodes et techniques,* (pp.59-74). Paris : De Boeck-Solal.

Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 1, Un parcours de recherche*. Toulouse : Erès, 2017.

Coeman, A., & Marie, R. H. (2004). *De la naissance à la marche, les étapes du développement psychomoteur de l'enfant*. Bruxelles : ASBL Etoile d'herbe.

Cornot, A., & Scialom, P. (2015). Guidance parentale. In Giromini, F., Albaret, J-M., Scialom, P. *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 2. Méthodes et techniques,* (pp.189-199). Paris : De Boeck-Solal.

Courtaigne, C., & Courtaigne, N. (2002). Savoir, ne pas savoir : paroles de parents. *Contraste,* Paris : ANECAMSP, pp. 61-72.

De Lièvre, B., & Staes, L. (2012). *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte, notions et applications pédagogiques*. De Boeck Education, 2014.

Dumaret, A. C. (2003/4). Soins précoces et guidance parentale : le point de vue. *Dialogue* n°162, Erès, pp. 9-24.

Gasser, O. (2014). Des idées de jeux psychomoteurs dans une valise pour la maison. *Psychomotorik schweiz, bullentin*, p.15.

Gatecel, A., Massoutre-Denis, B., Giromini, F., Moyano, O., Scialom, P., & Corraze, J. (2011). La relation en psychomotricité. In Scialom, P., Giromini, F., Albaret, J-M. *Manuel*

d'enseignement de psychomotricité, (pp.287-307). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2014.

Gatecel, A. (2012). Aspect relationnel et formation en psychomotricité. *La psychomotricité relationnelle*, EDK, pp.25-36.

Gertschen, R. (2014). Les aspects psychothérapeutiques du jeu. *Psychomotorik schweiz, bullentin*, p.18.

Glorieux, I., Montjaux, N., Bloom, M.-C., & Casper, C. (2012/1). Quels sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatologie : le point de vue des parents. *Devenir* vol. 24, Médecine & Hygiène, pp. 45-53.

Hayez, J-Y. (1978). *La guidance parentale, l'accompagnement des parents dans l'aide éducative et thérapeutique*. Toulouse : Edouard Privat.

Hirn, F. (2016). *Eduquer avec bienveillance, outils et pièges de la relation parents-professionnels*. Savigny-sur-Orge : Philippe Duval.

Houellebecq, M. (1998). *Les Particules élémentaires.* J'ai lu, 2006.

Houzel, D. (dir.). (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Toulouse : Erès, 2017.

Lebovici, S. & Soulé, M. (1970). *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*. Paris : Quadrige, 2003.

Lebovici, S. & Stoléru, S. (1983). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces*. Paris : Bayard, 2003.

Lebovici, S. (1992). *En l'homme, le bébé*. Paris : Eshel.

Masson, A. (2012). La place des parents dans l'accompagnement thérapeutique du jeune enfant. *La psychomotricité relationnelle*, EDK, pp.79-101.

Maunory, S., & Boisseau, M.-P. (2002). Editorial. *Contraste*, Paris : Anecamsp, pp. 5-6.

Meunier, J-M. (2010). *Statistiques pour psychologues, analyses descriptives*. Malakoff : Dunod, 2015.

Miermon, A., Benois-Marouani, C., & Jover, M. (2011). Le développement psychomoteur. In Scialom, P., Giromini, F., Albaret, J-M. *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, (pp.25-82). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2014.

Molénat, F. (2013). La qualité des liens entre parents et professionnels : clé d'un accompagnement adéquat de l'enfant dans son développement ? *Les relations parents-professionnels, Contraste* n°37, Erès, pp.185-207

Potel, C. (2010). *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse : Erès, 2015

Rahoux, C., & Simeoni, F. (2008/1). Place des parents de jeunes enfants lors des séances en psychomotricité dans un service de rééducation. *Contraste* n°28-29, Erès, pp.275-294.

Rey, A. (dir.). (1992). Dictionnaire historique de la langue française. Paris : Dictionnaire Le Robert, 2006.

Sheridan, M.D. (1977). *Jeu et développement chez le jeune enfant, de la naissance à 6 ans*. Bruxelles : Deboeck supérieur, 2017.

Spitz, R.A. (1965). *De la naissance à la parole, la première année de la vie*. Paris : Presses Universitaires de France, 2007.

Thomas, R.M., & Michel, C. (1994). *Théories du développement de l'enfant, études comparatives.* Bruxelles : DeBoeck Université.

Valentin Lefranc, A., & Pavot-Lemoine, C. (2015). Prévention. In Giromini, F., Albaret, J-M., Scialom, P. *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 2. Méthodes et techniques,* (pp.100-102). Paris : De Boeck-Solal.

Vilatte, J-C. (2007). *Méthodologie de l'enquête par questionnaire*.

Winnicott, D.W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur, le développement des relations.* Paris : Payot, 1972.

Winnicott, D.W. (1957). *L'enfant et sa famille.* Paris : Payot & Rivages, 2017.

Winnicott, D.W. (1965). *La famille suffisamment bonne*. Paris : Payot & Rivages, 2014.

Winnicott, D.W. (1965). *Processus de maturation chez l'enfant, développement affectif et environnement*. Paris : Payot, 1970.

Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Gallimard, 1975.

ANNEXES

Annexe 1 : Feuille d'inclusions pour les psychomotriciens……..... I

Annexe 2 : Lettre d'information et de consentement pour les parents en français……..... IV

Annexe 3 : Questionnaire destiné aux parents en français…….....……. V

Annexe 4 : Fiche de renseignements pour les psychomotriciens…….. XI

Annexe 5 : Lettre d'information et de consentement pour les parents en anglais……... XVI

Annexe 6 : Questionnaire destiné aux parents en anglais……. XVII

Annexe 7 : Lettre d'information et de consentement pour les parents en espagnol…….. XXIII

Annexe 8 : Questionnaire destiné aux parents en espagnol……. XXIV

Annexe 9 : Lettre d'information et de consentement pour les parents en arabe littéraire….. XXX

Annexe 10 : Questionnaire destiné aux parents en arabe littéraire…….. XXXI

Annexe 1

Feuille d'inclusion pour les psychomotricien(ne)s

Madame la psychomotricienne, Monsieur le psychomotricien,

Je suis étudiante en troisième année de psychomotricité à l'IFP de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie à Paris.
Dans le cadre de l'obtention de mon Diplôme d'Etat de psychomotricité, j'effectue une étude portant sur le développement psychomoteur et les sollicitations à la maison en interrogeant l'utilité de la communication professionnel-parent comme une ressource.

Je m'intéresse à la manière dont les parents, d'un enfant ayant un retard de développement psychomoteur, perçoivent les ressources suggérées par le psychomotricien pour améliorer les sollicitations psychomotrices de leur enfant au quotidien.

Les documents (questionnaire pour les parents, lettre d'information et de consentement pour les parents, fiche de renseignements pour les psychomotricien(ne)s et cette feuille d'accompagnement) sont distribués dans les différentes institutions participants à l'étude dès mi-novembre 2017. Les lettres d'information et de consentement, les questionnaires des parents et les fiches de renseignements des psychomotricien(ne)s seront à me retourner au plus tard la semaine du 12 février 2018.

La population ciblée correspond à des enfants âgés de 0 à 5 ans 11 mois et 29 jours avec un retard de développement psychomoteur global et/ou spécifique, évalué par un bilan psychomoteur.

Documents utilisés pour l'étude :

- Un questionnaire pour les parents.
- Une lettre d'information et de consentement pour les parents.
- Une fiche de renseignements pour les psychomotricien(ne)s.
- Une feuille d'inclusion pour les psychomotricien(ne)s.

Critères d'inclusion :

- Enfant âgé de 0 à 5 ans 11 mois et 29 jours.
- Enfant ayant un retard de développement psychomoteur diagnostiqué par un bilan psychomoteur.

- Enfant présentant un retard de développement psychomoteur évalué par rapport à son âge corrigé uniquement si l'enfant est prématuré.
- Enfant présentant un retard de développement psychomoteur évalué par rapport à son âge réel si l'enfant est né à terme ou si l'enfant a 2 ans ou plus.
- Enfant ayant un suivi en psychomotricité.
- Enfant suivi aux âges clés de son développement (hospitalisation de jour ou consultations externes).
- Parents comprenant, parlant et écrivant français et/ou anglais et/ou espagnol et/ou arabe.

Critères de non inclusion :

- Enfant âgé de plus de 6 ans.
- Enfant hospitalisé.
- Enfant en cours de placement familial.
- Enfant n'étant pas resté au domicile parental.
- Enfant ayant des parents avec un trouble psychique avéré.
- Parents ne comprenant pas une des quatre langues traduisant le questionnaire destiné aux parents.

Votre rôle dans l'étude si vous le souhaitez est de remplir la fiche de renseignements qui vous est destinée, de donner la lettre d'information et de consentement aux parents, et une fois le consentement signé de distribuer le questionnaire et de le récupérer (vous-même ou dans une boite mise à disposition à cet effet). Afin d'obtenir des réponses les plus fidèles possibles, si les parents expriment le besoin d'être aidés pour remplir le questionnaire il serait bienvenu que vous puissiez les accompagner. Il serait préférable que le questionnaire soit rempli par les parents au sein de l'institution dans le but d'avoir le maximum de retour.

Pour toute question et/ou échange vous pouvez me joindre au numéro et à l'adresse mail suivants : **06-... et ...@...**

Concernant la récupération des documents (la lettre d'information et de consentement, le questionnaire des parents et la fiche de renseignements) je viendrai les chercher afin de vous éviter de me les transmettre par mail ou par la poste.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'étude réalisée en vue de mon mémoire de DE ainsi que d'avoir pris le temps de distribuer les questionnaires et de remplir les fiches de renseignements. Si cela vous intéresse je vous ferai parvenir avec plaisir mes analyses de résultats et mes observations.

Je vous prie d'agréer cher(e) psychomotricienne / psychomotricien, mes sincères salutations.

LE BOULVAIS Solenn
Etudiante en troisième année de psychomotricité

Annexe 2

Lettre d'information destinée aux parents Etude Sodereper

Lettre d'information et de consentement

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante en troisième année de psychomotricité, à l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie à Paris.

Je fais appel à vous en tant que parent ainsi qu'à la psychomotricienne / au psychomotricien de votre enfant pour répondre à deux questionnaires, dans le cadre de l'obtention de mon Diplôme d'Etat en Psychomotricité.
L'objectif de ces questionnaires est de recueillir des informations concernant le quotidien de votre enfant et sa prise en charge en psychomotricité.
Un questionnaire vous sera destiné et un autre questionnaire sera rempli par la psychomotricienne / le psychomotricien. Ces documents seront utilisés uniquement dans le cadre de cette étude. D'autre part, les résultats globaux de l'étude peuvent servir à ma formation, à la rédaction d'un article ou une présentation lors de congrès.
Néanmoins, les réponses recueillies resteront anonymes.

Je soussigné(e) Madame / Monsieur ..... accepte de remplir un questionnaire concernant le quotidien et le développement psychomoteur de mon enfant.
J'autorise également la psychomotricienne / le psychomotricien de mon enfant à remplir le questionnaire qui lui est destiné.

Signature(s) :

Je vous remercie chaleureusement pour l'attention portée à cette lettre et je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions.

Je vous prie d'agréer Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

LE BOULVAIS Solenn
Etudiante en troisième année de psychomotricité

Annexe 3

Le quotidien et la prise en charge en psychomotricité de votre enfant

Madame, Monsieur, je suis étudiante en troisième année de psychomotricité, à l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie à Paris. Dans le cadre de l'obtention de mon Diplôme d'Etat en Psychomotricité, je réalise une étude auprès des parents d'enfants suivis en psychomotricité. Je vous remercie d'accepter de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.

LE BOULVAIS Solenn
Etudiante en troisième année de psychomotricité

I. Renseignements personnels et familiaux

Prénom de votre enfant : .....

Q1. Age de votre enfant : ..... ans.

Q2. Lieu de naissance : .....

Q3. Niveau de scolarité :

Préscolaire (0-3 ans) ☐

Toute petite section (2-3 ans) ☐

Petite section (première année de maternelle) ☐

Moyenne section (deuxième année de maternelle) ☐

Grande section (troisième année de maternelle) ☐

CP ☐

Q4. Votre enfant était-il à l'école en : 2013-2014 ☐ 2014-2015 ☐ 2015-2016 ☐
2016-2017 ☐

Q5. Actuellement, votre enfant est gardé :

Collectivités (crèche, halte-garderie, jardin d'enfant) ☐ Père ou mère ☐

Nourrice ☐ Frère ou sœur ☐ Grands-parents ☐

Q6. Actuellement, vous habitez en ?

Maison ☐ Appartement ☐ A l'hôtel ☐

Autre (logement d'urgence), précisez : .....

Q7. Nombre de personne au sein de votre foyer, actuellement ? ..... enfants ..... adultes

Veuillez tourner s'il vous plaît →

Propriété intellectuelle de LE BOULVAIS Solenn

Q8. Actuellement, vous êtes ?

En couple / mariés ☐ Séparés / divorcés ☐

Votre conjoint est-il le parent de votre enfant ? Oui ☐ Non ☐

Q9. La mère de l'enfant a-t-elle un métier ? Oui ☐ Non ☐

➔ Si oui, lequel ? .....

Q10. Est-t-elle en activité actuellement ? Oui ☐ Non ☐

Q11. Le père de l'enfant a-t-il un métier ? Oui ☐ Non ☐

➔ Si oui, lequel ? .....

Q12. Est-il en activité actuellement ? Oui ☐ Non ☐

I. Prise en charge de votre enfant en psychomotricité

Q13. Depuis combien de temps votre enfant est suivi en psychomotricité ?

Moins d'un mois ☐ Entre 1 mois et 3 mois ☐ Entre 3 mois et 6 mois ☐

Entre 6 mois et un an ☐ Entre 1 an et 2 ans ☐ Plus de 2 ans ☐

Q14. Pour quelles raisons votre enfant est suivi en psychomotricité ? .....

.....

.....

.....

II. Vie quotidienne

Q15. A quel(s) jeu(x) joue votre enfant ? (plusieurs réponses possibles)

Construction (légo, cubes) ☐ Puzzle ☐ Voitures ☐

Poupée ☐ Animaux ☐ Dinette ☐

Ballon ☐ Numérique / portable ☐ Jeux vidéo ☐

Jeux de sociétés ☐ Jeux imaginaires ☐

Jeux d'imitation (joue à faire à manger, joue à téléphoner) ☐

Autres, précisez : .....

Q16. Votre enfant s'intéresse-t-il aux livres ? Oui ☐ Non ☐

➔ Si oui, combien de temps s'intéresse-t-il aux livres par jour ? .....

Q17. A quel(s) moment(s) de la journée s'intéresse-t-il aux livres ? .....

.....

Veuillez tourner s'il vous plaît →

Q18. Votre enfant regarde-t-il la télévision ? Oui ☐ Non ☐

➔ Si oui, combien de temps regarde-t-il la télévision par jour ? .....

Q19. A quel(s) moment(s) de la journée regard-t-il la télévision ? .....

.....

Q20. Allez-vous avec votre enfant dans des aires de jeux au parc ? Oui ☐ Non ☐

➔ Si oui, combien de fois par semaine y allez-vous ? .....

Q21. Votre enfant fait-il une activité extra-scolaire ? Oui ☐ Non ☐

➔ Si oui, laquelle ?

Baby gym ☐ Activité sportive ☐ Activités manuelles ☐

Eveil corporel ☐

Autre, précisez : .....

Q22. Veuillez cocher soit la case « Oui » soit la case « Non » :

En général, à la maison :	Oui	Non
a. Votre enfant recherche-t-il régulièrement le contact corporel ?		
b. Votre enfant passe-t-il des moments seul à explorer l'environnement et/ou jouer ?		
c. Votre enfant est-il souvent en colère ?		
d. Votre enfant est-il souvent souriant ?		
e. Votre enfant est-il souvent calme ?		
f. Votre enfant bouge-t-il beaucoup ?		
g. Votre enfant a-t-il souvent un comportement agressif ?		
h. Votre enfant est-il craintif ?		
i. Votre enfant vous paraît-il angoissé ?		

Veuillez tourner s'il vous plaît →

Propriété intellectuelle de LE BOULVAIS Solenn

En général, dans les lieux publics :	Oui	Non
j. Votre enfant est-il toujours près de vous ?		
k. Votre enfant est-il souvent timide ?		
l. Votre enfant va-t-il vers les autres enfants ?		
m. Votre enfant va-t-il vers les autres adultes ?		
n. Votre enfant va-t-il jouer et/ou découvrir l'environnement seul ?		
o. Votre enfant est-il souvent en colère ?		
p. Votre enfant est-il souvent souriant ?		
q. Votre enfant est-il souvent calme ?		
r. Votre enfant bouge-t-il beaucoup ?		
s. Votre enfant a-t-il souvent un comportement agressif ?		
t. Votre enfant est-il craintif ?		
u. Votre enfant vous parait-il angoissé ?		

Q23. Votre enfant dort-il bien ? Oui, régulièrement ☐ Oui, parfois ☐
Oui, rarement ☐ Non, jamais ☐

Q24. Fait-il des cauchemars ? Régulièrement ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais ☐

Q25. Est-il difficile de le coucher et de l'endormir ?
Régulièrement ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais ☐

Q26. A quelle heure s'endort-il ? .....

Q27. A quelle heure se réveille-t-il ? .....

Q28. Veuillez cocher soit la case « Seul » soit la case « Accompagné » :

Autonomie de votre enfant :	Seul	Accompagné
a. Votre enfant s'habille :		
b. Votre enfant se déshabille :		
c. Votre enfant met ses chaussures :		
d. Votre enfant retire ses chaussures :		
e. Lors des repas, votre enfant mange :		
f. Votre enfant se brosse les dents :		
i. Votre enfant prend sa douche / bain :		
j. Votre enfant va aux toilettes ou sur le pot :		

Veuillez tourner s'il vous plaît →

Q29. Quelle(s) langue(s) parlez-vous à la maison ? .....

.....

I. Outils d'accompagnement

Q30. Quel est votre ressenti face au retard de développement psychomoteur de votre enfant ? Inquiet(e) ☐ Angoissé(e) ☐ Serein(e) ☐
Très confiant(e) ☐ Je ne sais pas ☐

Q31. Jouez-vous avec votre enfant ? Oui ☐ Non ☐
Q32. Cela est-il naturel pour vous ? Oui ☐ Non ☐
Q33. Des professionnels vous ont-ils conseillé de jouer avec votre enfant ? Oui ☐ Non ☐

Q34. Face au retard de votre enfant, quelles ressources / aides vous ont été proposées ? (plusieurs réponses possible)

- Ressources humaines :
  Crèche / collectivité ☐ Soutien familial ☐ Associations ☐
  Aide éducative à domicile ☐ Formation ☐ Groupe de parole ☐
- Ressources thérapeutiques :
  Consultations médicales ☐ Groupe parents-enfant ☐
  Assister aux séances de psychomotricité ☐ Idées d'activités ☐
- Ressources par support écrit et visuel :
  Livre ☐ Affiches ☐ Livret ☐ Site internet ☐
- Ressources matérielles :
  Jeux ☐ Matériel adapté ☐
- Autres ressources, précisez : .....
- Aucune ressource ne m'a été proposée ☐

Q35. Cette (ces) ressource(s) vous a (ont) elle(s) aidé à solliciter le développement psychomoteur de votre enfant ? Oui ☐ Non ☐

Veuillez tourner s'il vous plaît →

Q36. Avez-vous rencontré des difficultés à utiliser cette (ces) ressource(s) ? Oui☐ Non☐

➔ Si oui, quelles difficultés avez-vous rencontré ? .....

.....

.....

Q37. Pensez-vous que des ressources / aides supplémentaires pourraient vous aider à la maison, au quotidien ? Oui☐ Non☐

➔ Si oui, laquelle ou lesquelles ?

➢ Ressources humaines :

Crèche / collectivité☐ Soutien familial☐ Associations☐

Aide éducative à domicile ☐ Formation ☐ Groupe de parole ☐

➢ Ressources thérapeutiques :

Consultations médicales☐ Groupe parents-enfant ☐

Assister aux séances de psychomotricité ☐ Idées d'activités ☐

➢ Ressources par support écrit et visuel :

Livre ☐ Affiches ☐ Livret ☐ Site internet ☐

➢ Ressources matérielles :

Jeux☐ Matériel adapté ☐

➢ Autres ressources, précisez : .....

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre au questionnaire ! Afin de finaliser votre aide apportée à l'étude, veuillez remettre ce questionnaire à la psychomotricienne de votre enfant ou au secrétariat.

Propriété intellectuelle de LE BOULVAIS Solenn

Annexe 4

Fiche de renseignements destinée aux psychomotricien(ne)s

Madame la psychomotricienne, Monsieur le psychomotricien, je suis étudiante en troisième année de psychomotricité à l'IFP de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie à Paris.

Dans le cadre de l'obtention de mon Diplôme d'Etat de psychomotricité, je m'intéresse à la manière dont les parents, d'un enfant ayant un retard de développement psychomoteur, perçoivent l'aide proposée par le psychomotricien pour améliorer les sollicitations psychomotrices de leur enfant au quotidien.

Ainsi je vous saurais gré de prendre le temps de proposer le questionnaire aux parents et de remplir cette fiche de renseignements.

LE BOULVAIS Solenn

Etudiante en troisième année de psychomotricité

I. Présentation de l'enfant

Nom et prénom de l'enfant : .....

Q1. Date de naissance de l'enfant : .....

Q2. Age de l'enfant : ..... ans ..... mois et ..... jours.

Q3. Naissance à combien de semaine (Semaine Aménorrhée + jours) : .....

Q4. Age corrigé : .....

II. Observations psychomotrices

Q5. Dans quels domaines l'enfant est-t-il en retard par rapport à son âge ? Veuillez cocher les casses du tableau :

Items psychomoteurs	Intensité des difficultés ou du retard					
	Très important(e)	Important(e)	Modéré(e)	Léger / légère	Très léger / légère	Absent(e)
Contrôle tonico-postural						
Motricité globale (Niveaux d'Evolution Motrice et déplacements)						

Veuillez tourner s'il vous plaît →

Propriété intellectuelle de LE BOULVAIS Solenn

Items psychomoteurs	Intensité des difficultés ou du retard					
	Très important(e)	Important(e)	Modéré(e)	Léger / légère	Très léger / légère	Absent(e)
Posturo-moteur						
Coordinations fines						
Graphisme						
Coordinations générales						
Organisation spatio-temporelle						
Schéma corporel et image du corps						
Difficultés sensorielles						
Relation et communication (verbale et non-verbale)						
Compréhension						

Q6. Etiologie du retard psychomoteur de l'enfant (plusieurs réponses possibles) :

- Tableau clinique :
  - Autisme / TSA ☐
  - Trisomie 21 ☐
  - Maladie génétique ☐
  - Trouble neurologique congénital ☐
  - Trouble sensoriel congénital ☐
  - Trouble psychique ☐
- Facteurs :
  - Prématurité ☐
  - Causes accidentelles ☐
  - Carence de stimulations / sollicitations psychomotrices ☐
  - Trouble neurologique acquis ☐
  - Trouble sensoriel acquis ☐
  - Maladie infectieuse ☐
- Absence de causes ☐

Autre(s), précisez : .....

Veuillez tourner s'il vous plaît →

Q7. En plus de travailler les difficultés de l'enfant avez-vous pour objectif d'accompagner la relation parents-enfant ? Oui ☐ Non ☐

Q8. Modalités de la prise en charge en psychomotricité (fréquence et durée des séances) :

- Séances : Individuelles ☐ En groupe ☐ Parents-enfants ☐
  Intervention au domicile ou à l'extérieur ☐

- Durée des séances (en minutes) : 30 minutes ☐ 45 minutes ☐
  60 minutes ☐

- Fréquence des séances : Deux-trois fois par semaine ☐ Une fois par semaine ☐
  Deux fois par mois ☐ Une fois par mois ☐ Tous les deux mois ☐
  Tous les quatre mois ☐ Tous les six mois ☐

Q9. Besoins spécifiques de l'enfant au quotidien (sollicitations particulières, matériel, jeux, etc.) :

- Besoin de sollicitations parentales supplémentaires :
  Communication ☐ Présence familiale ☐
  Proposition de jeux / d'activités ☐
  Faire des expériences sensorielles ☐ Massages ☐
  Sollicitations psychomotrices (aide à l'acquisition d'un stade de développement travaillé en séance) ☐
  Aide aux tâches quotidienne (toilettes, repas, etc.) ☐
  Aide pour les apprentissages (scolaires, sociales) ☐
  Etablir des limites ☐
  Rassurer l'enfant dans ses compétences et ses tâches quotidiennes ☐

- Besoin de matériel :
  Installation avec modules ☐ Matériel adapté ☐ Jouets ☐

- Autre(s) ressource(s), précisez : .....

Veuillez tourner s'il vous plaît →

Q10. Enfant suivi en psychomotricité depuis (années et mois) : .....

Q11. Evolution globale de l'enfant depuis le début de sa prise en charge en psychomotricité :

Légère amélioration ☐ Amélioration modérée ☐ Lente amélioration ☐

Régression ☐ Stagnation ☐

Q12. Les objectifs du projet thérapeutique sont :

Certains sont en cours de validation ☐

Certains sont validés ☐

Les objectifs du projet thérapeutique ont évolués car l'enfant rencontre de trop grandes difficultés ☐

Les objectifs du projet thérapeutique ont évolués car l'enfant les a tous atteints ☐

Autre(s), précisez : .....

I. Relationnel et position du psychomotricien comme un tiers

Q13. Tonalité de la relation parents-enfant durant les séances / salle d'attente (plusieurs réponses possibles) :

Confiante ☐ Fusionnelle ☐ Sereine ☐

Dans le partage (ludique) ☐ Educative ☐ Autoritaire / stricte ☐

Rivalité / opposition ☐ Agressive ☐ Eprouvante ☐

Autre(s), précisez : .....

Q14. Tonalité de la relation thérapeutique psychomotricien(ne)-enfant (plusieurs réponses possibles) :

Confiante ☐ Fusionnelle ☐ Sereine ☐

Dans le partage (ludique) ☐ Educative ☐ Autoritaire / stricte ☐

Rivalité / opposition ☐ Agressive ☐ Eprouvante ☐

Autre(s), précisez : .....

Q15. Relation psychomotricien(ne)-parents (plusieurs réponses possibles) :

Confiante ☐ Fusionnelle ☐ Sereine ☐

Dans le partage (ludique) ☐ Educative ☐ Autoritaire / stricte ☐

Rivalité / opposition ☐ Agressive ☐ Eprouvante ☐

Autre(s), précisez : .....

Veuillez tourner s'il vous plaît →

Q16. Avez-vous conseillé les parents concernant les sollicitations / stimulations à apporter à leur enfant ? Oui ☐ Non ☐

Q17. Si oui, quelles ressources avez-vous conseillées ?

- Ressources humaines :
  Crèche / collectivité ☐ Soutien familial ☐ Associations ☐
  Aide éducative à domicile ☐ Formation ☐ Groupe de parole ☐

- Ressources thérapeutiques :
  Consultations médicales ☐ Groupe parents-enfant ☐
  Consultations conjointes (deux professionnels différents) ☐
  Assister aux séances de psychomotricité ☐ Idées d'activités ☐
  Guidance parentale / accompagnement de la relation parents-enfant ☐
  Conseils explicites sur le cadre et les limites à la maison ☐

- Ressources par support écrit et visuel :
  Livre ☐ Affiches ☐ Livret ☐ Site internet ☐

- Ressources matérielles :
  Jeux ☐ Matériel adapté ☐

- Autres ressources, précisez : .....

Q18. Investissement des aides proposées par les parents ?
Utilisation ☐ Pas de retour ☐ Non intéressés ☐

Q19. Selon vous les parents ont-ils conscience du retard de développement ou des difficultés de leur enfant ? Oui ☐ Non ☐

Je vous remercie infiniment d'avoir pris quelques minutes pour remplir cette fiche de renseignements que je pourrai croiser avec le questionnaire des parents !

Annexe 5

Information letter intended for parents — Etude Sodereper

Information and consent letter

Dear Sir/Madam,

I am a third-year student in psychomotricity, at the Training Institute of the Faculty of Medicine Pierre and Marie Curie, in Paris.

As part of my degree, I require the assistance of parents and their children's psychomotrician, to fill-in two questionnaires.
The objective of these questionnaires is to collect information about the everyday life of children and their well-being in psychomotricity.

Should you agree, the questionnaire will be sent directly to you; whilst the other will be filled-in by your child's psychomotrician.

These documents will only be used for the purpose of this study. However, the overall results may also be used to further my training; to write an article; or as part of a presentation to conference.
Nevertheless, all responses will remain anonymous.

I, Mr / Mrs ....., accept to fil-in a questionnaire about my child's everyday life and its psychomotor development.
I also give permission to my child's psychomotrician to fill in the questionnaire that is required of him/her for the purpose of this study.

Signature, date:

Thank you for your time and I remain at your disposal to answer any questions.

Kind regards,

LE BOULVAIS Solenn
Student in third year of psychomotricity

Annexe 6

Survey for parents Etude Sodereper

Everyday life and psychomotor nursing your child

Dear Mr. And Mrs, I am a third-year student, at the Training Institute of the Faculty of Medicine Pierre and Marie Curie, in Paris. As part of my degree in psychomotricity, my work involves collaborating with parents whose children have psychomotor needs.

I would like to thank you in advance for taking the time to complete this survey.

LE BOULVAIS Solenn

Third-year student in psychomotricity

I. Personal and family details

Your child's first name: .....

Q1. Your child's age: ..... years.

Q2. Place of birth (country and city): .....

Q3. Educational level:

Before school (0-3 years old) ☐

Pre nursery (2-3 years old) ☐

First year at nursery ☐

Second year at nursery ☐

Third year at nursery ☐

1st year of primary school ☐

Q4. Was your child at school in: 2013-2014 ☐ 2014-2015 ☐ 2015-2016 ☐

2016-2017 ☐

Q5. Currently your child is being cared for by:

Communities (childcare center) ☐ Father or mother ☐ Nanny ☐

Brother or sister ☐ Grandparents ☐

Q6. Do you live in a?

House ☐ Apartment ☐ Hotel ☐

Other (emergency housing), specify: .....

Q7. Number of people living in the household: ..... children ..... adults

Turn please →

Q8. What is your family situation?

Couple / married ☐ Separated / divorced ☐

Is your partner/spouse the parent of your child? Yes ☐ No ☐

Q9. Does the mother of the child have a profession? Yes ☐ No ☐

➔ If the answer is yes, please state which profession .....

Q10. Is she currently working? Yes ☐ No ☐

Q11. Does the father of the child have a profession? Yes ☐ No ☐

➔ If the answer is yes, please state which profession .....

Q12. Is he currently working? Yes ☐ No ☐

I. Psychomotor nursing your child

Q13. How long has your child been undergoing psychomotricity?

Less than a month | Between 1 month and 3 months |

Between 3 months and 6 months ☐ Between 6 months and 1 year ☐

Between 1 year and 2 years | | More than 2 years ☐

Q14. Why is your child undergoing psychomotricity? .....

.....

.....

.....

II. Everyday life

Q15. What type of games is your child interacting with? (several answers possible)

Construction set (Lego, cubes) ☐ Puzzle ☐ Cars ☐

Doll ☐ Animals ☐ Crockery ☐

Ball ☐ Digital / mobile ☐ Video games ☐

Board games ☐ Imitation games ☐

Imaginary games (pretend eating, pretend calling) ☐

Other, please specify: .....

Q16. Is your child interested in books? Yes ☐ No ☐

➔ If the answer is yes, how much time does your child spend reading a book, on a daily basis? .....

Turn please →

Q17. At what point during the day is your child reading books? .....

.....

Q18. Does your child watch TV? Yes ☐ No ☐

➔ If the answer is yes, how long for per day? .....

Q19. At what time of the day is your child watching TV? .....

.....

Q20. Do you go to the playground with your child? Yes ☐ No ☐

➔ If the answer is yes, how many times per week are you going to the playground? .....

.....

Q21. Does your child take part in extracurricular activities? Yes ☐ No ☐

➔ If the answer is yes, which ones?

Baby gym ☐ Sports activities ☐ Manual activities ☐

Body awakening ☐

Q22. Please answer the following questions by ticking the "Yes" or "No" box:

Generally, at home:	Yes	No
a. Is your child regularly seeking body contact?		
b. Does your child spend time alone, playing or exploring his or her environment?		
c. Is your child often angry?		
d. Is your child often smiling?		
e. Is your child often quiet?		
f. Does your child move a lot?		
g. Does your child often show signs of aggressive behaviour?		
h. Is your child fearful?		
i. Does your child seem anxious?		

Turn please →

Generally, in public places:	Yes	No
j. Is your child always close to you?		
k. Is your child often shy?		
l. Does your child interact with other children?		
m. Does your child interact with other adults?		
n. Is your child playing and/or discovering his or her environment, alone?		
o. Is your child often angry?		
p. Is your child often smiling?		
q. Is your child often quiet?		
r. Does your child move a lot?		
s. Does your child often show signs of aggressive behavior?		
t. Is your child fearful?		
u. Does your child seem anxious?		

Q23. Does your child sleep well? Regularly ☐ Sometimes ☐ Rarely ☐ Never ☐

Q24. Does your child have nightmares? Regularly ☐ Sometimes ☐ Rarely ☐ Never ☐

Q25. Is it difficult to put your child to sleep?

Regularly ☐ Sometimes ☐ Rarely ☐ Never ☐

Q26. At what time does your child fall asleep? .....

Q27. At what time does your child wake-up? .....

Q28. Please answer the following questions by ticking the "Unassisted" or "Assisted" box:

Your child's autonomy :	Unassisted	Assisted
a. Your child gets dressed:		
b. Your child gets undressed:		
c. Your child puts his/her shoes on:		
d. Your child takes his/her shoes off:		
e. During mealtimes, your child eats:		
f. Your child brushes his/her teeth:		
i. Your child takes his/her shower/bath:		
j. Your child uses the toilet or the potty:		

Turn please →

Q29. What language(s) is/are spoken at home? .....

.....

I. Accompanying tools

Q30. How do you feel about your child's psychomotor development?

Worried ☐ Anxious ☐ Serene ☐

Optimistic ☐ Not sure ☐

Q31. Do you play with your child? Yes ☐ No ☐

Q32. Does it come naturally to you? Yes ☐ No ☐

Q33. Do professionals advise you to play with your child? Yes ☐ No ☐

Q34. Have any resources to cope with your child's needs been offered to you? (several answers possible)

- Human resources:
  Childcare centre / Community ☐ Family support ☐ Associations ☐
  Educational support at home ☐ Training ☐ Talking group ☐
- Therapeutic resources:
  Medical consultation ☐ Parent-child group ☐
  Taking part in a psychomotricity session ☐ Activity idea ☐
- Written supports and visual aids:
  Book ☐ Poster ☐ Booklet ☐ Website ☐
- Material resources:
  Games ☐ Adapted material ☐
- Others resources, specify: .....

Q35. Did these resources help to improve your child's psychomotor development?

Yes ☐ No ☐

Turn please →

Q36. Did you face any difficulties using these resources? Yes ☐ No ☐

➔ If the answer if yes, please state the types of difficulties you faced? .....

.....

.....

Q37. Do you think additional resources / assistance could help you at home?

Yes ☐ No ☐

➔ If the answer is yes, please state which ones :

➢ Human resources:

Childcare centre / Community ☐ Family support ☐ Associations ☐

Educational support at home ☐ Training ☐ Talking group ☐

➢ Therapeutic resources:

Medical consultation ☐ Parent-child group ☐

Taking part in a psychomotricity session ☐ Activity idea ☐

➢ Written supports and visual aids:

Book ☐ Poster ☐ Booklet ☐ Website ☐

➢ Material resources:

Games ☐ Adapted material ☐

➢ Others resources, specify: .....

Thank you for taking the time to fill-in this questionnaire! Please hand-in your answer to your child's psychomotor or their personal assistant.

Annexe 7

Carta de información destinada a los padres Etude Sodereper

Carta de información y consentimiento

Señora, Señor,

Soy estudiante de tercer año en el Instituto para la formación en psicomotricidad de la Facultad de medicina Pierre y Marie Curie en París.

Hago un llamado a ustedes como padres así que al profesional que trabaja la motricidad con su niño con el fin de completar dos cuestionarios, en el contexto de la obtención de mi diploma en psicomotricidad.
El objetivo de estos cuestionarios es recoger informaciones acerca de la vida cotidiana de su niño y su manejo en psicomotricidad.
Un cuestionario está destinado a usted y otro cuestionario será llenado por el profesional que trabaja la motricidad. Estos documentos se utilizarán únicamente para este estudio. Por otro lado, los resultados globales del estudio servirán para mi formación, así que escribir un artículo y hacer una presentación en un congreso.
Sin embargo, las respuestas serán anónimas.

Yo abajo firmante Señora / Señor ..... acepto completar un cuestionario en cuanto a la vida cotidiana y desarrollo psicomotor de mi niño.
También autorizo al profesional que trabaja la motricidad de mi niño a llenar el cuestionario destinado para él.

Firma(s):

Gracias por su amable colaboración y quedo a su disposición para responder todas sus preguntas.

Por favor acepte Señora, Señor, la expresión de mis saludos sinceros.

LE BOULVAIS Solenn
Estudiante de tercer año de psicomotricidad

Annexe 8

Cotidiano y manejo a su niño psicomotor

Señora, Señor, soy estudiante de tercer año de psicomotricidad, en el Instituto de formación de la Facultad de medicina Pierre y Marie Curie en París. Como parte de la obtención de mi diploma en psicomotricidad, yo realizo un estudio de niños que tienen un seguimiento en psicomotricidad. Gracias por aceptar tomar unos minutos para completar este cuestionario.

LE BOULVAIS Solenn
Estudiante de tercer año en psicomotricidad

I. Información personal y familiar

Nombre y apellido de su niño: .....

1. Edad del niño: ..... años.
2. Lugar de nacimiento: .....

3. Nivel de educatión:
Preescolar (0-3 años) ☐
Primer año de preescolar (2-3 años) ☐
Primer año de escuela maternal (4 años) ☐
Segundo año de escuela maternal (4- 5 años) ☐
Tercer año de escuela maternal (5- 6 años) ☐
Primer año de primaria ☐

4. Su niño estuvo escolarizado en: 2013-2014 ☐ 2014-2015 ☐ 2015-2016 ☐ 2016-2017 ☐

5. En la actualidad, su niño esta cuidado en el día por:
Colectividad (guardería, jardín de la infancia) ☐ Padre o madre ☐
Niñera ☐ Hermano o hermana ☐ Abuelos ☐

6. ¿Actualmente, vive en?
Casa ☐ Apartamento ☐ Hotel ☐
Otro (vivienda de emergencia), especifique: .....

7. ¿Número de personas en su casa actualmente? ..... niños ..... adultos

Voltear por favor →

Propriedad intelectual de LE BOULVAIS Solenn

8. ¿Actualmente usted está?

Pareja / casado ☐ Separado / divorciado ☐

¿Su cónyuge es el padre de su hijo? Sí ☐ No ☐

9. ¿La madre del niño tiene una profesión? Sí ☐ No ☐

➔ Si sí, cúal? .....

10. ¿Actualmente trabaja? Sí ☐ No ☐

11. ¿El padre del niño tiene una profesión? Sí ☐ No ☐

➔ Si sí, cúal? .....

12. ¿Actualmente trabaja? Sí ☐ No ☐

I. Manejo a su niño en psicomotricidad

13. ¿Cuánto tiempo hace que su niño tiene una terapia psicomotris?

Menos de un mes | | Entre 1 mes y 3 meses | | Entre 3 meses y 6 meses ☐

Entre 6 meses y 1 año | | Entre 1 año y 2 años | | Más de 2 años ☐

14. ¿Por qué razones su niño tiene esta terapia? .....

.....

.....

.....

II. Vida cotidiana

15. ¿A qué juega su niño? (posibilidad de respuestas multiples)

Construcción (lego, cubos) ☐ Puzzle ☐ Coche ☐

Muñeca ☐ Animales ☐ Jugar a las comiditas ☐

Balón ☐ Digital / móvil ☐ Juegos de video ☐

Juegos imaginarios ☐ Juegos de sociedad ☐

Juegos de imitación (jugar a comer, jugar al teléfono) ☐

Otros, especifique: .....

16. ¿Su niño se interesa en los libros? Sí ☐ No ☐

➔ Si sí, ¿cuánto tiempo está interesado en los libros al día? .....

17. ¿A qué momento del día está interesado en los libros? .....

.....

Voltear por favor →

Propriedad intelectual de LE BOULVAIS Solenn

18. ¿Su niño mira la TV? Sí ☐ No ☐

➔ Si sí, ¿cuánto tiempo pasa mirando la televisión al día? .....

19. ¿En qué momento del día mira televisión? .....

.....

20. ¿Va con su niño a un área de juego en el parque? Sí ☐ No ☐

➔ Si sí, ¿cuántas veces por semana va? .....

21. ¿Tiene su niño una actividad extracurricular? Sí ☐ No ☐

➔ Si sí, ¿cúal?

Baby gym ☐ Actividades deportivas ☐ Actividades manuales ☐

Actividades corporales de descubrimiento ☐

Otro, especifique: .....

22. Por favor marcar o la casilla "Sí" o la casilla "No":

En general, en la casa:	Sí	No
a. ¿Su niño busca regularmente contacto corporal?		
b. ¿Su niño pasa el tiempo solo explorando su entorno y/o jugando?		
c. ¿Su niño a menudo es colérico?		
d. ¿Su niño a menudo es sonriente?		
e. ¿Su niño a menudo está calmado?		
f. ¿Su niño se mueve mucho?		
g. ¿Su niño a menudo tiene un comportamiento agresivo?		
h. ¿Su niño es temeroso?		
i. ¿Su niño parece angustiado?		

Voltear por favor →

En general, en lugares públicos:	Sí	No
j. ¿Su niño está siempre con usted?		
k. ¿Su niño es a menudo tímido?		
l. ¿Su niño aborda a los otros niños?		
m. ¿Su niño aborda a los otros adultos?		
n. ¿Su niño pasa el tiempo solo explorando su entorno y/o jugando?		
o. ¿Su niño a menudo es colérico?		
p. ¿Su niño a menudo es sonriente?		
q. ¿Su niño a menudo está calmado?		
r. ¿Su niño se mueve mucho?		
s. ¿Su niño tiene a menudo un comportamiento agresivo?		
t. ¿Su niño es temeroso?		
u. ¿Su niño parece angustiado?		

23. ¿Su niño duerme bien? Regularmente ☐ A veces ☐ Raramente ☐ Nunca ☐
24. ¿Tiene pesadillas? Regularmente ☐ A veces ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

25. ¿Puede ser difícil de ponerlo en su cama?
Regularmente ☐ A veces ☐ Raramente ☐ Nunca ☐
26. ¿A qué hora se duerme en la noche? .....
27. ¿A qué hora se despierta en la mañana? .....

28. Por favor marcar únicamente la casilla "Sólo" o la casilla "Acompañado":

Autonomía de su niño:	Sólo	Acompañado
a. Su niño se viste:		
b. Su niño se desviste:		
c. Su niño se pone sus zapatos:		
d. Su niño se quita sus zapatos:		
e. Durante las comidas, su niño come:		
f. Su niño se cepilla los dientes:		
i. Su niño toma su baño:		
j. Su niño va al baño u orinal:		

Voltear por favor →

29. ¿Cuál es el idioma que usted habla en casa? .....
.....

I. Herramientas de acompañamiento

30. ¿Cuál es su sensación frente al retraso del desarrollo psicomotor de su niño?

Inquieto(a) ☐ Angustiado ☐ Sereno ☐
Confiado ☐ No lo sé ☐

31. ¿Juega con su niño? Sí ☐ No ☐
32. ¿Es natural para usted? Sí ☐ No ☐
33. ¿Los profesionales le aconsejan jugar con su niño? Sí ☐ No ☐

34. ¿Frente al retraso de su niño, le han propuesto recursos y/o ayudas? (posibilidad de respuestas multiples)

- Recursos humanos :
  Guardería / colectividad ☐ Apoyo familiar ☐ Asociaciones ☐
  Ayuda casera educativa ☐ Formación ☐ Grupo de apoyo ☐
- Recursos terapéuticos :
  Consulta médica ☐ Grupo padres-niños ☐
  Asistir a las sesiones de psicomotricidad ☐ Ideas de actividad ☐
- Recursos con soportes escritos y visuales :
  Libros ☐ Carteles ☐ Libreta ☐ Sitio web ☐
- Recursos materiales :
  Juegos ☐ Material adaptado ☐
- Otros recursos, especifique: .....

35. ¿Estos recursos le han ayudado a estimular el desarrollo psicomotor de su niño?
Sí ☐ No ☐

Voltear por favor →

36. ¿Usted ha encontrado dificultades para utilizar estos recursos? Sí ☐ No ☐

➔ Si sí, ¿qué dificultades han encontrado? .....

.....

.....

37. ¿Cree que recursos y/o ayudas suplementarios pueden ayudarle en casa a diario?

Sí ☐ No ☐

➔ Si sí, ¿Cuál o cúales?

➢ Recursos humanos :

Guardería / colectividad ☐ Apoyo familiar ☐ Asociaciones ☐

Ayuda casera educativa ☐ Formación ☐ Grupo de apoyo ☐

➢ Recursos terapéuticos :

Consulta médica ☐ Grupo padres-niños ☐

Asistir a las sesiones de psicomotricidad ☐ Ideas de actividad ☐

➢ Recursos con soportes escritos y visuales :

Libros ☐ Carteles ☐ Libreta ☐ Sitio web ☐

➢ Recursos materiales :

Juegos ☐ Material adaptado ☐

➢ Otros recursos, especifique: .....

¡Gracias por tomarse el tiempo para responder el cuestionario! Para finalizar su asistencia en el estudio, por favor devuelva este cuestionario a psicomotor de su niño o a la secretaría.

Annexe 9

رسالة معلومات والموافقة

Etude Sodereper

سيدتي ، سيدى، أنا طالبة في السنة الثالثة جامعي بمعهد التكوين في مجال علم النفس-الحركي في كلية الطب بيار ماري كوري بباريس.

أطلب منكم كأولياء والى الطبيب المختص في علم النفس الحركي لطفلك الإجابة على هاتين الاستمارتين في اطار الحصول شهادة دولة في علم النفس الحركي .

الهدف من هذه الاستمارة هو من أجل الحصول على معلومات تخص الحياة اليومية لطفلك وتقديم الرعاية له في النشاط النفسي - الحركي.

ستقدم لك استمارة واستمارة أخرى الى الطبيب. هذه الاستمارات ستستعمل فقط في إطار هذه الدراسة. من جهة أخرى ،النتائج المتحصل عليها ستساعدني في دراستي ، وكتابة المقالات العلمية أو تقديم هذه الدراسة في المحاضرات.

للتذكير فإن النتائج المتحصل عليها ستكون مجهولة المصدر .

انا الممضي أسفله السيدة/ السيد ..... أقبل بملء هذه الاستمارة الخاصة بالحياة اليومية وتطوير النشاط النفسي - الحركي لطفلي.

أرخص كذلك للطبيب المختص لطفلي بملء الاستمارة الموجهة له.

التوقيع

أشكركم جزيل الشكر للاهتمام الذي تقدمتموه لهذه الرسالة. إذا لديكم أسئلة حول هذه الدراسة ، فلا تترددوا.

تقبلوا مني فائق التقدير والاحترام

LE BOULVAIS Solenn

Etudiante en troisième année de psychomotricité

Annexe 10

استمارة موجهة للأولياء Etude Sodereper

الحياة اليومية لطفلك وتقديم الرعايةله في النشاط النفسي ـ الحركي

سيدتي سيدي، أنا طالبة في السنة الثالثة جامعي بمعهد التكوين في مجال علم النفس الحركي في كلية الطب بباريس ماري كوري Pierre et Marie Curie.

وفي إطار الحصول على شهادة دوله في علم النفس الحركي ،أقوم بدراسة عند أولياء الأطفال اللذين يتابعون حصص في النشاط النفسي الحركي. اشكركم مسبقا لقبولكم الإجابة على هذه الإستمارة

LE BOULVAIS Solenn

طالبة في السنة الثالثة في علم النفس-الحركي

I - البيانات الشخصية والعائلية

اسم ولقب الطفل .....

س1. سن الطفل .....

س2. مكان ازدياده .....

س3. المستوى التعليمي:

التحضيري 0 – 3 سنوات ☐

فوج صغير جدا 2 - 3 سنوات ☐

فوج صغير (السنة الأولى في دار الحضانة) ☐

فوج متوسط (السنة الثانية في دار الحضانة) ☐

فوج كبير (السنة الثالثة في دار الحضانة) ☐

الإعدادية..... ☐

س4. هل طفلك كان في المدرسة في سنة 2013- 2014 ☐, 2014-2015 ☐ 2015- 2016 ☐ 2016-2017,☐

س5. حاليا طفلك تحرسه : الجمعات المحلية ☐ (روضة الأطفال، رياض الأطفال للعب) الأب أو الأم ☐

الأخ أو الأخت ☐ المربية ☐ الجد والجدة ☐

س6. حاليا تسكن في : منزل☐ شقة☐ فندق ☐

س7. عدد افراد الأسرة حاليا: أطفال ..... البالغين .....

استمارة موجهة للأولياء

س8. حاليا: متزوج (ة) ☐ مطلق (ة) ☐

هل أحد الزوجين هو/هي والد (ة) الطفل؟ نعم ☐ لا ☐

س9. ام الطفل لديها حرفة؟ نعم ☐ لا ☐

إذا كانت الإجابة نعم، فماهي؟ .....

س10. هل تعمل حاليا؟ نعم ☐ لا ☐

س11. والد الطفل لديه حرفة؟ نعم ☐ لا ☐

إذا كانت الإجابة نعم، فماهي؟ .....

س12. هل يعمل حاليا؟ .....

II -تقديم الرعاية لطفلك في النشاط النفسي ـ الحركي

س13. منذ متى يتابع طفلك حصص في النشاط النفسي الحركي؟

أقل من شهر ☐ ما بين شهر و3 أشهر ☐ ما بين 3 و6 أشهر ☐ ما بين 6 وسنة واحدة ☐ ما بين سنة وسنتين ☐ أكثر من سنتين ☐

س14. ماهي الأسباب التي من اجلها طفلك يتابع حصص في النشاط النفسي الحركي؟ .....

.....

.....

.....

III ـ الحياة اليومية

س15. ماهي الألعاب التي يلعب بها طفلك؟ البناء (ليجو، مكعبات) ☐ أحجية الصور المقطعة (بوزل) ☐ سيارات ☐ كرة ☐ الألعاب الرقمية/هاتف ☐ ألعاب الفيديو ☐ لعبة ربة عائلة ☐ الألعاب الخيالية ☐ العاب التقليد (يلعب كأنه يأكل ، يلعب كأنه يتكلم في الهاتف) ☐

أضف إذا كانت هناك ألعاب أخرى.....

س16. هل يهتم طفلك بالكتب ؟ نعم ☐ لا ☐

إذا كانت الإجابة نعم، ماهي المدة التي يقضيها مع الكتب في اليوم ؟

.....

س17. ماهي الفترة اليومية التي يهتم بها بالكتب (الصباح، الزوال، المساء)
؟.....

س18. هل يشاهد طفلك التلفاز ؟ نعم ☐ لا ☐

إذا كانت الإجابة نعم، ماهي المدة التي يقضيها في مشاهدة التلفاز؟

.....

س19. ماهي الفترة اليومية التي يشاهد فيها التلفاز (الصباح، الزوال، المساء)
؟.....

س20. هل تذهب مع طفلك إلى حدائق العب ؟ نعم ☐ لا ☐

إذا كانت الإجابة نعم، كم مرة في الأسبوع ؟

.....

س21. هل يقوم طفلك بأنشطة خارج أوقات الدراسة؟ نعم ☐ لا ☐

إذا كانت الإجابة نعم، ما هي ؟ رياضة الجمباز للأطفال ☐ أنشطة رياضية ☐ أنشطة يدوية ☐ لإيقاظ الحسي ☐

أضف إذا كانت هناك أنشطة أخرى

.....

س22.

بصفة عامة ، في المنزل:	نعم	لا
طفلك يبحث غالبا عن الاحتكاك الجسدي(التواصل الجسدي)؟		
طفلك يقضي أوقات بمفرده من أجل استكشاف المحيط الذي حوله واللعب في نفس الوقت؟		
هل طفلك دائما غاضب؟		
هل طفلك دائما يبتسم؟		
هل طفلك دائما هادئ ؟		
هل طفلك كثير الحركة ؟		
هل طفلك لديه تصرفات عدوانية ؟		
هل طفلك لديه علامات الإحساس بالخوف ؟		
هل طفلك يشعر بالضيق او بالقلق بدون سبب ؟		

استمارة موجهة للأولياء

Etude Sodereper

بصفة عامة ، ضب الأماكن العامة :	نعم	لا
هل طفلك دائما بقربك ؟		
هل طفلك دائما خجول؟		
هل طفلك يذهب عند الأطفال ؟		
هل طفلك يذهب عند البالغين ؟		
هل طفلك يذهب للعب و/أو يستكشف الأماكن بمفرده ؟		
هل طفلك دائما غاضب؟		
هل طفلك دائما مبتسم؟		
هل طفلك دائما هادئ ؟		
هل طفلك كثير الحركه ؟		
هل طفلك لديه تصرفات عدوانية ؟		
هل طفلك لديه علامات الإحساس بالخوف ؟		
هل طفلك يشعر بالضيق أو بالقلق بدون سبب ؟		

س23. هل طفلك ينام جيدا ؟ ☐ نعم ،بانتظام ☐ نعم ، في بعض الأحيان ☐ نعم ، دائما ☐ لا أبدا

س24. هل لديه كوابيس ؟ ☐ بشكل مستمر ☐ في بعض الأحيان ☐ دائما ☐ لا أبدا

س25. هل طفلك ينام بصعوبة ؟ ☐ بشكل مستمر ☐ في بعض الأحيان ☐ دائما ☐ لا أبدا

س26. في أى ساعة ينام طفلك ؟

.....

س27. في أى ساعة يستيقظ طفلك ؟

.....

س28. ضع العلامة المناسبة في الجدول التالي:

استقلاليه طفلك	وحده	يعتمد على شخص اخر
هل طفلك يرتدي ملابسه		
هل طفلك ينزع ملابسه		
هل طفلك يلبس حذاءه		
هل طفلك ينزع حذاءه		
في أوقات الأكل هل طفلك يأكل		
هل طفلك يغسل اسنانه		
هل طفلك يستحم		
هل طفلك يذهب إلى الحمام		

س29. ماهي اللغة التي تتحدثون بها في المنزل ؟.....

IV . أدوات المتابعة :

س30. ما هو احساسك إتجاه التأخر النشاط النفسي-الحركي لطفلك ؟ خائف☐ متير للقلق☐ هادئ ☐ لدى أمل ☐ لا أدرى ☐

س31. هل تلعب مع طفلك ؟ نعم ☐ لا ☐

س32. هل هلا طبيعي لديك ؟.....

س33. هل المختصين نصحوك باللعب مع طفلك ؟.....

س34. إتجاه تأخر طفلك، هل هناك مساعدات قدمت لك ؟

← **الموارد البشرية :** دار الحضانة ☐ المساعدة العائلية ☐ الجمعيات ☐ مساعدة تربوية في المنزل ☐ تكوين ☐ اجتماعات ☐

← **الموارد العلاجية :** الفحوصات الطبية☐ اجتماعات الأولياء-الأبناء ☐ حضور لحصص النشاط النفسي-الحركي ☐

أنشطة مختلفة☐

← **الموارد المرئية والمطالعة بالكتب:** كتب ☐ ملصقات☐ دفاتر☐ مواقع الأنترنت ☐

← **الموارد المادية :** ألعاب ☐ أجهزة مختصة ☐

موارد أخرى

.....

س35. هذه الموارد هل ساعدت على تطور النشاط النفسي-الحركي لطفلك ؟ نعم ☐ لا ☐

س36. هل لقيت صعوبات في استعمال هذه الموارد نعم☐ لا ☐

اذا كانت الإجابة نعم، ماهي ؟ .....

.....

.....

س37. هل تظن أن مساعدات و موارد أخرى تستطيع مساعدتك في المنزل ؟ نعم ☐ لا ☐

اذا كانت الإجابة نعم، ماهي ؟

← **الموارد البشرية :** دار الحضانة ☐ المساعدة العائلية ☐ الجمعيات ☐ مساعدة تربوية في المنزل ☐ تكوين ☐ اجتماعات ☐

← **الموارد العلاجية :** الفحوصات الطبية☐ اجتماعات الأولياء-الأبناء ☐ حضور لحصص النشاط النفسي-الحركي ☐

أنشطة مختلفة☐

← **الموارد المرئية والمطالعة بالكتب:** كتب ☐ ملصقات☐ دفاتر☐ مواقع الأنترنت ☐

← **الموارد المادية :** ألعاب ☐ أجهزة مختصة ☐

←**موارد أخرى**

.....

أشكركم على كل هاذ الوقت الذي خصصتموه من أجل ملء هذه الاستمارة . و من أجل انهاء هذه المساعدة الطبية أرجو منكم تقديمه الى طبيب طفلك أو الى سكرتيرة الطبيب .

RESUME

Les psychomotriciens ont un rôle important dans le domaine du soutien à la parentalité. Soutenir les parents permet d'agir sur le développement psychomoteur des enfants. Pour ce faire il existe différentes techniques et divers outils. Les psychomotriciens sont amenés à suggérer des ressources pour aider les parents à améliorer les sollicitations proposées aux enfants quotidiennement. Il peut être bénéfique de s'intéresser au regard des parents et de les interroger sur leurs perceptions de ces ressources notamment. Ainsi l'étude effectuée fut réalisée par le recueil de données, par le biais de questionnaires. En proposant des ressources adaptées et en valorisant la place du jeu, les psychomotriciens préviennent le retard de développement psychomoteur ou tente de l'amoindrir. Dès lors, les psychomotriciens interviennent dans le champ de la prévention.

Mots clés : développement psychomoteur – perception – ressources – sollicitations – soutien à la parentalité – guidance parentale – alliance thérapeutique – prévention

---

ABSTRACT

Psychomotrician have an important role in the field of parenting support. Supporting parents helps to influence the psychomotor development of children. To do this, there are different techniques and tools. Psychomotrician may have to suggest resources to help parents to improve the daily request of children. It may be good to take care about the look of parents and ask them about their perceptions of these resources. Then this study carried out was carried out by the collection of data, by means of questionnaires. By proposing appropriate resources and promoting the role of the game, psychomotrician prevent psychomotor developmental delay or attempt to diminish it. From then on, psychomotrician involved in the field of prevention.

Keywords: psychomotor development – perception – resources – request – support of parenthood – parental guidance – therapeutic alliance – prevention