

L'attachement, un lien pour la vie : l'apport du psychomotricien dans l'établissement des liens précoces parents-enfant

Mathilde Guesdon

▶ **To cite this version:**

Mathilde Guesdon. L'attachement, un lien pour la vie : l'apport du psychomotricien dans l'établissement des liens précoces parents-enfant. Psychologie. 2019. dumas-02178223

HAL Id: dumas-02178223

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178223

Submitted on 9 Jul 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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

L'attachement,

un lien pour la vie

L'apport du psychomotricien dans l'établissement des liens précoces parents-enfant

Directrice de mémoire : Laurence Renaud

Mathilde GUESDON

Née le 6 janvier 1997 à Cholet (49)

JUIN 2019

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

L'attachement,

un lien pour la vie

L'apport du psychomotricien dans l'établissement des liens précoces parents-enfant

Directrice de mémoire : Laurence Renaud

Mathilde GUESDON

Née le 6 janvier 1997 à Cholet (49)

JUIN 2019

Remerciements

Par ces quelques lignes, j'adresse mes plus sincères remerciements,

À ma directrice de mémoire, Laurence Renaud, psychomotricienne, pour m'avoir guidée comme elle a pu le faire, tout au long de mon stage et de la rédaction de mon mémoire. Je la remercie pour ses précieux conseils, sa disponibilité, ses nombreuses relectures et sa bienveillance.

À ma maître de stage en crèche, Valérie Gosselin pour sa confiance, son accompagnement, son écoute et sa disponibilité. Je la remercie pour son accueil professionnalisant et chaleureux.

À tous mes maîtres de stage, rencontrés dans le cadre de cette formation, pour leur passion de transmettre. Le partage de leur pratique, savoir et expérience.

Aux équipes et professionnels qui m'ont accueillie durant mes stages, et m'ont permise de découvrir le travail en interdisciplinarité.

À l'ensemble des patients, ainsi qu'à leur entourage, de m'avoir accordé leur confiance tout au long de mes stages.

À mes camarades de promotion, pour leur authenticité et leur bonne humeur tout au long de ces trois années de formation.

À mes amies pour leurs encouragements.

À ma famille, qui n'a jamais cessé de me soutenir et de me faire confiance.

À Léo pour sa présence, sa patience et son soutien.

À tous ceux qui m'ont permis de devenir la future psychomotricienne que je suis.

Sommaire

Remerciements 1

Sommaire 2

Avant-propos 3

Introduction 4

Chapitre 1 - Un enfant en développement, des parents en devenir : la construction familiale 6

I- La construction familiale 6

II- Les liens d'attachement 20

III- De la perturbation des interactions aux troubles de l'attachement 40

Chapitre 2 - L'accompagnement du psychomotricien dans la parentalité 48

I- Le centre maternel 48

II- Place et rôle de la psychomotricité en centre maternel 53

Conclusion 78

Bibliographie 80

Table des matières 84

Annexes 89

Avant-propos

« *La famille reste importante à toutes les étapes de notre vie et compte pour une grande part du voyage que nous accomplissons. Nous larguons les amarres, nous émigrons, nous naviguons d'est en ouest ou du sud au nord, poussés par le besoin d'effectuer une rupture, et puis nous revenons de temps à autre à la maison simplement pour garder le contact. Nous passons aussi un temps considérable à écrire des lettres, à envoyer des télégrammes, à téléphoner et à entendre parler de notre famille ; en outre, dans les périodes de grand stress, la plupart des gens retrouvent une attitude de loyauté vis-à-vis du cercle familial et de soupçon envers l'étranger* » [70, p39-40].

Donald W. WINNICOTT

Introduction

Depuis mes premiers instants en stage une chose m'a particulièrement marquée : la place des parents dans le soutien, la compréhension et l'écoute de leurs enfants, dans l'accompagnement du suivi en psychomotricité. Cela m'a notamment interpellée en deuxième année, au cours de mon stage en libéral, où j'ai pu voir des parents investis, soucieux du mieux-être de leurs enfants. Au fil de l'année scolaire j'ai poursuivi mes stages en SESSAD et en IME, et là j'ai pu voir qu'à l'inverse, parfois, certains prenaient des distances avec la prise en charge de leurs enfants. Au point même de pouvoir devenir un poids dans la construction et le développement de ces derniers.

Ainsi je me suis intéressée à la parentalité, la place du parent, la construction d'un nouveau rôle, l'arrivée d'un enfant, sa compréhension et son accompagnement.

En fin de deuxième année, une opportunité s'est ouverte à moi. Deux stagiaires de troisième année qui allaient terminer leur stage expérimental en centre maternel cherchaient des étudiants susceptibles d'être intéressés pour prendre la suite du stage. Après mûre réflexion, je me suis lancée dans l'aventure du stage expérimental, avec un public qui me questionne, qui m'intéresse et qui soulève encore cette question de la place de la parentalité : la dyade mère-enfant.

En septembre 2018, j'ai participé à une journée de formation intitulée « **Bases et concepts de la Théorie de l'Attachement** », donnée par le Dr Anne Raynaud Postel, psychiatre [53]. Ensuite je me suis rendue à des conférences [32], [54], [55], j'ai lu plusieurs livres [26],[27] sur ce sujet et cette thématique m'est apparue comme évidente face à mes questionnements. Il est vrai que la théorie de l'attachement n'explique pas tout, mais elle nous donne des outils importants pour expliquer ce lien si particulier qui se construit entre les parents et leur bébé. Elle offre également un regard particulier et complémentaire de celui du psychomotricien.

Enfin au cours du mois d'octobre j'ai commencé mes stages : en centre maternel et en crèche, j'ai ainsi pu observer de nombreuses choses qui se jouaient en rapport avec ces liens d'attachement. J'effectue un stage expérimental, d'une journée par semaine, dans un centre maternel où les missions principales sont la prévention et la protection de l'enfance. Ainsi cela s'oriente vers la prévention autour de la grossesse, et l'accompagnement de la petite enfance, la prévention de la rupture du lien parental et l'évaluation de la relation mère-enfant. De plus, je suis présente tous les mercredis après-midi au sein d'un multi accueil collectif municipal qui peut accueillir jusqu'à 23 enfants par heure.

À travers toutes ces expériences et ces rencontres, j'en suis venue aux réflexions suivantes :

Quelle importance prennent les liens d'attachement dans la construction familiale ?
Quelle place prend la psychomotricité dans le soutien à la création de ces liens d'attachement ?

De ces questionnements est née la problématique de mon écrit :

Comment la psychomotricité peut accompagner la création de ces liens d'attachement, si précieux dans la construction familiale ?

Je tenterai de répondre à cette problématique en reprenant l'évolution de mon cheminement personnel durant cette année de stage.

Dans un premier temps, je présenterai les fondements de la construction familiale en tenant compte des compétences parentales et des capacités de l'enfant, ce qui m'amènera à développer les interactions précoces parents-enfant.

Dans un second temps, j'évoquerai les liens d'attachement qui naissent des interactions précoces. Je traiterai de l'importance d'une base de sécurité permettant à l'enfant d'acquérir un attachement sécure. Cette sécurité, dont l'adulte est garant, permet l'exploration et le développement de l'enfant. Cependant, il arrive que les individus se retrouvent face à des perturbations des interactions pouvant aller jusqu'aux troubles de l'attachement. Je présenterai donc ces difficultés de relation.

Dans un dernier temps, je développerai mon champ d'intervention clinique en tant que stagiaire en psychomotricité au sein d'un centre maternel. Je résumerai mon projet de stage expérimental, la spécificité du psychomotricien, le cadre de mes interventions et les indications pour lesquelles je rencontre les familles du centre maternel. J'exposerai un cas clinique d'accompagnement mère-enfant ainsi que l'atelier détente pour présenter ma pratique.

S'intéresser au lien d'attachement, c'est pouvoir évoquer la sécurité, l'exploration, le prendre soin, les émotions, la relation, le contact, la confiance, le développement, les capacités, l'adaptation, l'écoute, l'observation. Ce sont autant de notions essentielles à questionner, travailler et à recentrer dans notre pratique de psychomotricien.

Chapitre 1- Un enfant en développement, des parents en devenir : la construction familiale

I- La construction familiale :

I-1. Le désir d'enfant

a) Désir d'enfant ou désir de devenir parent

Selon le **Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales** on peut définir le désir comme une « *aspiration instinctive de l'être à combler le sentiment d'un manque, d'une incomplétude* » [13]. Cette aspiration est parfois confuse voir inexplicable. C'est ce que **L. PETIT**, psychologue, nous explique : « *Constitué dans son rapport à l'inédit, l'insaisissable, le désir d'enfant est par essence ignorance, extravagance, car l'on ne connaît pas celui que l'on désire et l'on ne sait que confusément pourquoi on le désire* » [46, p19]. On peut s'interroger sur cette volonté qui peut se reformuler : « Je désire devenir parent ».

De plus, avec le développement des moyens de contraception, ce désir est devenu conscient, délibéré, responsabilisant et souvent programmé [12]. Ainsi le couple est acteur de sa construction familiale. Cette construction débute dès l'apparition du désir de devenir plus nombreux.

b) Bébé imaginaire et bébé fantasmatique

Le bébé fantasmatique correspond à l'enfant avec lequel on joue à la poupée déjà tout petit. Il est présent avant la grossesse, avant même de l'avoir imaginé. Le bébé imaginaire quant à lui, c'est celui que l'on imagine durant la grossesse, on peut s'appuyer sur des sensations corporelles, et visuelles avec l'échographie.

La place de l'imaginaire et du fantasme est essentielle dans la préparation à devenir parent. **S. LEBOVICI** indique que « *les fantasmes maternels qui s'instituent au cours des soins maternels donnés à l'enfant réel et imaginé constituent une base essentielle sur laquelle l'enfant pourra constituer sa propre histoire* » [17, p20]. C'est la base sur laquelle se reposera la mémoire épisodique. Il s'agit de la mémoire autobiographique, avec les connaissances qui se rapportent à notre vécu propre. De plus **M. GAUBERTI** ajoute que « *Les attitudes maternelles (…) sont porteuses d'émotions anciennes dont le corps a la mémoire ; c'est cette transmission d'affects inconscients qui leur donne du sens, qui les rend signifiantes et structurantes pour le nourrisson* » [22].

Les représentations parentales sont donc inévitables et inconscientes. De plus elles sont porteuses de sens et permettent la construction identitaire de l'enfant.

I-2. Accueillir l'enfant, le rencontrer

a) Une rencontre progressive à travers la grossesse

La conscience de cet être se fait tout d'abord corporellement. Parfois la grossesse peut entraîner un certain inconfort de la part de la mère qui va se retrouver face à des symptômes physiques désagréables (nausées, douleurs, fatigue). Petit à petit, il prend de la place dans le ventre, et il va pouvoir faire entendre sa présence avec des coups de pieds, de poings, des mouvements. La mère va les ressentir et son entourage peut les percevoir visuellement et au travers du contact sur le ventre.

À ces signaux physiques s'ajoute l'échographie. **M. BYDLOWSKI** explique que ces images permettent d'apporter aux parents « *la preuve que ces mouvements perçus de l'intérieur correspondent bien à l'enfant réel* » [12, p22].

De plus, des recherches récentes ont mis en évidence que les comportements, affectifs et fantasmatiques imaginés par la mère durant la grossesse, permettent l'organisation de ses futures interactions avec l'enfant [67]. Les mouvements, l'échographie et la projection du futur avec le nourrisson à venir sont les éléments précurseurs de la rencontre réelle et physique : la naissance.

b) La naissance

Il s'agit de la première rencontre physique entre les parents et le bébé. Elle entraîne une rupture avec l'imaginaire et le fantasmatique qui ont accompagné le désir d'enfant et la grossesse. Les parents se retrouvent confrontés à leur nourrisson, bien réel. Les rôles familiaux se trouvent réorganisés : les adultes deviennent réellement parents, et ce nouveau-né devient leur enfant. Cette rencontre si privilégiée, laisse place à une multitude d'émotions. On observe un sentiment chaleureux du parent envers son enfant ainsi que le sentiment d'avoir un lien très spécial avec ce nouveau-né [29].

c*) La continuité du portage psychique vers le portage physique*

On distingue deux portages indissociables : le portage psychique et le portage physique. Le portage psychique est présent très tôt dans l'histoire du parent, en effet il

« *précède de longue date le portage physique* » [56, p21]. Il est présent consciemment et inconsciemment dès le plus jeune âge. Il s'intensifie avec le désir d'enfant, le fait de projeter, de s'imaginer, on porte déjà en soi l'enfant. On va parler de portage psychique entre le bébé fantasmatique, imaginaire et réel.

Cette construction psychique va s'élaborer jusqu'à la naissance où le nourrisson devient présent physiquement. À partir de ce moment-là débute le portage physique puisque l'enfant est dépendant de l'adulte. Cependant, il ne se limite pas à la manière dont l'adulte transporte l'enfant. **M. SHARARA** et **M.R. MORO** ajoutent que « *Le portage est d'abord un enveloppement maternel qui permet à l'enfant d'élaborer le développement de ses assises narcissiques, son intégrité de vie psychique et sa continuité, d'avoir une vie fantasmatique, d'être relié à son intérieur et d'acquérir une sécurité, une autonomie, de créer sa propre enveloppe. Avec l'appui de sa mère et les soins qu'elle lui aura apportés à travers sa préoccupation maternelle primaire, il pourra ainsi acquérir un bon développement psychomoteur et sensoriel* » [64, p417]. On peut donc faire un rapprochement entre le portage et le holding développé par **W.D. WINNICOTT** qui désigne la façon dont le nourrisson est « *porté sur le plan psychique et corporel* » [60, p328]. Il n'a pas encore conscience de son corps et de ce qu'il peut en faire, les bras contenants, rassurants, qui portent l'enfant vont lui permettre de retrouver son unité corporelle ainsi que le sentiment de sécurité et de fiabilité. C'est un élément indispensable dans le développement psycho-affectif et sensori-moteur de l'enfant.

I-3. Les compétences parentales

a) Les compétences psychosociales, des compétences parentales [24]

En 1993, l'Organisation Mondiale de la Santé a défini les compétences psychosociales comme « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne [...] et à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement* » [24, p40]. Elles permettent aux individus d'interagir de façon satisfaisante avec leurs environnements. Ils peuvent exercer une influence positive sur eux-mêmes et leur entourage. Les compétences parentales intègrent ces compétences puisqu'elle peuvent être mobilisées dans le cadre des relations et des interactions que les parents entretiennent avec leurs enfants. On note deux dimensions essentielles à la fonction parentale : le soutien et le contrôle. Selon les stades de développement de l'enfant, certaines compétences nécessitent d'être plus ou moins mobilisées. **M. GORZA** sépare ces compétences selon 3 stades :

- la petite enfance : la capacité à pouvoir décoder les signaux et les besoins de l'enfant et à y répondre de façon adéquate est primordiale pour l'établissement d'un lien d'attachement sécure pour le jeune enfant. Dans ce cadre dominent les compétences d'écoute, d'attention positive et d'empathie.

- l'enfance : les capacités de régulations des comportements, l'établissement de règles et les renforcements positifs sont davantage mobilisés,

- l'adolescence : importance accrue portée à la supervision, à la gestion des conflits et des émotions ainsi qu'aux capacités de négociations.

b) Leurs qualités

Parmi la multitude de qualités dont possèdent les parents, si on devait retenir celles essentielles et préalables à toutes les autres : il s'agirait de la **disponibilité**, la **cohérence**, la **fiabilité** et la **prévisibilité.** À la naissance et dans ses premiers mois de vie, l'enfant n'est pas encore assez mature pour accéder à la continuité corporelle, spatiale, temporelle. L'adulte sera son ancrage nécessaire, permettant la mise en place de rituels, de routines et de répétitions. Ces habitudes vont permettre de satisfaire les besoins de base : alimentation, hygiène, affectivité tout autant que la détente et le confort. C'est ce qui permet à l'enfant de trouver les ressources favorisant son bien-être.

c) Leurs émotions

Tout comme l'enfant, l'adulte associe des émotions spécifiques lors de l'activation de son caregiving. Le caregiving se traduit par « la fonction de prendre soin ». On observe des « *sentiments de plaisir, de satisfaction et de soulagement quand il peut protéger son enfant ; de la colère, de la tristesse et de l'anxiété quand il est dans l'impossibilité de le faire* » [26]. Le parent, tout comme le nourrisson, peut se retrouver dans l'inconfort et exprimer de la détresse face aux soins de son enfant. Ainsi, les émotions de l'adulte vont venir faire écho à ses compétences.

Les professionnels de santé vont guider l'accompagnement de la régulation des émotions du parent. Cet accompagnement est nécessaire pour permettre ensuite à l'adulte la régulation appropriée des émotions de l'enfant. Le travail du psychomotricien vient s'inscrire dans cet étayage émotionnel.

d) Le couple parental : une figure de soutien l'un envers l'autre

La relation du couple conjugal joue un rôle crucial dans l'alliance de caregiving. Les conjoints sont alors une figure de soutien l'un envers l'autre. La stabilité dans le couple s'accompagne de schémas comportements répétitifs qui permettent la construction des liens d'attachement entre les deux individus. **J. BYING HALL** développe le modèle de « base familiale de sécurité ». Ce modèle nécessite une base de sécurité dans le couple dans laquelle est mise en jeu une « *solidarité susceptible d'être mise en jeu pour résoudre les difficultés qui se posent à l'un, à l'autre ou aux deux au cours de l'existence* » [19, p176]. Certaines étapes de la vie de couple, telles que l'accueil d'un enfant, accentuent cette solidarité. L'un comme l'autre, ils rencontrent des doutes, des interrogations, parfois des angoisses et des inquiétudes.

Concernant l'accompagnement de la femme enceinte, le rôle du conjoint est essentiel. **N. GUEDENEY** vient souligner cette nécessité : « *Faire participer le père ou le partenaire de choix à toutes les étapes de la grossesse, de la naissance, du post-partum est bénéfique pour le suivi obstétrical et néonatal. Cette présence fournit une base de sécurité à la mère pour faciliter son adaptation à la nouveauté et à la transition de la maternité* » [30]. Les changements corporels, psychiques, hormonaux et familiaux peuvent fragiliser la femme devenant mère. Et la présence du compagnon permet d'apaiser et de soutenir cette transition parfois brutale ou douloureuse.

À l'inverse, le conjoint n'ayant pas porté l'enfant durant le temps de la grossesse a besoin de la valorisation de sa compagne. Il est possible qu'un des deux parents soit moins à l'aise dans les soins du bébé, l'éducation de l'enfant ou encore le portage. L'autre va pouvoir le guider, le conseiller et le rassurer dans ces nouveaux apprentissages.

Ils vont chacun leur tour, narcissiser, valoriser et soutenir l'autre dans la mise en place d'un nouveau rôle : être parent. De plus, ils sont un relais l'un envers l'autre. Quand cela devient trop compliqué, que la patience diminue, la présence du conjoint et sa prise de relais sont essentielles pour s'apaiser et se réguler.

Cette alliance co-parentale est favorisée par l'investissement de chacun des parents auprès de l'enfant, par la reconnaissance et la valorisation mutuelles de cet investissement, par le respect du jugement de l'autre et par le désir de communication entre les deux membres du couple [20]. Le conjoint est généralement la principale figure de soutien dans l'acquisition des compétences parentales. On peut dire que dans un couple, en général, le conjoint correspond à la figure d'attachement de l'autre et inversement.

I-4. L'enfant, ses capacités et compétences

Depuis les années 60, le bébé est considéré comme un être compétent. Au fur et à mesure des années, les connaissances sur les nourrissons se sont développées. Aujourd'hui nous savons que le nouveau-né est un être particulièrement sensible. Cette sensibilité témoigne que le nouveau-né est un être compétent, doué de relation. Nous allons développer les différentes compétences de l'enfant.

a) Les compétences sensorielles et communicantes du nourrisson [60]

Le terme de compétence désigne les aptitudes potentielles d'un système à capter, à intégrer et à émettre lui-même des signaux ou à réaliser des comportements. L'individu se nourrit de l'affectivité en interactions avec ses compétences sensorielles comme support de la relation.

Voir et regarder :

À la naissance, le bébé perçoit les couleurs contrastées et voit à une distance de trente centimètres, qui est celle idéale pour voir le sein maternel lors de l'allaitement.

Le système gustatif :

Dès les premières heures de vie, nourrir l'enfant avec des laits aux goûts différents peut provoquer des mimiques et des expressions variées. À la naissance le nouveau-né aura des préférences alimentaires en fonction de la saveur du liquide amniotique qui diffère selon l'alimentation maternelle. Le bébé est soumis très tôt à différentes saveurs.

Les capacités olfactives :

On constate qu'un enfant de deux jours mémorise l'odeur maternelle. Il a, à ce moment-là, une rotation motrice de la tête vers son sein.

Entendre et écouter :

Le foetus entend et réagit très tôt aux bruits, ce qui peut entraîner des réactions comportementales en fonction de l'intensité du bruit. À la naissance, le bébé tourne sa tête du côté où il y a un son, et il peut même tourner les yeux en direction du stimulus sonore. À 5 semaines, le nourrisson distingue la voix maternelle des autres voix alors qu'il ne différencie pas encore le visage maternel des autres visages.

Toucher et être touché :

La peau est l'organe sensoriel le plus étendu et c'est le première moyen de communication avec le monde extérieur. In utéro et à la naissance, le bébé peut, grâce au

toucher, être renseigné sur la température, la texture du milieu qui l'accueille, établir des contacts avec les personnes qui l'entourent, mais aussi manifester son besoin de toucher et d'être touché. Les contacts physiques, les caresses, les massages du bébé apportent des relations physiologiques et émotionnelles qui l'apaiseront et favoriseront sa croissance et son bien-être.

Le système vestibulaire :

C'est à travers le système vestibulaire que l'on peut connaître la position de notre corps dans l'espace, il est lié à l'équilibre, l'orientation et aux coordinations.

b) Les réflexes archaïques

À la naissance, le nouveau-né est pourvu de réflexes archaïques qui, par leurs présences, témoignent de l'immaturité neurologique. Puis ils s'estomperont lors du développement et de la croissance du cortex : la maturation du système nerveux central, entre 3 et 6 mois. Leurs présences témoignent de l'apparition des acquisitions psychomotrices avec acquisitions et pertes des réflexes archaïques [60]. Il en existe plus de 70, nous allons ici en développer 3.

Le réflexe des points cardinaux :

Lorsque l'on stimule le côté de la bouche de l'enfant, il va tourner la tête vers le sein pour téter. L'absence de ce réflexe entraîne des troubles de la succion et de la déglutition.

Le réflexe de la succion-déglutition :

Si on présente un objet sur les lèvres de l'enfant, il va tenter de téter ou de déglutir, c'est un réflexe de survie. Si, il est absent, il faudra nourrir le bébé de manière artificielle.

Le grasp-reflexe :

La stimulation de la paume de la main de l'enfant entraîne la fermeture de celle-ci. Il permet de stimuler la préhension.

c) La motricité

R. VASSEUR a développé la notion des postures et activités motrices spontanées. Il explique que la construction de l'axe corporel met en jeu des chaines musculaires coordonnées, afin d'assurer le redressement, la motricité et l'équilibre. C'est

un dialogue entre les systèmes sensoriels, toniques avec le milieu. Chaque modification de point d'appui, va entraîner une nouvelle posture. Ceci est un point essentiel de la prise en charge psychomotrice : on va essayer de susciter ces points d'appuis grâce au jeu, pour faire découvrir de nouvelles postures. Ces différences de postures permettent de mettre en avant de nouvelles compétences, c'est le principe même du développement psychomoteur que nous développerons dans la deuxième partie de ce chapitre.

De plus le nouveau-né est doté de nombreuses compétences motrices telles que les coordinations inter-modales : coordinations bucco-faciales, visuo-manuelles et auditivo-visuelles. On observe que très tôt le bébé est capable d'apprentissages précoces et de catégorisation. Cependant, il est important de souligner que la maturation du cortex est fragile. Durant toute cette période autour de la naissance, si on perturbe l'environnement psychologique, familial, spatial, la mise en place de ces coordinations peut avoir de graves conséquences. La plasticité cérébrale est importante à prendre en compte : plus on interviendra précocement auprès du bébé et des liens qui se mettent en place avec ses parents, plus il pourra récupérer, vite et mieux.

d) Les états de vigilance

Ce sont des signaux, essentiels à observer et à prendre en considération pour les parents. Un enfant n'est pas toujours disponible pour jouer ou manger par exemple. De plus, ils sont importants à prendre en compte pour les professionnels de santé, par exemple le psychomotricien devra en tenir compte afin de proposer les horaires de séance selon ce que l'on a prévu d'observer et de travailler avec l'enfant.

1) Le sommeil profond avec mouvements oculaires peu rapides, l'enfant dort, il y a peu ou pas de mouvements, la respiration est calme.
2) Le sommeil avec des mouvements oculaires plus rapides, une respiration irrégulière et parfois des mouvements corporels.
3) État d'éveil calme et attentif, le regard du bébé est vif et brillant, la respiration est détendue, il y a une suspension de la motricité. C'est l'état favorable à une interaction gratifiante avec un parent ou un professionnel de santé.
4) L'état d'éveil avec activité motrice importante, une attention non fixée, la respiration est un peu plus irrégulière, le bébé peu parfois geindre ou ébaucher des cris. On observe également des mouvements.
5) Cris, pleurs, activité motrice intense, visage rouge et grimaçant : cela traduit un inconfort de la part de l'enfant : douleur, faim, stress.

F. FRASCAROLO insiste sur le fait que « *Les compétences du bébé sont liées au contexte dans lequel il se développe* » [63, p79]. Nous allons développer les interactions parents-enfant.

I-5. Les interactions précoces parents-enfant

L'ensemble des compétences et capacités dont l'enfant et ses parents bénéficient, semblent s'unir et se mettre à profit des interactions précoces auxquelles chaque individu de la triade va prendre place. **S. BEKIER** et **M. GUINOT**, psychomotriciennes définissent la relation entre l'enfant et son entourage comme « *un ensemble de processus bidirectionnels (…) l'environnement et le nourrisson s'influencent l'un l'autre dans un processus continu de développement et de changement* » [60, p102]. Dans cette relation, les interactions précoces sont définies par **S. LEBOVICI** et **M. LAMOUR** comme « *l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre le nourrisson et sa mère* » [68, p45]. Elles se déclinent en trois types d'interactions : fantasmatiques, comportementales et affectives.

a) Les interactions fantasmatiques

Comme nous l'avons évoqué dans la partie sur le désir d'enfant, dès lors que le couple conjugal envisage de devenir parents, le bébé fantasmatique entre au coeur de leurs préoccupations. **L. KREISLER** et **B. CRAMER** ont utilisé le terme d'interactions fantasmatiques en 1981, et **S. LEBOVICI** le développera également quelques années plus tard. Ils les définissent comme les « proto-représentations » de la mère vis-à-vis de son enfant imaginé. Elles jouent une influence réciproque de la vie psychique de la mère et de son enfant. **S. LEBOVICI** ajoute que « *les représentations mentales s'instituent dans les relations entre les expériences sensorielles et préperceptives du nouveau-né (…) et sa vie affective et émotionnelle* » [37, p95]. Ces interactions constituent le socle précoce de la construction identitaire de l'enfant : elles définissent les bases transgénérationnelles et la filiation culturelle du bébé.

b) Les interactions comportementales

Les interactions comportementales sont directement observables et se différencient selon 3 registres : corporel, visuel et vocal. De plus elles se caractérisent par la manière dont les comportements entre l'enfant et ses parents s'adaptent et s'harmonisent l'un par rapport à l'autre.

1) Interactions visuelles

Le regard constitue la première modalité d'échange, de communication et de dialogue entre l'enfant et ses parents. Les interactions visuelles concernent les regards échangés entre le parent et son enfant : leur durée, leur fréquence et leur réciprocité. La réciprocité est observable dès la naissance : l'enfant cherche et accroche le regard de l'adulte. Dès cet instant se met en place un dialogue oeil à oeil qui permet deux choses selon **M. COUVERT** : « *confirmer le bébé dans son sentiment d'existence, mais réciproquement aussi, la mère va se sentir exister comme mère dans le regard du bébé* » [15, p34].

Un matin, au centre maternel, je croise dans les couloirs Mme N. avec sa fille de 3 mois. Je suis surprise de voir qu'elle lui donne le biberon en le posant sous son menton. Puis j'observe qu'elles sont plongées dans les yeux l'une de l'autre et qu'elles ne détachent pas leurs regards. Je note même une forme d'émerveillement de la part des deux membres de cette dyade.

Comme nous l'avons vu précédemment, dès la naissance, l'enfant possède une capacité visuelle qu'il investit dans les moments de tétées. Puis dans les premières semaines de vie, on observe qu'il cherche et fixe le visage de sa mère lorsqu'il tête. Au travers de ce regard mutuel, la mère se sent valorisée par le regard de son enfant.

2) Interactions vocales

Elles comprennent les cris, les pleurs, les vocalises, le babillage, le langage du parent adressé à l'enfant (intonation, volume, intention). Il s'agit pour l'enfant, du mode de communication le plus adapté pour traduire ses besoins.

- Les cris et les pleurs :

Ils sont fondamentaux pour que l'enfant puisse exprimer ses besoins et signaler son inconfort. Pour les parents, ils correspondent à un réel signal d'alerte qui les alarment et les incitent à agir pour réconforter l'enfant. Selon leur fréquence, leur intensité et leur durée, l'enfant peut exprimer une multitude de gènes. Peu à peu, l'enfant va adapter ses signaux à chaque demande particulière qu'il souhaite faire. Puis le parent va donner du sens à cet appel. C'est l'enfant, qui par ce signal, est à l'origine d'un moment d'interaction avec ses parents.

De plus **J. BOWLBY** a mis en évidence l'importance des cris et des pleurs dans le développement des liens d'attachement (attachement et perte). Ils permettent à l'enfant de rétablir la proximité physique avec sa figure d'attachement : nous développerons cette notion dans la « Partie II - L'attachement ». **L. SANDER** et **H. JULIA**, ont développé cette notion et ont défini les cris comme l'équivalent d'un « *cordon ombilical acoustique* » [60, p103].

Ces cris vont petit à petit évoluer dans le développement du langage de l'enfant : on va voir apparaître les vocalises (gazouillis, babillages), puis les premiers mots et enfin les phrases.

- Le langage oral des parents à leur bébé :

Dès la grossesse et les premiers instants de vie de leur enfant, les parents utilisent la parole pour communiquer avec lui. Les nourrissons, sensibles à l'intonation, à la rythmicité et au timbre de la voix de l'adulte, vont être très attentifs à ce que leurs disent leurs parents. Ainsi, les parents adaptent leur voix lorsqu'ils s'adressent à leur enfant. On observe généralement, un volume sonore peu élevé et une intonation douce. De plus, la voix de la mère permet à l'enfant de vivre une continuité entre sa vie durant la grossesse et la vie dans le monde extérieur. La voix du père a une importance significative pour le bien-être du nourrisson. En effet, durant le temps de la grossesse, l'enfant entend les sons de manière filtrée et atténuée, ils sont donc perçus comme graves. Dans les premiers mois de vie, la voix du père a donc une fonction contenante et rassurante pour l'enfant.

3) Interactions corporelles : le dialogue tonique

Les interactions corporelles sont mises en avant dans la motricité, les postures et ajustements corporels de chacun. Le tonus, lié à notre vécu corporel et relationnel, est la toile de fond de ce fonctionnement musculaire.

En 1949, **H. WALLON** est le premier à mettre en évidence le lien entre le tonus et l'émotion dont il souligne l'importance dans les interactions mère-nourrisson. **D. COUSIN** décrit le travail de **H. WALLON** en disant : « *Il fait de l'association des réactions toniques échangées et des émotions correspondantes le fondement des premiers schèmes affectifs qui détermineront à leur tour la relation à autrui, mais permettront aussi progressivement la différenciation d'autrui et de soi* » [14, p365]. Cette relation qui se construit en lien avec le tonus et les émotions de chacun est nommé dialogue tonique.

J. DE AJURRIAGUERRA reprend et approfondit cette notion en proposant le terme de dialogue tonico-émotionnel. Ce dialogue correspond à des aller-retours incessants d'émissions et de ressentis de leurs états toniques respectifs. Il permet les

ajustements corporels interactifs entre la mère et l'enfant. Le bien-être se traduit par de la détente, de l'apaisement, tandis que l'inconfort se ressent par des tensions. **J. DE AJURRIAGUERRA** parle d'hypertonie d'appel et d'hypotonie de soulagement [60].

La notion de holding mise en avant par **W.D. WINNICOTT** fait sens dans ce dialogue. Le holding « *représente l'adaptation posturale de la mère avec son bébé* » [60, p103], la façon dont elle le touche, le porte, le tient, le manipule. Ainsi, il contribue à la conceptualisation de la construction de soi et fait naître chez l'enfant son sentiment d'exister.

Le dialogue tonico-émotionnel, le holding et l'ensemble des ajustements corporels dans la relation parents-enfant, sont liés à la proximité physique et au contact peau à peau qui se mettent en place à la naissance.

L'ensemble de ces interactions comportementales sont considérées comme satisfaisantes si elles répondent à plusieurs critères : « *synchronie, continuité/stabilité des échanges et respect des capacités d'attention et de stimulation du bébé* » [22, p45]. Elles sont nécessaires pour le développement de l'enfant et elles sont considérées harmonieuses si l'adulte est capable d'ajuster ses stimulations aux besoins et capacités de l'enfant.

c) Les interactions affectives

Les interactions affectives concernent l'environnement affectif dans lequel vont se dérouler les interactions comportementales. Elles découlent de l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de ses parents. Très immature à la naissance, l'expression des affects du bébé s'affine avec la maturation neurologique. Les modalités de communication utilisées lors des interactions comportementales sont le support des interactions affectives.

Les parents vont percevoir les ressentis de leur enfant et y répondre de la manière la plus adaptée, au travers de la mise en mots, du contact physique, des mimiques. Encore trop immature pour comprendre le sens des mots, le nourrisson est néanmoins très sensible à l'affect que ses parents lui transmettent au travers de leur ajustement vocal et corporel.

D. N. STERN décrit l'accordage affectif ou harmonisation des affects. Il s'agit d'un mécanisme qui permet à la mère et son enfant de « *se mettre en phase ou en résonance émotionnelle, c'est-à-dire d'être informés de manière symétrique et réciproque de l'état émotionnel dans lequel l'autre se trouve* » [23, p123]. Les signaux,

tout comme les réponses, peuvent être émis par l'un ou par l'autre. Les réponses sont multiples et variables : immédiates, différées, amplifiées, atténuées. On parle d'imitation transmodale car le canal sensoriel utilisé par la mère pour traduire le comportement de son bébé sera différent de la modalité sensorielle utilisée par le nourrisson.

R. SPITZ, décrit trois organisateurs du psychisme que l'on considère comme de « *véritables indicateurs de la vie affective pendant la période préverbale* » [60, p330]. Nous allons développer le premier organisateur : à partir de 2 mois, l'enfant peut répondre aux sourires que lui font les adultes par des sourires. Les parents se sentent gratifiés et peuvent imaginer, à juste titre, que leur enfant ressent de la joie, tout comme eux. Les parents perçoivent correctement les signaux et y répondent de manière adaptée : ce qui favorise des interactions harmonieuses.

L'ensemble des affects que peut éprouver l'enfant : joie, tristesse, colère, influent l'expression de ses besoins et les réponses nécessaires du parent. Grâce à l'adaptation des interlocuteurs, la nature de l'interaction en sera modifiée.

De la construction familiale à la construction des liens d'attachement

Tout le long de cette première partie de chapitre nous avons déroulé quelques processus essentiels à la construction familiale. D'abord totalement dépendant de ses parents, l'enfant va se développer en lien avec eux. Dès lors, les capacités de l'enfant et les compétences parentales réunies, nous ont amené à développer les interactions qui se jouent entre le nouveau-né et les adultes qui prennent soin de lui.

« *Ce n'est que dans le lien que se développe l'esprit, dans un climat de bien-être et de sérénité, si ce lien est de bonne qualité* » [20, p183]

Mais de quel lien parle t'on ?

Un lien adapté, serein, de bonne qualité. Un lien qui regroupe les qualificatifs nécessaires au développement de l'enfant, le plus harmonieux possible. Il s'agit d'un processus complexe :

« *Il est sous la dépendance d'une programmation comportementale innée, de stimulations sensorielles multiples, de sécrétions hormonales et d'échanges émotionnels entre la mère et son nouveau-né* » [48, p72]

Afin d'apporter une compréhension élargie de ce lien, de nombreux scientifiques, éthologues, psychologues, psychanalystes, sociologues s'y sont penchés. Les professionnels de la petite enfance, du médical et même les parents eux-mêmes y ont porté un intérêt tout aussi grand. C'est pour cela que dans les deux prochaines parties de ce chapitre, je vais développer l'émergence du lien d'attachement et les difficultés qui peuvent faire barrage à cette construction.

II- Les liens d'attachement :

II-1. Qu'est ce que l'attachement ?

a) Définition

Le lien est défini comme : « *Ce qui unit deux ou plusieurs personnes (ou groupes de personnes), établit entre elles des relations d'ordre social, moral, affectif* » [13]. Et la définition de l'attachement est la suivante : « *Ce qui unit une personne, une collectivité à une personne, une collectivité, une fonction, un inanimé concret par des liens de dépendance (dévouement, service, parenté, intérêt)* » [13].

On peut définir le lien d'attachement comme le lien qui se crée entre le bébé et un individu privilégié, souvent, il s'agit du parent. Le lien d'attachement se dirige de l'enfant vers son parent. Dans les théories relatives à l'attachement, le lien du parent vers son enfant est le « lien du soin », cela concerne le fait de prendre soin de l'enfant.

La création de ces liens est vitale pour l'enfant, selon **V. PRIOR**, chercheur de l'Institut pour la Santé de l'enfant et **D. GLASER**, psychiatre pour enfants : « *L'attachement remplit la fonction biologique spécifique de promouvoir la protection, la survie* » [51, p19]. Ce besoin est essentiel pour le développement de l'enfant, tout comme l'alimentation et le sommeil.

b) Historique

Au cours du XXème siècle, l'intérêt pour la notion d'attachement s'est amplifié. **B. PIERREHUMBERT**, psychologue et spécialiste de la théorie de l'attachement nous explique : « *La seconde moitié du XXe siècle a connu un certain nombre d'événements ayant entraîné une transformation profonde de nos représentations concernant l'enfance et les rapports des adultes avec les enfants* » [47, p28]. Parmi ces événements [43] il y a eu l'apparition des moyens de contraception, la reconnaissance des compétences du nouveau-né, les revendications pour l'égalité homme-femme. Ce contexte historique, culturel, social, scientifique et l'évolution de la société, ont permis l'émergence de la théorie de l'attachement.

De plus, du fait des expériences traumatisantes de guerres, de génocides, on voit apparaitre les problématiques de deuil, de perte, d'abandon et de séparation dans la période d'après-guerre. Les psychiatres de l'enfance mettent en avant les préoccupations dues aux carences affectives. Et **B. PIERREHUMBERT** précise : « *La découverte de*

l'importance de la relation l'enfant à l'adulte, la relation d'attachement, va alors provenir du constat des effets de la carence affective » [*47, p47*].

En effet, suite à ces périodes dramatiques **R. SPITZ**, psychiatre et psychanalyste, va décrire l'hospitalisme. Il correspond à l'ensemble des troubles physiques dûs à une carence affective. Cela survient chez les enfants placés en institutions dans les premiers mois de leur vie, par privation de la proximité avec la mère et par le manque de temps consacré par les professionnels qui s'occupent d'eux. Puis il décrira trois comportements spécifiques que l'on appelle indicateurs de la vie affective, et qui révèlent l'organisation du psychique : le sourire vers 3 mois, l'angoisse, plus communément appelée « la peur des étrangers » vers 8 mois, et le « non ». Si la séparation mère-enfant dure plus de 5 mois, ces indicateurs ne sont pas observables et « *La carence devient totale, la détérioration se poursuit inexorablement, conduisant au marasme et à la mort* » [60, p331].

Plusieurs éthologues se sont penchés sur l'importance de la qualité du lien parents-petit. L'éthologie correspond à l'étude des animaux qui permet de mieux connaître les comportements humains.

Dans les années 1930, **K. LORENZ** à formulé la théorie de l'empreinte qui correspond à une période de courte durée durant laquelle l'animal photographie mentalement et s'imprègne de l'image de ses congénères. Ce phénomène correspond à un stade de la vie du petit où il s'identifie aux autres.

Une trentaine d'année plus tard, **H. HARLOW** reprendra cette idée mais de manière privilégiée chez les primates. Il observe que face à la difficulté, le petit singe s'agrippe à sa mère donc il en déduit l'importance de l'attachement et de la proximité physique, pour un bon développement.

Dans ce contexte, **J. BOWLBY** va s'inspirer des travaux de **K. LORENZ** et d'**H. HARLOW**, et il va confirmer ces observations chez l'humain. C'est à ce moment-là que l'on va commencer à utiliser le terme d'attachement.

c) L'attachement d'un point de vue biologique

Suite aux travaux des éthologues concernant les phénomènes d'attachement, des équipes de recherches se sont intéressées aux effets de l'ocytocine chez l'homme. L'ocytocine est « *une hormone sécrétée par l'hypophyse , qui excite la contraction de l'utérus au moment de l'accouchement et qui agit par ailleurs sur la contraction des*

alvéoles et des canaux lactifères de la glande mammaire, entraînant la sécrétion du lait » [13].

L'équipe de **R. FELDMAN** a étudié le lien entre cette hormone et les comportements maternels sécurisants et contenants pour l'enfant. Ils ont mis en évidence que l'ensemble des ces comportements : contacts peau à peau, portage, toucher, regards, sourires, s'accompagnent de la libération d'ocytocine. Cette libération favorise l'apaisement, le calme, le bien-être chez la mère. Ils en ont déduit que cela permettait la relaxation chez l'enfant également. Ils ont pu faire la conclusion suivante : « *les capacités de l'ocytocine à mettre en confiance, à diminuer le stress et les appréhensions, permettent de favoriser l'émergence de relations sociales d'attachement filial et parental chez les animaux ; mais également l'émergence des comportements de caregiving entre la mère et l'enfant chez l'homme* » [59, p287]. Comme nous allons le développer dans cette partie sur l'attachement : les phénomènes de caregiving favorisent eux-mêmes la création des liens d'attachement entre les parents et leurs enfants. Ces découvertes permettent d'appréhender les difficultés parentales d'un point de vue plus large.

Il est important de préciser que les comportements de caregiving sont complexes. Comme nous venons de le montrer, ils sont favorisés biologiquement, cependant, ils dépendent également de l'environnement et des expériences passées du parent.

II-2. La théorie de l'attachement

a) Définition

Au cours de ses recherches, en s'appuyant sur les travaux éthologiques, **J. BOWLBY** a mis en évidence deux traits caractéristiques du comportement d'attachement : « *Le premier est le maintien de la proximité avec un autre animal et le rétablissement de la proximité lorsqu'elle est compromise ; le second est la spécificité de l'autre animal* » [10, p250]. Puis il a pu développer cette notion chez l'homme en précisant « *l'enfant humain est capable de distinguer sa mère des autres personnes (ou objets) avant de pouvoir soit s'agripper à elle, soit se mouvoir activement vers elle* ». [10, p273].

On peut définir **la théorie de l'attachement** comme une théorie qui porte son intérêt sur les interactions sociales et le bien-être émotionnel entre l'enfant et ses figures d'attachement, notamment lors d'une situation de détresse ou un contexte d'alarme.

Pour la suite de la présentation, je vais décrire la théorie de l'attachement actualisée puisque je précise la pensée de **J. BOWLBY** tout en intégrant les travaux de ses successeurs : **B. PIERREHUMBERT**, **A., N. GUEDENEY**, **V. PRIOR**, **M. DELAGE**.

b) Les systèmes comportementaux ou motivationnels

N. et **A. GUEDENEY** définissent un système comportemental ou motivationnel comme un système de contrôle qui est « *programmé biologiquement qui gouverne les règles et les comportements associés avec un but proximal spécifique ; il implique la notion de motivation inhérente* » [26, p10]. Dans la création des liens d'attachement, trois systèmes motivationnels sont mis en évidence car ils sont impliqués dans la notion de base de sécurité : le système d'attachement, le système exploratoire et le système peur-angoisse. Ces différents systèmes sont liés les uns aux autres.

1) Le système d'attachement :

L'objectif principal de ce système est rechercher ou maintenir la proximité entre l'enfant et sa figure d'attachement lors d'une situation de détresse. Différents éléments peuvent activer ce système : ce sont soit des inconforts propres à l'enfant (fatigue, douleur, faim, froid, douleur) ou des facteurs externes qui inquiètent l'enfant (la solitude, l'absence de la figure d'attachement, la présence d'un inconnu). Pour mettre fin à cette angoisse, « *l'élément extincteur du système* » est la proximité entre l'enfant et sa figure d'attachement.

Ce système est « *un système permanent, actif tout au long de la vie* » [26, p11]. Lorsqu'il n'est pas activé et que l'enfant se trouve dans des conditions sereines, ce dernier est alors disponible à l'exploration.

2) Le système exploratoire :

Ce système s'active lorsque le système d'attachement est désactivé. L'enfant va éveiller sa curiosité et pouvoir explorer son environnement. On peut observer qu'il va « *développer sa capacité à compter sur soi, de manière autonome et individuelle* » [26, p12]. L'enfant va être en capacité pour faire de nouveaux apprentissages et cela est nécessaire à son développement. Nous verrons plus loin l'importance de ce système dans le développement psychomoteur de l'enfant.

Les systèmes d'attachement et d'exploration se retrouvent activés et désactivés en miroir. Quand l'un s'active l'autre s'éteint et inversement.

3) Le système peur-angoisse :

Ce dernier système correspond à l'identification, la perception et l'adaptation de l'enfant face à une situation de détresse. Il est nécessaire que l'enfant puisse distinguer les situations de danger pour pouvoir s'en protéger. On peut conclure que ce système est « *au service de la protection de l'enfant et en lien étroit avec celui d'attachement* » [26, p12].

c) La notion de sécurité

Indissociable de l'attachement, la sécurité est une des notions fondamentales dans la mise en place des liens parents-enfant. Elle est également incontournable dans la prise en charge médicale, paramédicale et sociale des individus. Elle est définit telle qu'une : « *Situation objective, reposant sur des conditions matérielles, économiques, politiques, qui entraîne l'absence de dangers pour les personnes ou de menace pour les biens et qui détermine la confiance* » [13]. Au travers de cette définition on observe qu'elle est intimement liée à la confiance. On pourrait résumer l'attachement comme la sécurité offerte par les figures d'attachement permettant à l'enfant d'avoir confiance en elles et en lui-même.

En effet, la base de sécurité de l'enfant se repose sur l'accessibilité et la disponibilité de la figure d'attachement qu'il considère comme protectrice, bienveillante et dont il a confiance. Et lorsque l'enfant se sent en sécurité il peut explorer le monde qui l'entoure.

d) Les réactions émotionnelles de l'enfant en détresse

Lorsque l'enfant ne sent pas en sécurité, on observe des réactions émotionnelles. Si l'enfant se retrouve dans une situation de séparation, de rupture ou de détresse, nous pouvons mettre en évidence plusieurs émotions.

1) La peur :

Si l'enfant est exposé à une menace il exprimera de la peur, voir de l'angoisse. Elle active instantanément le système d'attachement afin que la proximité avec la figure d'attachement soit vite rétablie.

2) La colère :

Elle est utilisée par l'enfant notamment quand celui-ci a du mal à gérer la séparation avec sa figure d'attachement. « *Par sa colère, l'enfant communique ses reproches et cherche à décourager sa figure d'attachement de recommencer* » [26, p14]. Ainsi l'enfant espère capter l'attention de sa figure d'attachement, et lui faire comprendre qu'il n'apprécie pas cette séparation.

3) La tristesse :

Si l'enfant réalise que ses efforts pour rétablir la proximité avec sa figure d'attachement sont vains, il peut se montrer triste. Dans certaines situations pathologiques, cela peut même aller jusqu'au désengagement de l'enfant.

Lisa a 2 ans et 6 mois. Vers 9h, chaque matin, son père la dépose à la crèche. Elle semble avoir du mal à se décoller de lui, elle enroule ses jambes autour de sa taille, semble le serrer fort avec ses bras. Puis elle enfouit sa tête dans son doudou. La séparation est difficile pour elle. Son père prend le temps de lui rappeler qu'il doit aller travailler et qu'il revient la chercher cet après-midi. Une professionnelle de la crèche s'approche pour prendre le relais, afin que son père puisse partir. Lisa commence à sangloter puis elle pleure. Son père lui dit au revoir tandis que la professionnelle la réconforte et la rassure en lui disant « regarde doudou est là et il reste avec toi toute la journée ». Peu à peu elle s'apaise et commence à jouer avec les objets de la dinette, tout en gardant son doudou dans la main.

De manière non pathologique, il est fréquent que la séparation avec le parent entraîne de la tristesse pour l'enfant. Ainsi, dans les lieux de gardes d'enfants, on observe ces comportements lorsque le parent vient déposer son enfant. Dans ces moments-là, l'importance du « doudou » prend tout son sens. Il s'agit d'un objet transitionnel comme l'explique **D.W. WINNICOTT.** Il le définit comme un objet doux et moelleux qui permet à l'enfant de se défendre contre les angoisses. Cet objet prend une importance

considérable dans la vie de l'enfant : les adultes en reconnaissent la valeur et l'emmènent partout. Il est indispensable pour l'enfant durant les périodes de solitude comme le coucher, la séparation [69]. À la crèche également, les « doudous » et les tétines ont leur importance. Une panière est mise à disposition, à tout moment les enfants peuvent y avoir accès en cas de besoin. Cela contribue à la mise en place de la base de sécurité sur les lieux d'accueil petite enfance [57].

Conclusion :

L'expression de ces émotions perturbatrices par l'enfant est nécessaire pour alerter l'adulte d'un inconfort et cela nécessite un dispositif de régulation interpersonnel. **N. GUEDENEY** précise que se dispositif correspond à « *l'interaction dyadique du bébé avec chacun de ceux qui l'élèvent* » [26]. Le parent agit comme un contenant : il va reconnaître et valider ces émotions. Cela permet de réguler les conséquences du déclenchement des émotions. Cette régulation est indispensable pour l'enfant, elle est au coeur de son organisation psycho-affective.

À l'inverse, quand l'enfant est sécurisé, notamment à proximité de sa figure d'attachement, il montrera des émotions positives. Tout d'abord on observe un sentiment de bien-être et de confort. Puis au travers des échanges on observe aussi de la joie et de la fierté.

II-3. Les figures d'attachement

a) Définition

L'enfant dirige cet attachement vers des figures d'attachement : « *des personnes vivantes qui sont dans son entourage proche* » [27, p12]. En général, il s'agit des adultes qui s'occupent de lui dans les premières semaines de sa vie. Le terme de « caregiver », traduit de l'anglais, signifie « *celui qui prend soin* », est préféré à celui de « parent ». En effet, nous verrons plus loin qu'il peut s'agir d'autres personnes que les parents biologiques seulement (parent adoptif, beaux-parents, nourrice, éducateur de jeunes enfants). L'enfant va spontanément se diriger vers ces personnes en cas de détresse. On les nomme les figures d'attachement primaires.

Puis l'enfant « *va progressivement hiérarchiser ses figures d'attachement primaires en figure d'attachement principale et figures d'attachement subsidiaires* » [27, p13]. La figure d'attachement principale est la figure la plus disponible, répondant aux besoins de l'enfant de manière instantanée, adaptée et

chaleureuse. Il s'agit de la personne qui produit le sentiment de sécurité le plus intense pour l'enfant.

b) Rôle de caregiver

Le rôle principal du caregiver est de prendre soin de l'enfant. Ce système de caregiving concerne l'adulte et est complémentaire au système d'attachement de l'enfant. « *Ces deux systèmes intégrés fonctionnent comme un système dyadique de couplage et d'autorégulation qui garde l'enfant dans un état organisé et de protection des dangers grâce auquel il peut explorer et se développer* » [26, p17]. L'adulte doit maintenir ou restaurer la proximité avec le bébé si il se trouve dans une situation de détresse. Cette proximité permet de répondre aux besoins de réconfort et de protection de l'enfant.

1) Maintenir la proximité physique

Lorsque l'adulte reçoit des signaux de vulnérabilité de la part du nourrisson, il va spontanément rétablir la proximité physique avec ce dernier. On note le fait qu'il va tout d'abord rejoindre l'enfant. Par la suite on observe des comportements de réconfort : l'étreinte et le bercement par exemple. Selon le contexte de la situation de détresse, l'âge de l'enfant, son fonctionnement, ces comportements s'adaptent et se modifient.

2) Maintenir la proximité psychologique

Parfois l'adulte ne peut rétablir cette proximité physique, il trouvera des solutions comme appeler l'enfant, le prévenir qu'il est bientôt là pour lui. Il existe également de nombreuses alternatives pour permettre cette proximité psychologique : le doudou, la photo ou un linge avec l'odeur du caregiver. Ces techniques sont souvent utilisées lors de séparations douloureuses entre les deux protagonistes.

3) Percevoir et décoder les signaux de l'enfant

Il doit pouvoir percevoir les signaux de détresse que lui envoie son enfant. Le parent pourra les décoder, les interpréter pour agir de façon adéquate et rapide. Il se montre disponible, responsable, protecteur, réconfortant, compréhensif et sensible aux émotions, en particulier perturbatrices, de l'enfant. Enfin il valide l'émotion du bébé qui peut donc se sentir compris. Sensibilité et validité parentales sont les composantes des capacités emphatiques du caregiver. Ces dernières vont de pair avec la qualité de l'attachement [20].

4) Soutenir les situations d'exploration

Il est important de noter son rôle de soutien et d'encouragement de l'enfant dans les situations d'exploration. À l'inverse, « *comme le dit Pierrehumbert, « un manque d'écho adéquat d'un parent peu réceptif aux émotions ne permettra pas à son enfant d'explorer et de se représenter ses expériences émotionnelles* » [4, p126]. L'adulte régule les émotions de l'enfant, le sécurise et l'encourage, ces 3 compétences permettent à l'enfant d'explorer son environnement sereinement. Cette exploration se fait donc en coopération entre l'enfant et son caregiver.

c) Le soutien des figures d'attachement

Les figures d'attachement principales de l'enfant sont généralement ses parents. Mais pour assurer la sécurité de leur bébé, ils doivent eux-mêmes se sentir en sécurité. Ils se reposent alors sur les membres de la famille (leurs parents, frères et soeurs), leurs amis et l'ensemble de leur entourage proche.

A. GUEDENEY souligne l'importance des grands-parents « *les jeunes parents ont souvent besoin de l'appui matériel, financier et affectif de leurs parents pour faire face à cette révolution de leur vie* » [17, p58]. **D. STERN** a développé la « Constellation maternelle » [66], qui explique que lorsqu'une femme devient mère, elle a particulièrement besoin de femmes proches, déjà mères, pour l'aider à mettre en place ce nouveau rôle. Il précise que la femme enceinte désire « *recevoir une forme de validation, un encouragement, un avis, le soutien d'une femme plus expérimentée comme mère* » [65, p48]. En général il s'agit de sa propre mère, mais ça peut être une grand-mère, une tante ou autre. Les grands-parents et autres figures parentales constituent une base de sécurité et un soutien essentiel à cette période de la vie des parents.

Si l'on s'éloigne de cet entourage proche, on observe que ce rôle peut être endossé par la crèche ou les professionnels de santé. « *Prendre soin de ceux qui prennent soin, ou « caring for the caregiver » (Kobak et Mandelbaum, 2003), est une nécessité* » [30, p144].

Mme L. est une mère qui a vécu des violences physiques de la part de son ancien compagnon, le père de Léa, 16 mois. C'est une femme insécurisée, qui profite des temps où elle dépose sa fille à la crèche, pour discuter avec les professionnels. Elle leurs demande des conseils vis-à-vis de Léa et semble avoir besoin de réconfort. Les professionnels se montrent à l'écoute, et jouent un rôle de soutien. En dehors de la crèche, lors de moments difficiles avec son ancien compagnon, elle a pu téléphoner à la directrice de la crèche pour exprimer ses angoisses. Il s'agissait pour cette femme de protéger son enfant des agressions du père auxquelles Léa assistait. Le cadre de la crèche étant dépassé, un relais a été créé avec les services de Protection Maternelle Infantile (PMI) : assistante sociale, puéricultrice de secteur et foyer maternel. Le personnel de la crèche a pu prendre conscience de la gravité de la situation afin d'accompagner cette mère dans son cheminement jusqu'à aller dans un centre maternel. L'objectif étant de protéger Léa, de protéger cette mère, et qu'elle puisse être sécurisante pour sa fille dans un environnement non menaçant.

Les figures de soutien ne sont pas toujours le conjoint, la famille ou un thérapeute. Lors de situation de conflits familiaux, certains parents trouvent du réconfort et de l'aide auprès des professionnels auxquels ils confient leur enfant. L'alliance et la confiance avec ces professionnels sont déjà mises en place grâce à la préoccupation commune envers l'enfant. Cette mère en difficulté, soutenue par les professionnels de la petite enfance bienveillants, sera davantage en capacité d'apporter des réponses adaptées à l'enfant, lui permettant de développer un attachement sécure. De plus, la crèche propose de garder les enfants, de manière exceptionnelle, pour une demi-journée par exemple, afin que les parents puissent se restaurer, prendre du temps pour eux. Ils seront ensuite plus disponibles et sécurisants pour leurs enfants. Si la demande ou les besoins de la famille ne relèvent plus des objectifs de la structure, les professionnels peuvent trouver un relais auprès des partenariats des différents services.

d) La parentalité sous toutes ses formes

L'enfant dirige son attachement vers ses figures d'attachement principales et subsidiaires. Cependant, il me semble important de préciser qu'il ne s'agit pas seulement des parents biologiques, ou encore seulement de la mère. De manière générale, ces affirmations sont vraies. Mais la variété de schémas familiaux existants [40], nous prouve que ce n'est pas toujours le cas. Les figures d'attachement sont multiples et toutes aussi efficaces les unes que les autres. **B. LAMBOY** nous précise : « *Que se soit chez les ethnologues s'intéressant aux modèles familiaux dans les cultures non occidentales ou les sociologues se penchant sur les questions associées aux nouvelles structures*

familiales, le concept de parentalité permet ainsi de mettre en avant la complexité et la diversité des fonctions parentales et de différencier la parenté biologique de la parenté sociale. Le terme de parentalité peut ainsi se décliner de différentes façons pour qualifier les multiples formes familiales : homoparentalité, pluriparentalité (ou multiparentalité), parentalité adoptive, parentalité d'accueil, beau-parentalité, grand-parentalité… » [33, p33].

Un enfant placé, adopté, dont les parents se séparent, n'est pas pour autant un enfant avec un défaut d'attachement. Certaines séparations peuvent être difficiles pour lui. Mais la nouvelle structure familiale peut être tout autant, voir plus sécurisante et contenante pour lui.

Conclusion :

« *Prendre soin de l'autre dans les dimensions de protection, de consolation et de soutien à l'exploration est une tâche extrêmement complexe qui est bien différente du simple fait d'aimer son enfant* » [26, p25]. De manière générale, il est vrai que l'amour se développe dans la formation de ces liens d'attachement. Mais est important de noter qu'un parent peut aimer son enfant plus que tout, sans pour autant lui offrir un attachement sécure. Être attaché à l'autre ne correspond pas seulement à l'aimer.

II-4. Les différents styles d'attachement

M. AINSWORTH, psychologue, va observer les « *signaux d'attachement de l'enfant, les réponses données par la mère et chercher à rendre compte de la qualité des soins* » en Ouganda en 1954 [47]. Elle décrit l'importance de la qualité des soins maternels dans l'attachement de l'enfant. Puis en 1969, elle va décrire la « situation étrange » ou « strange situation » : il s'agit d'un dispositif d'observation permettant l'interprétation et la cotation de ses précédentes observations. Ce dispositif défini comme un paradigme expérimental consistait à effectuer de brèves séparations entre un parent et son enfant, qui se retrouvait donc seul avec un(e) inconnu(e). Ensuite elle observait son comportement lors des retrouvailles [41, p43-44]. Grâce à ce protocole, elle a mis en avant 3 types d'attachement.

Au cours des premiers mois, l'enfant développe des styles d'attachement identifiables et spécifiques à chacune de ses figures d'attachement. Ils sont influencés par la réaction de la figure d'attachement aux comportements de l'enfant. Ces différents modes d'attachement sont classés de manière qualitative. Tout d'abord on tient compte de la stratégie utilisée par l'enfant pour obtenir la proximité d'une figure d'attachement.

On obtient deux stratégies : organisée ou désorganisée. Ensuite, on distingue les modes d'attachement « *suivant que l'individu se sent sécure ou insécure/anxieux en ce qui concerne la réactivité de sa figure d'attachement* » [51, p29]. On distingue 3 types d'attachement organisés : attachement sécure, attachement insécure-évitant et attachement insécure-résistant ambivalent. Et le dernier mode d'attachement est l'attachement désorganisé. Nous allons développer les particularités de chacun de ces modes. Nous pourrons plus facilement les distinguer. La répartition de ces modes « *est remarquablement constante à travers les différentes cultures avec une majorité (environ 65%) de sécures* » [51, p43].

a) L'attachement sécure

Il se montre confiant envers des parents disponibles et à l'écoute. De plus en situation de détresse : « *l'enfant recherche activement réassurance et protection auprès de ses parents* » [4, p113]. Il fait comprendre à ses parents qu'il a besoin d'eux, au moment où il en a besoin.

Comportements spécifiques de l'attachement sécure [53] :

Le parent	**L'enfant**
Disponible, affectueux et sensible	Recherche les contacts physiques
Réconfortant dans les situations de détresse	Explore son environnement
Comprend les besoins de l'enfant	Interagit avec son parent
Répond rapidement et avec adéquation quand l'enfant a besoin de protection	Se calme rapidement en présence du parent et reprend l'exploration de son environnement

Dans cette situation l'enfant ressent : « *Mon parent est digne de confiance, je mérite d'être aimé, mon environnement est en endroit sécurisant* ». Cela illustre ce qu'il inscrit comme croyance personnelle.

b) L'attachement insécure-évitant

Cet enfant montre un évitement de la recherche de proximité ou d'interaction avec le parent : « *comme si l'enfant avait renoncé à rechercher amour et protection auprès de ses parents* » [4, p114]. Dans ce mode d'attachement, en situation difficile, l'enfant ne présente aucune attente envers ses parents. De plus, il maintien un bon niveau d'exploration durant les périodes de séparation.

Comportements spécifiques de l'attachement insécure-ambivalent [53]:

Le parent	L'enfant
Indisponible sur le plan émotionnel	Ne recherche pas les contacts physiques
Adopte des comportements de rejet vis-à-vis de l'enfant	A tendance à nier ses propres besoins
Ignore les besoins de l'enfant, y répond avec indifférence ou de manière intrusive	Ne veut pas être aidé
Repousse les tentatives de rapprochement de l'enfant dans les moments de détresse	Se sent forcé de parvenir rapidement à l'autonomie

« *Mon parent adopte des comportements punitifs ou de rejet. Je dois faire preuve de vigilance afin de me protéger* ».

c) L'attachement insécure-résistant ambivalent

La particularité principale de ces enfants est l'ambiguïté de leurs comportements : « *Ils montrent des comportements évidents de résistance au contact et aux interactions, mais aussi des comportements modérés à forts de recherche de proximité et de contact une fois que les contact est obtenu* » [51, p31]. L'enfant se dirige vers ses parents pour être protégé. Cependant il montre un manque de confiance en eux. Cela entraîne de l'anxiété : « *Cette incertitude pèse sur les comportements d'exploration, l'enfant ayant tendance à s'accrocher et à manifester de l'angoisse* » [4, p114].

Comportements spécifiques de l'attachement insécure-résistant ambivalent [53] :

Le parent	L'enfant
Réactions incohérentes et imprévisibles	Cherche le contact physique du parent mais essaie en même temps de l'éviter, il est très perturbé
Parfois sensible, parfois insensible	Devient plutôt agité si il est séparé du parent et se calme difficilement au retour de celui-ci.
Parfois perceptible aux besoins de l'enfant, parfois il les ignore	A peur de s'éloigner du parent pour explorer son environnement

« *Mon parent est imprévisible, il peut être affectueux ou hostile, je ne sais jamais à quoi m'attendre* ».

d) L'attachement désorganisé

On remarque que se sont des enfants qui utilisent des comportements étranges. Leur stratégie face à la séparation n'est pas cohérente. Ils montrent des indices de désorganisation tels que des comportements contradictoires et des mouvements et postures anormales.

Comportements spécifiques de l'attachement désorganisé [53] :

Le parent	L'enfant
Néglige gravement son enfant ou le violente	Rejette le parent ou s'efforce de lui faire plaisir
Son comportement a pour effet d'effrayer l'enfant plutôt que de le réconforter	Peut manifester de la colère extrême puis solliciter de la tendresse
Est évitant et rejetant, même dans les situations objectivement dangereuses	Se montre vigilant à tout indice de violence

« *Mon parent me néglige ou m'agresse, je ne sais pas comment faire pour que l'on réponde à mes besoins, je suis désespéré, je ne sais pas comment me protéger* ».

Conclusion :

Le psychomotricien doit être capable de noter ces particularités comportementales afin d'adapter son suivi et la relation avec l'enfant. Par exemple, lors de l'examen psychomoteur, l'enfant sécure se montre généralement confiant, curieux sans être anxieux. Il s'intéresse à ce qu'on lui propose, et explore son environnement : la salle de psychomotricité. De plus on note que « *leur tonus est globalement harmonieux, sans discontinuité* » [4, p121].

II-5. L'activation du système d'exploration

a) Définition

Pour se développer harmonieusement, l'enfant a besoin de sécurité, affective et physique. C'est dans la relation avec l'adulte bienveillant que cette sécurité va pouvoir se mettre en place. **L. RAMEAU**, puéricultrice, souligne l'importance de cette sécurisation : « *le bébé a besoin d'un socle d'attachement bien sécurisé pour se lancer dans l'aventure des découvertes, des explorations, des apprentissages. L'attachement*

est la condition nécessaire et indispensable à tous les apprentissages de l'enfant » [52 p41]. Lorsque le système d'attachement est désactivé, l'enfant va activer son système d' exploration.

Dans cette exploration, le rôle de l'adulte est indispensable. Les figures d'attachement de l'enfant vont l'accompagner, lui offrir des conditions favorables à la découverte, noter ses progrès, le valoriser, assurer sa confiance : « *L'adulte procure au bébé une base de sécurité qui lui permet une ouverture vers l'extérieur* » [4, p110]. L'adulte accueillant, protecteur, disponible et observateur apportera assurance, connaissance, et jouissance à l'enfant.

À travers l'action et l'interaction l'enfant apprend et découvre le monde. L'environnement de l'enfant est un lieu d'infinies possibilités de stimulations où il va développer sa curiosité. Il sera témoin de sensations, perceptions et va découvrir une variété de mouvements harmonieux.

b) « Explorons! »

Au cours de mon stage en crèche j'ai effectué une période d'observation afin d'élaborer un projet de stage pertinent. J'ai pu observer la multitude de possibilités offertes aux enfants associée au respect du rythme de chacun et au climat de bienveillance et de sécurité qui régnait dans la crèche. J'ai pu mettre en évidence la variété d'explorations des enfants. Il m'est alors venu l'idée de poursuivre cette observation de l'exploration de manière encadrée afin de pouvoir me centrer sur les différences inter-individuelles, l'évolution dans le temps, et le plaisir qu'ils prennent à travers ces découvertes. De là est né mon projet « Explorons ! » [Annexe n°1, p89-90].

L'objectif principal de ce projet est de mettre en avant la spontanéité des enfants en soutenant leur exploration et en éveillant leur curiosité. Ma sensibilité et mon regard psychomoteur porteront sur les différences interpersonnelles, l'appropriation des propositions par chacun et leur évolution au cours de l'année. Il s'agit de 6 expériences singulières, proposées à deux reprises dans l'année : la pataugeoire, le dessin géant, les bulles, la manipulation de sable magique, la motricité et le passage de balle.

Durant l'atelier, la sécurité des enfants est assurée par l'encadrement des adultes qui se montrent disponibles, prévisibles et encourageants. Grâce à ma période d'observation de 3 mois dans la structure, les enfants ont pu s'habituer à ma présence, et me reconnaître comme un adulte en qui ils ont confiance. L'ensemble des adultes présents durant l'atelier, sont considérés comme des figures d'attachement subsidiaires

par les enfants. De plus, les enfants ont accès à leurs doudous dès qu'ils en ressentent le besoin. Cette atmosphère de sûreté et de confiance me paraît essentielle à mettre en avant. « *Cette sécurité de l'exploration, dans les premières années, se définit comme une exploration confiante, attentive, avide et pleine de ressource, exploration du matériel ou des tâches à réaliser* » [28, p132-133]. En effet, c'est grâce à la présence de cette sécurité de base que les enfants vont prendre confiance en eux-mêmes et pouvoir ainsi expérimenter, découvrir, imaginer.

Je vais décrire l'exploration de deux enfants durant deux ateliers similaires. Le premier atelier est un temps de peinture en pataugeoire : j'ai disposé des feuilles blanches le long des murs de la pataugeoire et mis des glaçons de peinture à disposition des enfants pour qu'ils puissent dessiner. Le second temps est un moment de manipulation de sable magique.

Elsa, a 2 ans et 4 mois et c'est une petite fille expressive. Dans la pataugeoire elle s'amuse à venir jouer avec les autres enfants. Puis elle alterne ces moments d'interactions avec des moments où elle va dessiner seule et où elle prend plaisir à faire ses propres expériences. Elle évolue dans l'ensemble de l'espace mis à sa disposition.
Avec le sable magique, Elsa s'investit pleinement dans l'activité. Elle expérimente diverses manipulations : transvasement, construction/déconstruction, moules pour faire des formes, jeux d'imitations. Elle semble prendre beaucoup de plaisir à s'inventer des histoires. Elle exploite sa créativité et son imaginaire tout au long de l'atelier.

Elsa est une petite fille qui paraît relativement sécure dans l'environnement de la crèche. Un enfant sécure, comme Elsa, exprime des émotions adaptées aux situations et se montre sociable. **L. RAMEAU** précise que les enfants « *apprennent en s'exerçant et en s'imitant. Ils partagent leur excitation, leur joie, car la jubilation des uns et des autres est contagieuse et stimulante pour les autres* » [52]. Elle est porteuse de la dynamique de groupe, n'hésite pas a solliciter ses camarades pour jouer. En effet, la crèche est un lieu de rencontre pour les enfants, cela leur permet de « jouer ensemble ».

Alban, a 2 ans et 5 mois, c'est un enfant introverti. Dans la pataugeoire, il n'exploite pas l'espace, il s'assoit au milieu de la pataugeoire et explore la peinture sous toutes ses formes. Il n'hésite pas à toucher les glaçons, les frotter dans ses mains, étaler la peinture au sol. Il semble y prendre plaisir même si ses sourires sont plus discrets que sa camarade Elsa.
Lors de l'activité avec le sable, Alban est resté un très long moment observateur. Il regarde les enfants jouer sans oser toucher au sable. Puis petit à petit, je l'incite à venir, il semble prendre confiance et se met à jouer avec le sable, en y prenant du plaisir.

Alban ne se montre pas autant sécure que Elsa. Il a besoin d'être encouragé, mis en confiance avant de se lancer dans une nouvelle expérimentation. Les professionnels de la crèche sont particulièrement attentifs à lui pour qu'il puisse gagner en assurance et explorer à son rythme.

c) Le développement psychomoteur

L'exploration de l'enfant va lui permettre l'accès aux apprentissages et le développement sensoriel, intellectuel, affectif, moteur. On peut faire le parallèle entre l'exploration du bébé et son éveil psychomoteur. Dans une alternance de moments de partage parents-enfant, de calme, d'exploration, l'enfant prend conscience de lui, des autres, de son environnement ce qui lui permet d'évoluer. Par les sensations que procurent l'exploration, les comportements de l'enfant deviennent plus complexes et son développement psychomoteur va prendre forme.

Comme nous l'avons décrit : la sécurité est la base nécessaire à l'enfant pour explorer, se développer et évoluer. La qualité de son attachement est à prendre en compte dans le développement psychomoteur. **L. BARTHELEMY, B. GOLSE** et **A. BULLINGER** ajoutent que : « *La qualité des schémas d'attachement d'un enfant peut avoir un effet sur la maturation de son équilibre sensori-moteur* » [4, p106].

Au fur et à mesure de son évolution, l'enfant a besoin de ses parents pour se structurer. En plus d'être une base de sécurité, ce sont ceux qui vont le stimuler, l'encourager et valider ses expériences. **H. BUCHER** nous confirme cela en disant « *Selon les stimulations qui vont lui être apportées par l'entourage, selon les réponses qui vont être données à ses sollicitations, les différents systèmes sensori-moteurs de l'enfant vont peu à peu se structurer ou tarder dans leur développement* » [11, p9]. La présence de l'adulte est nécessaire pour le développement harmonieux de l'enfant.

Les premières semaines de vie sont une alternance des rythmes veille-sommeil, et l'enfant est dépendant de l'adulte. Le toucher est essentiel et permanent à travers les soins corporels, le portage, l'allaitement, les jeux tactiles, les bercements, et l'ensemble des gestes affectifs du parent. Cette proximité physique nécessaire vient renforcer la relation affective entre l'enfant et ses figures d'attachement. Durant cette période, les sens du nourrisson sont en éveil. Puis ils vont petit à petit se différencier et se mettre en lien au travers d'expériences sensorielles [45].

En grandissant, ses **premières coordinations** vont apparaître. L'enfant passe la majorité de ses temps d'éveils en position allongée, sur le dos. Cela permet une diversité de mouvements tout en étant confortablement installé. L'adulte peut proposer

des objets simples et variés sur la poitrine de l'enfant. Et on observe qu'un jouet l'intéresse particulièrement : ses mains. Il a tendance à porter tout ce qu'il peut à la bouche. Cette sensibilité buccale est nécessaire car elle intervient également dans son alimentation. Ensuite il peut s'approprier ses pieds. L'enfant prend peu à peu conscience que ses membres font partie de lui. Les sensations, mouvements, les coordinations de ses membres sous son regard, prennent sens dans son unité corporelle. Le bébé prend conscience de son axe corporel.

L'acquisition, l'expérimentation de ses coordinations globales et la liberté de mouvements dont il peut jouir vont se lier. C'est à ce moment-là que vont apparaître les **retournements** : du dos vers le ventre, puis du ventre vers le dos. L'adulte peut l'accompagner dans cette nouvelle acquisition en lui proposant désormais les objets à côté de lui, et en le guidant corporellement. C'est la répétition d'expériences qui permet à l'enfant d'acquérir des compétences. L'enfant prend le goût de l'effort, notamment lorsque l'adulte le rassure, l'encourage, le félicite et l'accompagne.

Les retournements permettent à l'enfant de ressentir son corps dans son intégralité. Au travers du contact au sol, il va développer son schéma corporel. **J-M ALBARET** définit le schéma corporel comme un ensemble de représentations qui fournissent les informations sur la posture et les coordonnées spatiales corporelles [60].

L'enfant découvre une variété de possibilités corporelles, travailler sa souplesse, renforcer sa musculature, prendre confiance en ses appuis. Cette étape du développement met en évidence différente formes d'explorations. L'enfant alterne entre les instants de grands mouvements corporels et des moments plus calmes de motricité fine à travers la manipulation d'objets. **P. PAVY** souligne que « *Les explorations, les découvertes, les sensations sont infinies : elles s'assemblent et se mettent en forme tout en étant source de réflexions* » [45, p66]. Cette variété de possibilités attise sa curiosité et lui apporte beaucoup de plaisir : le plaisir sensori-moteur. **M. GAUBERTI** le définit comme « *le plaisir du corps qui bouge pour provoquer des excitations sensorielles, extéroceptives, proprioceptives* » [22, p140]. Au travers de ce corps qui bouge, l'enfant va pouvoir observer plus loin et constater que les possibilités d'exploration sont d'autant plus grande.

Le bébé prend conscience de l'espace qui l'entoure et de l'environnement dans lequel il évolue. Ses appuis au sol se solidifient, son axe corporel semble intégré. L'ensemble de ces processus et l'aisance du corps en mouvement vont permettre l'acquisition de son premier moyen de locomotion : le **ramper**. C'est le début de l'indépendance. Il doit réinvestir ses appuis de manière autonome puisqu'il devient apte à s'auto-porter. Cet auto-portage dérive de l'expérience « d'être porté par » : mieux un enfant a été porté, mieux il se portera lui-même. L'espace qui s'offre à l'enfant est élargi

et les découvertes sont nombreuses. Il va pouvoir se déplacer pour attraper l'objet qui l'attire à quelques centimètres. Et la manipulation d'objets s'accroît également. Il se familiarise avec les propriétés physiques (poids, taille, forme, texture) : il développe sa sensorialité.

Le ramper lui permet de prendre d'autant plus confiance dans ses appuis et son aisance corporelle. Il est capable de découvrir comment **s'asseoir** de lui-même, et maintenir cette position. Cette expérimentation se fait naturellement quand sa maturité corporelle le lui permet. Dans cette posture, l'enfant perçoit les limites de l'équilibre. Et il commence à expérimenter activement la projection d'un objet dans l'espace, en jetant des objets. L'enfant débute par apprivoiser le volume de l'espace d'abord par l'objet avant de l'apprivoiser avec son corps propre.

À l'aise dans le ramper il va développer le **quatre pattes**. Il permet d'augmenter sa vitesse de déplacement. Son axe corporel est d'autant plus rassemblé et ses appuis plus stables : l'enfant prend confiance en lui. **P. PAVY** précise que dans cette position « *l'ouverture de la hanche favorisera par la suite l'équilibre en position debout et le déroulement du mouvement de la jambe dans la marche* » [*45,* p127]. Ce déplacement permet le développement des coordinations des membres. Il expérimente également le transfert du poids de son corps sur ses appuis. C'est un apprentissages qui nécessite que l'enfant soit à l'écoute des sensations corporelles.

Les objets en hauteur l'intéressent de plus en plus et il va prendre appui sur ses genoux pour attraper cet objet qui l'intéresse. Contrairement à la position assise au sol, la position assise sur les talons est moins stable et les muscles du tronc et des jambes vont se développer. Ce renforcement musculaire permet de pouvoir prendre de la hauteur. Le **redressement sur les genoux** va apparaître. Puis cette étape s'accompagne de tentatives d'appui du pied au sol. Et au fur et à mesure d'expérimentation, de soutien et de confiance l'enfant va se mettre en position debout.

La **position debout** peut être inquiétante au début, et l'enfant est crispé. Il prend appui de tous les supports à sa disposition. Et comme toutes les étapes, la répétition lui permet de prendre confiance en lui. Il va, là encore, expérimenter ses mouvements corporels. Il teste son équilibre, le transfert du poids de son corps, ses appuis dans les mains, les pieds, la position de son bassin, le redressement de son buste. Avec de l'expérience il commence les manipulations d'objets debout.

Debout, l'enfant prend le temps de sentir ses appuis qui évoluent. Notamment au sol, il fait glisser, rouler et frotter ses pieds au sol pour ensuite le soulever et le déplacer. Les muscles des pieds et des chevilles se renforcent. Il explore son équilibre et peut utiliser des supports mobiles (chariots, chaises) pour commencer à faire quelques pas en avant. Et dès qu'il se sent à l'aise il quitte l'appui d'une main, puis l'autre et enfin il peut

marcher seul. Il établit de nouveaux paramètres d'équilibration et une nouvelle perception de l'axe de son corps dans le mouvement. Il gagne en assurance et peut **marcher** seul, aisément.

Après la marche de nombreuses acquisitions du développement psychomoteur se font, elles ne vont pas être développées car nous nous intéressons particulièrement aux premières acquisitions. Mais il est vrai que l'enfant acquiert la course, la montée et descente des escaliers, les sauts, le pédalage. Cette liste n'est pas exhaustive et chaque enfant acquiert des coordinations selon sa sensibilité, l'environnement dans lequel il évolue et les stimulations que lui offre l'adulte. Les enjeux dans le développement deviennent différents de ceux qui étaient préalables. C'est parce qu'il se sent capable de se saisir du monde, qu'il va développer et investir ses moyens de locomotion et c'est aussi parce qu'il a des moyens de locomotion qu'il est capable de se saisir du monde autre. Les moyens de locomotion de l'enfant et le développement psycho-affectif sont interdépendants.

De plus, chaque enfant ne passe pas forcément par l'ensemble de ces postures et déplacements. La singularité de chaque enfant est essentielle à prendre en compte. C'est à l'adulte de s'adapter et non l'inverse. Il en est de même pour le rythme des acquisitions : l'adulte doit faire confiance à l'enfant. C'est également la raison pour laquelle aucun âge précis n'est donné concernant le développement psychomoteur.

L'univers de l'enfant s'enrichit considérablement mais il est nécessaire que des expériences préalables de sécurité et d'attachement aient été éprouvées dans le corps même pour que l'enfant investisse, avec joie, l'univers qui s'ouvre à lui. Pour résumer comment les liens d'attachement s'entremêlent dans le développement psychomoteur on peut retenir une citation de **M. GAUBERTI** : « *l'appropriation du plaisir sensori-moteur se source dans le décollement des espaces corporels mais les contacts peau-à-peau et la relation tonico-tactile en sont les soubassements fondamentaux* » [22, p145]. Cela vient souligner l'importance de la proximité physique précoce de l'enfant avec ses figures d'attachement, proximité permettant la mise en place d'une base de sécurité. La création des liens d'attachement est une étape nécessaire, préalable et concomitante avec le développement psychomoteur de l'enfant.

III - De la perturbation des interactions aux troubles de l'attachement :

Nous avons vu que la construction familiale s'accompagne, de manière générale, de la création des liens d'attachement. Mais parfois, le contexte socio-culturel et familial entraîne des difficultés parentales. Nous allons développer les perturbations inhérentes à l'arrivée d'un enfant. L'origine des troubles interactionnels entre l'enfant et ses figures d'attachement est multiple. Et dans certains cas, ce déficit peut mener à la mise en place d'un trouble de l'attachement pour l'enfant.

III-1.Perturbations des interactions

a) Des interactions inadaptées

La stimulation sensorielle et affective est nécessaire pour l'enfant. Cette stimulation doit être adaptée aux besoins de l'enfant. Cela nécessite l'observation et la compréhension des signaux du nourrisson. Cette adaptation n'est pas toujours quelque chose d'inné pour les parents. Et l'investissement des liens relationnels des parents peut parfois être inapproprié. On se retrouve face à des parents démunis, maladroits ou parfois menaçants.

Concernant l'adaptation des réponses parentales aux signaux de leur enfant, on observe deux cas extrêmes, mettant l'enfant en danger :

- **l'hypostimulation** : l'interaction parents-enfant est insuffisante. Cela peut s'expliquer par une incapacité parentale entraînant une réduction des échanges. On observe particulièrement cela chez les parents dépressifs. Cela s'observe par l'évitement du regard, l'absence de réaction aux vocalises de l'enfant. Mais la raison de cette hypostimulation peut également s'expliquer par le manque d'expressivité de l'enfant. L'enfant ne fait pas reconnaître ses besoins, ses parents diminuent alors leurs stimulations. Ce sont des enfants qui ne pleurent pas beaucoup, font peu de sourires, ne babillent pas ou peu. Ce défaut de communication et de relations sociales est à surveiller et à accompagner. C'est un des premiers signes de traits autistiques.

De manière non intentionnelle, un enfant peut être soumis à l'hypostimulation. C'est la cas de la prématurité. On peut définir un prématuré comme : « *un enfant né viable avant terme (par convention, avant la trente-septième semaine révolue de la grossesse) et donc nécessitant des soins spéciaux* » [13]. L'arrivée de l'enfant se fait de

manière précipitée. Le très petit poids de l'enfant nécessite généralement une hospitalisation sous couveuse. Les parents doivent laisser leur enfant à l'hôpital durant ses premiers jours, voir premières semaines de vie. Cette séparation représente une épreuve difficile à surmonter pour les parents, mêlant brutalité, choc affectif et vécu familial douloureux [31]. La famille est privée des premières interactions en dépit du besoin de proximité.

- **l'hyperstimulation** : à l'inverse les parents ne régulent pas leurs interactions. L'accordage affectif ne se fait pas. Cependant l'enfant est un être immature et les réponses excessives et inadaptées des parents ne lui permettent pas l'accès à la maturité. Ce sont des parents qui ne laissent pas leur enfant faire ses propres expériences. L'enfant évolue dans un environnement inadapté : lumières trop vives, bruits incessants…

Parents et enfant étant acteurs de l'interaction, ces inadaptations ne découlent pas seulement des parents. L'enfant, par son tempérament et ses comportements spontanés initie les interactions. Cependant, tout comme les adultes il peut se trouver en difficulté et se montrer en hypo et/ou hypersollicitations de ses parents.

M. GAUBERTI définit ces défauts de stimulations sensorielles comme les pathogénies de la relation corporelle. Elle les définit : « *soit par l'absence de l'implication corporelle, l'appauvrissement des communications tant au niveau de l'émission que de la réception ; soit par une implication corporelle paroxystique, insensée et sans finalité de relation (rythmies, stéréotypies)* » [22, p48]. Elles sont à l'origine de pathologies de la relation graves et complexes. Cela entraîne la réduction voir l'absence d'expressions corporelles d'attachement. L'enfant est privé de sa base de sécurité : il ne peut vivre et ressentir la continuité d'existence dans ce contexte d'interactions inadaptées.

b) Devenir parent : l'apparition de troubles

Accueillir un enfant induit des bouleversements multiples chez les parents : psychiques, émotionnels, affectifs, familiaux, sociaux et physiques chez la mère biologique. Ils se retrouvent alors fragilisés, fatigués et parfois stressés et inquiets. Cet état, qui peut être caractérisé dans certains cas de vulnérabilité, laisse apparaître certains troubles, notamment chez la mère.

Tout d'abord on peut observer l'apparition d'un **« baby-blues »**. Il se manifeste entre 2 et 3 jours après la naissance et peut durer quelques jours. C'est un trouble de l'humeur transitoire chez la mère biologique, caractérisé par une sensation de vulnérabilité, une irritabilité, des pleurs, une fatigue intense. Cet épisode transitoire est

causé par des modifications hormonales liées à la grossesse et à l'accouchement, le stress lié aux premiers temps avec le bébé et un manque de sommeil. Là encore, la présence d'une figure d'attachement est nécessaire. Le soutien et la sécurité apportés par les proches, le conjoint notamment, sont nécessaires pour surmonter ce désagrément.

Si cet état persiste plusieurs semaines, on peut alors parler de **dépression post-partum**. Il s'agit d'une spécification de l'épisode dépressif, caractérisé par un début lors du péripartum : période comprenant le dernier mois de la grossesse et les premiers mois suivant l'accouchement. On compte entre 3 et 6% de femmes touchées par cet état dépressif. Les femmes ayant des épisodes de péripartum présentent souvent une anxiété grave et même des attaques de panique [16]. Elle se manifeste également par une perte de confiance en soi, de la culpabilité, un découragement, des pleurs incessants, un épuisement. **C. BOUKOBZA** note que « *la mère ressent une grande fatigue et irritabilité qui affecte centralement sa relation à l'enfant et aux soins* » [9, p13]. Elle ne va plus s'investir avec plaisir dans les interactions avec son nourrisson. Cela peut entraîner des signes dépressifs chez l'enfant. On voit apparaître un trouble de la relation, engendrant des difficultés dans la création des liens d'attachement.

La présence d'une dépression post-natale chez le parent est mise en lien avec la mise en place d'un attachement insécurisant pour l'enfant. **P. MAZET et S. STOLERU** décrivent une « *corrélation la plus importante entre le développement de l'enfant et la dépression postnatale est retrouvée dans le fait que les enfants de mères déprimées présentent significativement un attachement insécurisant dans les trois quarts des cas* » [38, p363].

La mise en place des interactions parents-enfant dans les premières semaines de vie est nécessaire dans la construction du sentiment de sécurité interne de l'enfant. Cela favorise la création des liens d'attachement sécures. C'est un préalable nécessaire au développement psychomoteur harmonieux.

Ainsi les troubles de l'attachement peuvent être dûs à des perturbations des interactions précoces dont l'origine est diverse. Nous allons développer ces troubles dans une seconde partie.

III-2. Les troubles de l'attachement

Suite à la mise en évidence de différents types d'attachement, beaucoup se sont intéressés aux comportements révélateurs d'un attachement pathologique et de leurs conséquences sur le développement de l'enfant, jusqu'à l'âge adulte.

On va s'intéresser à la classification des troubles de l'attachement selon le DSM V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition) et la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10ème révision).

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

Dans le DSM V est développé le trouble réactionnel de l'attachement. Il est caractérisé par un ensemble de comportements d'attachement gravement perturbés. Ces comportements sont inappropriés au stade de développement de l'enfant. Ce dernier ne se tourne que peu ou rarement vers une figure d'attachement pour être consolé, aidé, protégé ou entouré d'affection. « *La caractéristique essentielle est l'absence ou le caractère très insuffisamment développé des liens d'attachement entre l'enfant et les adultes supposés s'occuper de lui* » [16, p314]. En effet on observe un manque implicite de figure d'attachement préférée et identifiable. Les troubles débutent avant l'âge de 5 ans. Il ne s'agit pas de troubles envahissants du développement et ils ne sont pas imputables à un retard de développement.

La CIM-10 classifie les troubles selon deux catégories : le trouble réactionnel de l'attachement et le trouble de l'attachement avec désinhibition.

CIM-10 [51]

Trouble réactionnel de l'attachement	Trouble de l'attachement avec désinhibition
Les réactions de l'enfant sont contradictoires et ambivalentes. On note des perturbations émotionnelles, une absence de réaction et un retrait et/ou des réactions agressives à sa détresse et à celle des autres. Cela entraine une réduction des interactions sociales avec ses pairs.	Les conduites d'attachement sont généralisées, non sélectives. Et cela peut être associé à des perturbations émotionnelles et d'autres troubles du comportement.

B. PIERREHUMBERT précise : « *Les manuels diagnostiques DSM et CIM réservent ainsi la description des troubles de l'attachement à des réactions exceptionnelles et spécifiques dont la prévalence, très rare, ne reflète pas la pratique clinique courante et l'abondance de situations - peut être moins lourdes- dans lesquelles l'enfant présentent des symptômes (difficulté de séparation, problème d'endormissement, troubles de l'alimentation par exemple), qui sont manifestement accompagnés de difficultés relationnelles* » [47, p334].

Les enfants ayant subi des carences, des négligences et donc des difficultés relationnelles seront plus concernés par des troubles de l'attachement. Cela ne suffit pas à poser un diagnostic. En effet, les enfants vivants dans ces conditions ne développent pas tous un trouble de l'attachement. De plus, aucun critère de comportement de l'enfant n'est utilisé pour définir le trouble.

b) Critères alternatifs des troubles de l'attachement [30]

En raison des ambiguïtés rencontrées pour poser le diagnostic, **C. ZEANAH et N. BORIS** proposent des critères alternatifs des troubles de l'attachement. Ils laissent de côté l'étiologie et se penchent du côté du développement et des comportements de l'enfant de 0 à 3 ans.

Ils mettent en avant 3 critères caractérisant les troubles de l'attachement : le trouble de l'absence d'attachement, le trouble de la base de sécurité et la rupture du lien d'attachement.

1) Le trouble de l'absence d'attachement

Il se subdivise en deux types de troubles :

- **le trouble d'attachement avec retrait émotionnel :** l'enfant reste inhibé dans les relations sociales, affectives et émotionnelles, avec les adultes qui s'occupent de lui.

- **Le trouble avec sociabilité indistincte :** l'enfant cherche les interactions sociales envers des adultes qui lui sont étrangers.

Dans les deux types, l'attachement n'existe pas. L'enfant est en difficulté dans « *l'autorégulation et dans l'autoprotection, dans la recherche de confort et de réassurance, dans l'expression de l'affection, dans la coopération comme dans l'exploration* » [30, p90]. N'ayant aucun attachement, l'enfant se retrouve démuni dans les interactions avec l'adulte.

2) Le troubles de la base de sécurité

Dans ce trouble, la création des liens d'attachement envers un adulte particulier se met en place. Mais dans la relation avec la figure d'attachement, on observe des troubles spécifiques. **C. ZEANAH** met en avant 4 troubles de la base de sécurité :

- **Troubles de l'attachement avec mise en danger :** La mise en danger se traduit par une exploration excessive, dangereuse et parfois agressive. Cela va à l'encontre des bases essentielles de l'attachement : sécurité, réconfort et proximité. **A. GUEDENEY** précise que dans cette mise en danger « *l'enfant cherche l'attention et la protection d'un parent souvent inaccessible ou peu fiable* » [30, p91]. Le contexte familial est généralement violent dans ce type de trouble.

- **Trouble de l'attachement avec accrochage et exploration inhibée :** À l'inverse du premier type, ici, l'exploration de l'enfant est inhibée. Cette inhibition est spécifique aux situations inhabituelles ou lorsque l'adulte présent n'est pas familier.

- **Troubles de l'attachement avec vigilance et complainte excessives :** La description est proche de celle de l'attachement désorganisé. L'enfant se montre hypervigilant et il « *semble craindre par dessus tout de déplaire aux parents* » [30, p91]. Il est exagérément conciliant aux demandes de ces derniers.

- **Troubles de l'attachement avec renversement des rôles :** À l'inverse de la théorie de l'attachement, ici, c'est l'enfant qui se préoccupe du bien-être émotionnel de son parent. L'enfant cherche à protéger sa figure d'attachement en restant à proximité d'elle. Il est très attentif aux signaux indiquant un besoin de soutien chez l'adulte. Il assure une charge émotionnelle qui n'est pas appropriée à son développement.

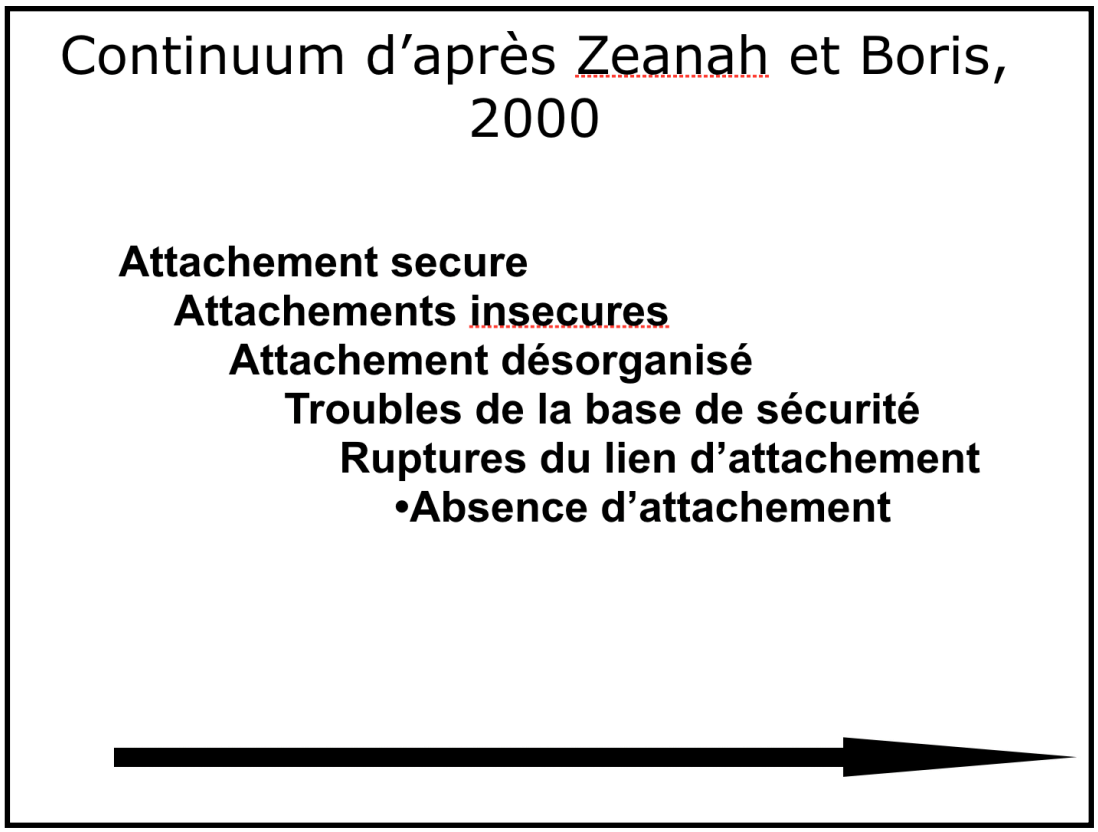
3) Rupture du lien d'attachement

Dans ce trouble, l'enfant subit la perte d'une figure d'attachement. Cette perte peut être le décès de la figure d'attachement, son abandon ou le changement incessant de familles d'accueil. Les critères de ce trouble sont similaires à ceux décrits par **ROBERTSON** lors de la séparation brutale de l'enfant avec ses parents durant quelques jours ou quelques semaines. L'enfant développe alors la protestation, le désespoir puis le

détachement. Dans les premiers mois de la vie, la figure d'attachement prend un place prépondérante et essentielle pour l'enfant. La perte de cette dernière, durant cette période, représente un changement qualitativement différent, qu'une perte à une autre période de la vie [30].

Finalement, la description des troubles de l'attachement commence avec les formes d'attachement insécures. Puis viennent l'attachement désorganisé. Selon **C. ZEANAH et N. BORIS**, la pathologie commence avec les troubles de la base de sécurité, puis les troubles de la rupture du lien d'attachement. Ils considèrent que l'absence d'attachement est plus rare mais plus grave.

4) Schéma résumé [71] :



Quelle place prend la psychomotricité dans la création des liens d'attachement ?

Le domaine de la petite enfance est au coeur des théories de la psychomotricité. Le psychomotricien porte un intérêt tout particulier au développement psychomoteur dans lequel viennent se mêler des notions essentielles à notre pratique : tonus, coordinations, axe corporel, repères spatio-temporels. Afin que ce développement évolue le plus harmonieusement possible, cela nécessite un environnement affectif sécure, contenant, soutenant et adapté.

C'est pourquoi, le psychomotricien porte une attention singulière sur les relations : celles du patient avec son entourage, de lui-même avec le patient et son entourage, des professionnels entre eux.

Comment le psychomotricien peut-il intégrer cette notion d'attachement dans sa pratique ?

De par sa spécificité, il peut intervenir dans de multiples structures de prévention telles que des lieux d'accueil parents-enfant, des PMI et des centres maternels. Ce sont des lieux où les liens d'attachement parents-enfant sont au centre des relations.

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

Quel regard apporte-il ?

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

Comment peut-il contribuer à assurer une base de sécurité au sein des familles ?

Comment peut-il lui-même être sécurisé afin d'accompagner au mieux ces familles ?

Chapitre 2 - L'accompagnement du psychomotricien dans la parentalité

I- Le centre maternel :

I-1. Qu'est ce qu'un centre maternel ?

a) Présentation générale : missions et objectifs

Le centre maternel dans lequel se déroule mon stage est un établissement social public personnalisé, géré par le Centre Communal d'Action Sociale de la ville. Il s'inscrit dans le dispositif départemental d'accueil mère-enfant de l'Aide Sociale à l'Enfance. C'est un lieu de soutien et de vie afin d'assurer l'insertion des femmes enceintes, des mères en difficultés sociales, économiques et familiales, et la protection de leurs enfants. Il a pour mission essentielle la prévention et la protection de l'enfance orientée vers des actions favorisant :

- la prévention autour de la grossesse et l'accompagnement de la petite enfance,
- la prévention de la maltraitance et la rupture du lien parental,
- l'évaluation de la relation mère-enfant.

Le centre maternel s'est fixé plusieurs objectifs. Tout d'abord proposer un hébergement et un accueil sécurisant, apaisant et adapté à chaque famille. Puis rompre l'isolement de ces familles en favorisant le maintien ou la restauration d'un lien social. Il vise à favoriser la prise de conscience de leurs difficultés et à mobiliser leurs compétences. De plus, il soutien le bien-être, l'épanouissement et l'éveil des enfants. Enfin, il va accompagner les familles dans leurs fonctions parentales et vers leur autonomie en valorisant et favorisant la réalisation de leurs projets.

Le centre maternel considère la famille comme un système en interaction : il considère le groupe dans sa globalité afin de faire émerger les problématiques familiales et mobiliser les solidarités internes au groupe familial. D'autre part, les enfants des familles monoparentales reste un sujet de préoccupation car les difficultés matérielles, psychologiques, relationnelles et sociales que rencontrent les mères ont une incidence sur la qualité de la relation mère-enfant ainsi que sur le développement affectif et l'adaptation sociale de l'enfant. Au regard de cette situation de vulnérabilité, il apparait donc nécessaire de renforcer l'écoute et le soutien de ces familles dans leur fonction parentale tout en veillant à ne pas les disqualifier. À partir de l'évolution de la réflexion sur les conséquences de l'absence du père dans le développement psycho-affectif de

l'enfant, il importe également d'accorder une plus grande attention à la place du père dans l'institution.

b) Présentation de l'équipe

Les professionnels du centre maternel relèvent de la Fonction Publique Hospitalière, personnel administratif, services généraux, professionnels du médical et socio-éducatif. L'équipe est composée de plusieurs pôles :

- Un pôle médico-psycho-social avec un pédiatre, une infirmière, une psychiatre, une psychologue et une conseillère en économie sociale et familiale. Ces professionnels ne sont pas tous présents à temps plein sur la structure.
- Un pôle éducatif avec des éducatrices spécialisées et une Éducatrice de Jeunes Enfants (EJE).
- Un pôle administratif.
- Un pôle de service-hygiène-sécurité.

I-2. Population accueillie et problématiques rencontrées

a) Généralités

Le centre maternel accueille des femmes enceintes et des mères isolées majeures, ayant un ou plusieurs enfants, dont au moins un est plus jeune que trois ans. Ce sont des femmes originaires du département dans lequel se trouve le centre maternel.

L'admission de ces femmes peut être motivée par une séparation, des conflits, des violences conjugales. Ou encore par l'isolement social, familial, une situation de précarité sociale et économique, d'errance, de demande de protection de la mère pour son enfant.

La demande d'admission en centre maternel est établie par le centre médico-social du secteur d'origine de la jeune femme après une évaluation sociale et l'obtention de l'accord préalable de l'inspection du secteur concerné. Si il s'agit d'une demande d'urgence, il peut y avoir des exceptions à ce protocole. L'admission est prononcée par le directeur après avis de la commission d'admission.

b) La place du père

Le centre maternel accueille la dyade mère-enfant. De ce fait, je me suis interrogée sur la place des pères et leur accompagnement. **V. SABARY-DESCARGUES** se demande comment « *penser quelque chose pour trois alors que nous n'en recevons que deux* » ? [58, p112]. Il est vrai que les pères ne sont pas accueillis au centre maternel pourtant ils ne sont pas toujours absents. Malgré les séparations et conflits du couple parental, ils sont nombreux à reconnaître légalement leur rôle de père.

De plus, nous nous retrouvons souvent face à des familles carencées où les pères, comme les mères, ont vécu dans un environnement défaillant. Afin de répondre au mieux aux fragilités familiales après la naissance de l'enfant, il paraît essentiel d'évaluer la parentalité chez le père, comme ce qui est habituellement mis en place avec la mère. L'attention portée au père, la reconnaissance de sa place auprès du bébé, son intégration dans le dispositif d'aide et dans la triade familiale me semble importante. La prévention concernant l'apparition des troubles liés à la paternalité nécessite de leurs offrir des lieux d'écoute, soutien et de favoriser le développement des liens père-bébé [34].

I-3. Les liens d'attachement au centre maternel

a) Soutenir les liens d'attachement précoces mère-enfant

Souvent, les parents souhaitent accueillir leur nouveau-né dans un environnement stable, confortable. En effet, le nourrisson a besoin de se sentir sécurisé, contenu par un adulte qui deviendra sa figure d'attachement principale. Cette base de sécurité est essentielle pour qu'il puisse se développer à son rythme. Hors, les femmes accueillies en centre maternel sont en situation de vulnérabilité. On se retrouve face à des mères en difficultés avec leur bébé et/ou dans leur fonction parentale. Il est essentiel de les accompagner dans l'établissement des liens précoces avec leur enfant. Au centre maternel, l'EJE met en place des rencontres qui permettent de soutenir les interactions précoces : massage bébé, activités, jeux et sorties. De plus, avec la psychologue elles animent chaque semaine un accueil parent-enfant dans l'objectif de favoriser le jeu libre en famille. Je note également que les éducatrices du centre maternel se rendent disponibles dès qu'une mère exprime le besoin d'aide.

Mi-février, une résidente du centre maternel a accouché d'une petite fille. Il s'agit d'une femme qui se montre démunie pour s'occuper de sa fille. Notamment dans les moments d'hygiène où elle peut se sentir incapable de prendre soin de son enfant. Afin de la soutenir face à cette difficulté, il a été décidé qu'une éducatrice l'aiderait lors de chaque moment de bain, ou lors de moments de soin auxquels elle ne se sent pas apte.

Les professionnels du centre maternel se montrent attentifs aux besoins de ces femmes dans leur rôle de mère. Et ils les accompagnent au mieux dans la création des liens d'attachement.

b) Besoin de dépendance et d'attachement réactivé durant la grossesse

Selon **J. BOLWBY**, « *cette période d'accès à la parentalité rend la jeune mère particulièrement vulnérable et réactive, avec ses besoins de dépendance et d'attachement, celui d'une base de sécurité à laquelle aspire tout être humain en situation de stress* » [25, p194]. Le centre maternel et les professionnels qui le constituent, sont en charge de mettre en place une base de sécurité qui permet de soutenir les fonctions maternelles des résidentes. De plus, il s'agit d'un lieu de transition qui fait naître des angoisses sous jacentes. Cette base de sécurité, indispensable, va se construire au travers de différents processus :

- la disponibilité des professionnels. Un bureau de permanence, dans lequel se trouve une éducatrice ou un veilleur de nuit, 24/24h et 7/7j, est mis à disposition des résidentes.
- les éducateurs référents. Ce sont deux professionnels qui sont désignés par le cadre afin de s'occuper préférentiellement de certaines résidentes. Cela permet d'établir des liens privilégiés avec certains professionnels.
- les thérapeutes (psychiatre et psychologue) qui prennent le temps de rencontrer et de travailler avec les résidentes qui en ressentent le besoin.
- la sécurité physique et matérielle : code d'accès pour entrer dans le bâtiment, badge individuel pour les habitantes, liste de personnes interdites de visites (ce sont des personnes en conflit avec les résidentes) et veilleurs de nuit. L'ensemble de ces dispositifs permet d'assurer une sécurité physique et corporelle pour des résidentes qui ont pu être victimes de violences.

L'alliance confiante et la qualité de la relation qui se crée entre les professionnels du centre maternel et les résidentes permettent l'installation d'une base de sécurité pour

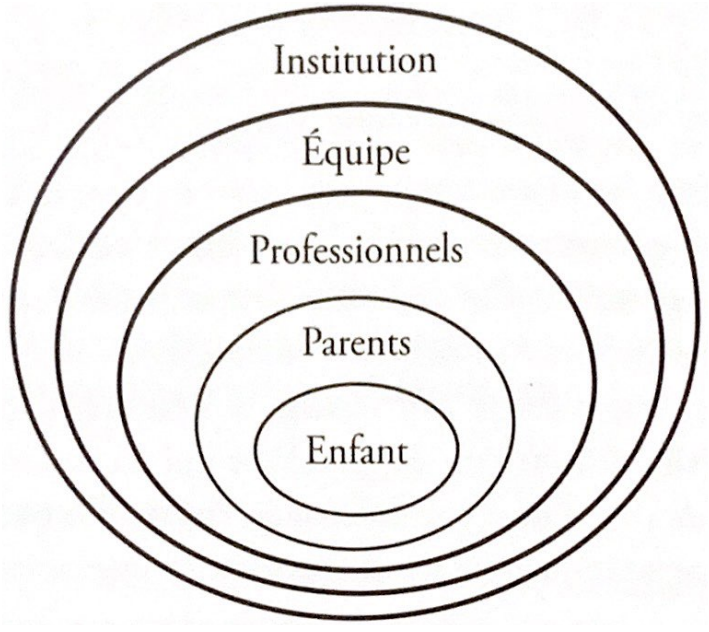
ces femmes. Plus sécurisées, elles seront d'autant plus disponibles, stables, prévisibles et cohérentes dans la relation avec leurs enfants.

c) Attachement des professionnels

Il me semble important de mettre en perspective l'attachement, au delà du lien mère-enfant. Des recherches et des études, encore peu nombreuses, ont permis de revisiter le processus du contre-transfert à la lumière de la théorie de l'attachement. J'aimerai évoquer l'attachement au niveau des professionnels.

Pour des familles vulnérables, l'institution prend une place importante dans leur reconstruction. Ainsi, on observe qu'une « chaîne de sécurité » se met en place pour les résidentes, comme les professionnels. Plusieurs éléments garantissent l'appui humain sur lequel peuvent s'appuyer les professionnels : l'encadrement (chef de service, direction), les espaces et organisations d'équipes (réunions de transmission, de synthèses et/ou d'équipes), la supervision avec un thérapeute extérieur à la structure. Inconsciemment, les professionnels réveillent une dimension spécifique du système d'attachement : « *le fait de demander de l'aide à un personnage censé être plus sage et plus fort* » [25, p226].

À l'image des cercles de résilience de **M. DELAGE** [20, p174], la chaîne de sécurité institutionnelle permet de rassurer l'ensemble des individus concernés par cette boucle de sécurité. Cette chaîne devient sécurisante lorsque chaque maillon assure prévisibilité, cohérence et stabilité pour le précédent. Et cela peut s'étendre à la société, l'état, le monde. En effet, le sentiment de sécurité interne prend place dans l'ensemble de l'environnement de l'individu.



II- Place et rôle de la psychomotricité en centre maternel

II-1. Les modalités de mon stage

a) Présentation

Je réalise un stage expérimental de octobre 2018 à mai 2019, à raison d'une journée par semaine. Il se fait sous la responsabilité du cadre du service et, en l'absence de psychomotricien sur place, sous la supervision de deux psychomotriciennes extérieures à la structure.

L'objectif de ce stage est d'envisager quelles peuvent être les modalités d'intervention en psychomotricité au sein d'un centre maternel et la façon dont cet accompagnement peut s'articuler avec celui des autres professionnels. En effet, dans le domaine de la périnatalité, si les psychomotriciens sont présents auprès des nourrissons dans les services de néonatalogie [*44*], si leur accompagnement est reconnu en ce qui concerne les relations parents-enfant [2], [8], [22] et notamment dans la création des liens d'attachement [31], [35], [50], ils ne sont pas encore intégrés dans les équipes de centres maternels. Pourtant, **P. BARRE MINARD**, étudiante en psychomotricité, a déjà décrit une expérience au sein d'un centre maternel [3]. Il s'agissait pour moi de définir un projet de stage afin de préciser et délimiter des axes d'intervention précis qui, s'appuyant sur les besoins des familles, soient spécifiques du champ de la psychomotricité, soient lisibles pour l'équipe, s'articulent avec les pratiques tout en s'y intégrant pour les enrichir. Il s'agissait de construire une pratique psychomotrice en centre maternel afin de valider la pertinence de l'apport de cette profession dans une équipe déjà pluridisciplinaire.

b) Observations et hypothèses

Durant ce stage, j'ai eu une période dédiée à l'observation : du 17 octobre 2018 au 19 décembre 2018. Ainsi, j'ai eu le temps de pouvoir me familiariser avec les lieux, les professionnels, les résidentes et leurs enfants et surtout avec le fonctionnement de tous. Cette période d'observation m'a tout d'abord permis de prendre connaissance du projet d'établissement et des objectifs du centre maternel.

Au sein de l'équipe professionnelle, j'ai assisté à des réunions pluridisciplinaires, aux transmissions entre les éducatrices de la matinée et celles de la soirée, à l'atelier d'accueil parents-enfants organisé par l'EJE et la psychologue. De plus j'ai à ma

disposition un bureau et une boîte mail professionnelle afin de pouvoir échanger avec l'ensemble des professionnels de la structure.

Dès mon arrivée, l'équipe professionnelle a été accueillante, ouverte et disponible. Concernant les résidentes, certaines ont été réceptives à ma présence et m'ont sollicitée.

Au cours de cette période d'observation j'ai pu mettre en évidence différentes problématiques telles que :

- des difficultés de communication et d'interaction dans la dyade mère-enfant :

Certains enfants n'ont pas encore accès au langage ou présentent des difficultés de langage. De plus il existe un manque d'interaction à travers le jeu entre la mère et son enfant. Certaines résidentes ont parfois des difficultés à adapter leurs comportements dans l'interaction avec leur enfant. Et des suites d'un placement judiciaire, la mère se retrouve à distance avec son ou ses enfants.

- ce sont des femmes seules, avec une absence de soutien familial et de figure d'attachement :

Les résidentes sont pour la majorité des femmes enceintes ou des mères célibataires isolées. Elles sont nombreuses à être d'origine étrangère et ayant quitté leur pays d'origine où leurs familles demeurent. Parfois elles sont en absence de projet professionnel et également en absence de relation sociale extérieure au centre maternel. Elles évoquent des difficultés familiales durant leur enfance et leur adolescence. Enfin elle sont dans une situation sociale précaire : certaines passent de foyer en foyer et/ou sont sans domicile fixe.

- elles ont peu de connaissances sur le développement psychomoteur et sensoriel de leurs enfants :

Elles présentent des cultures différentes de notre culture occidentale et elles ont des repères différents de ce qu'elles ont vécu et connu vis-à-vis du développement de l'enfant. Elles se questionnent sur le développement psychomoteur et sensoriel de leur enfant. Et se sont parfois des femmes devenues mères précocement (jeune âge de la mère, prématurité de l'enfant).

- des angoisses et de l'anxiété avec l'arrivée de leur bébé et/ou dans l'organisation de leur quotidien avec un ou plusieurs enfants :
Je retrouve des angoisses de mal faire dans le soin et la relation avec leur enfant. Elles manquent parfois de confiance en elles et ont peur de ne pas être à la hauteur. De plus elles ont des difficultés financières et administratives (demande de régularisation). J'ai pu rencontrer des femmes en manque de sommeil ou rencontrant des troubles du sommeil. Et ce sont des mères dévouées à leur enfant et qui parfois s'oublient en tant que femme.

À la suite de ces observations, l'accompagnement en psychomotricité me semble légitime et essentiel au sein du centre maternel. Cela oriente mon intervention dans la prévention autour de la grossesse, l'accompagnement de la petite enfance, la rupture du lien parental et l'appréciation de la relation mère-enfant. Pour la majorité, ce sont des femmes en demande de soutien.

Ces différentes problématiques viennent questionner la création des liens d'attachement dans la dyade mère-enfant. Et cela me paraît essentiel d'envisager le projet d'accompagnement au travers de cette théorie.

Cependant il se peut que je sois amenée à accompagner des familles qui ne sont pas concernées par les problématiques abordées précédemment.

Le projet mis en place est adaptable en fonction de la demande, des besoins, des possibilités et des envies de familles et de l'ensemble de l'équipe du centre maternel, en tenant compte des conseils et avis de mes superviseurs.

c) Projet de stage expérimental

Au cours de la période d'observations, des hypothèses ont été mise en évidence. Avec l'aide de questionnaires, les besoins et la sensibilité des professionnels de la structure et des résidentes ont été pris en compte et la mise en place d'un projet d'accompagnement en psychomotricité a vu le jour.

1) Objectifs :

- Favoriser le lien mère-enfant,
- Apporter un soutien à la fonction parentale et en valoriser les compétences,
- Accompagner et soutenir le développement psychomoteur de l'enfant.

2) Méthodes :

Avant toute rencontre, une discussion s'engage avec mon superviseur afin qu'il donne son accord. Suite à cela, je mets en place l'entretien et j'évalue les besoins en psychomotricité auprès de la mère et de l'enfant. Au travers du lien avec les professionnels du centre maternel et la participation aux réunions de transmissions pluridisciplinaires, je peux informer l'équipe professionnelle de l'évolution des suivis. Concernant l'étayage psychomoteur, un point régulier avec mes maîtres de stage extérieurs est mis en place. Cette supervision permet de me requestionner, de remettre en question les problématiques que je rencontre dans les différents suivis que j'effectue.

3) Nature des soins en psychomotricité

L'objectif est de prendre en compte les besoins de l'enfant et la disponibilité physique, psychique et affective de la mère afin d'encourager un ajustement garantissant une sécurité physique et affective du tout petit. J'envisage des suivis individuels, ou englobant la dyade mère-enfant. Différents ateliers, sur accord de l'équipe et selon ce qui est déjà existant, peuvent être mis en place :

- Ateliers d'échanges, de partage, de questionnements et d'écoute (avec les mères et les professionnels)
- Ateliers d'éveil psychomoteur et de découvertes motrices (ayant pour but une prise de conscience et une valorisation des compétences de l'enfant)
- Ateliers d'expérimentations sensori-motrices et d'observation du développement de l'enfant
- Ateliers de portage
- Ateliers conte - comptines - chant *(mère/enfants)*
- Relaxation, méditation et toucher thérapeutique
- Ateliers jeux

Concernant les modalités de ces temps, ils peuvent être proposés en groupe et/ou en "individuel" selon les besoins, les envies et les disponibilités de chacun.

Plusieurs axes de travail seront approfondis comme l'accordage affectif, l'accompagnement des mères dans la reconnaissance des signaux de leur bébé, la prise de conscience de leurs compétences maternelles, la mise en sens de leurs émotions ainsi que de celles de l'enfant, la mise en confiance des enfants dans leur développement

psychomoteur et sensoriel, faire prendre conscience aux mères des compétences psychomotrices et sensorielles de leurs enfants, l'écoute.

Par ailleurs, le psychomotricien peut être amené à mener une réflexion, avec l'équipe, concernant l'aménagement du temps et de l'espace afin de respecter au maximum les rythmes et besoins propres à chacun. Le centre maternel étant en déménagement, ce rôle prendra d'autant plus d'importance.

II-2. La spécificité du psychomotricien en centre maternel

On voit émerger de plus en plus de thérapies psychomotrices parents-enfant (travail en maternité, périnatalité, services de prématurité, lieux d'accueil parent-enfant, structures associatives). Elles s'incluent dans les domaines de la prévention mais également dans le domaine curatif. Dans ces thérapies, la psychomotricité vise à soutenir le développement psychomoteur du nourrisson tout en accompagnant la parentalité en construction [49].

« *Le thérapeute se positionne comme un observateur, un lecteur des mots du corps qui s'enchaînent, cohérents ou non, pour raconter l'histoire de la rencontre entre le corps de la mère et le corps de l'enfant* » [22, p74]. Le psychomotricien, attentif au langage corporel, accorde aux gestes, à la posture, aux attitudes et aux autres manifestations corporelles leur valeur de communication. Il est à l'écoute également de ce que les parents disent et de ce que la dynamique familiale donne à voir.

a) Un regard sur le développement psychomoteur

Dans la rencontre avec la population vulnérable du centre maternel, il est important que le psychomotricien puisse prendre le temps de l'examen psychomoteur des nourrissons et jeunes enfants. Cette situation de précarité peut entraîner des difficultés dans le développement psychomoteur de l'enfant. C'est pourquoi il est essentiel de garder une vigilance au travers de l'observation et de l'évaluation, à partir de tests, afin de trouver des pistes d'accompagnement et/ou de soin. C'est un moment privilégié pour engager la relation avec la dyade mère-enfant [39].

De cet examen, vont se dégager des objectifs : soutenir le développement psychomoteur de l'enfant, révéler ses compétences auprès du parent, inscrire la motricité dans un registre de plaisir, aider l'enfant et son entourage à formuler des questions qui les préoccupent et offrir un miroir valorisant et narcissique à la dynamique familiale.

La première étape de ce bilan psychomoteur, correspond à un temps d'échange, de questionnements, de confidences : c'est l'entretien. Ce dernier permet d'accéder à l'anamnèse qui est définie comme : « *la nécessité de relier l'explication à l'histoire et aux significations accumulées dans le sujet individuel : l'**anamnèse** recherche dans le cours tumultueux des effets les thèmes directeurs et, derrière les thèmes, les événements individuels qui, chaque fois, ouvrent le sens d'une situation psychologique donnée* » [13]. Au centre maternel, il s'agit de comprendre la construction familiale, on s'intéresse à l'histoire de la mère, son désir, ou non, d'enfant, le couple, le contexte et l'évolution de la grossesse, le déroulement de l'accouchement, la vie depuis la naissance de l'enfant. On fait connaissance avec l'histoire de l'enfant, de sa mère, la culture familiale, et la relation qu'ils entretiennent. Cette notion de relation parent-enfant est essentielle, à la base de tout suivi en psychomotricité, que ce soit en centre maternel ou dans toute autre structure : « *Un nourrisson en souffrance traduit toujours la souffrance de la relation* » [22, p3]. Il est nécessaire que l'enfant ait accès à une relation privilégiée, contenante et qualitative avec sa figure d'attachement principale.

Ensuite, vient un temps d'observation des comportements psychomoteurs. Durant mon stage j'ai pu évaluer les compétences et difficultés de très jeunes enfants : de 0 à 12 mois. Il est important de citer quelques points de focalisation de mon observation et de ma démarche de bilan avec cette tranche d'âge : observer l'apparition et l'assimilation des réflexes primitifs, les réactions de redressements, l'utilisation et l'appropriation des différents sens et de leur unification. Cela nécessite de poser des questions aux parents pour savoir comment l'enfant réagit aux différentes stimulations sensorielles (voix de la mère, contacts, regards, odeurs). On peut avoir des éléments qui permettent de connaître la disponibilité de l'enfant au dialogue tonico-émotionnel. Concernant la motricité, on peut se focaliser sur l'émergence des schèmes de développement et de leurs enchaînements, en fonction de l'âge de l'enfant. Puis on note également l'expression des émotions et des premières activités cognitives, le bien-être et le tonus interne, la dextérité de plus en plus fine, la locomotion de plus en plus élaborée. Et enfin on s'intéressera à l'instauration d'une communication verbale ou non verbale au sein de la famille, de la dyade mère-enfant et avec le psychomotricien.

Lors d'un bilan avec un jeune enfant il est important de surveiller quelques réactions ou habitudes qui peuvent signaler une difficulté ou un trouble [62]. Comme par exemple les rythmes veille/sommeil, l'alimentation, des mobilisations asymétriques d'un des côtés du corps, d'éventuelles hyposensorialités, hypersensorialités, hypo et hypervigilances. On regardera aussi les mouvements psychiques : mimiques, pleurs, qui peuvent révéler des angoisses.

Comme le souligne **M. PERRIER-GENAS**, psychomotricienne, le professionnel est particulièrement sensibilisé « *à repérer les vulnérabilités et les fragilités qui peuvent entraver les premiers liens* » [42, p189]. Finalement, ce premier temps, de rencontre, d'observation et de découverte permet d'observer la qualité relationnelle de la dyade mère-enfant.

Ces interactions seront au centre des préoccupations du psychomotricien, qui pourra être un soutien dans l'étayage de ces dernières.

b) Guider, valoriser, étayer, accompagner la famille

Comme nous venons de le décrire, le regard professionnel et orienté du psychomotricien permet de mettre en avant les difficultés, tout comme les capacités qui émergent dans le processus de la construction familiale. Suite à ce temps d'observation, il va pouvoir guider les parents dans leur propre observation. En effet, la connaissance du développement psycho-affectif et sensori-moteur de l'enfant, permet aux parents de pouvoir soutenir leur enfant dans cette évolution. Le psychomotricien peut aiguiller le regard, transmettre des éléments d'appréciation afin de permettre aux parents d'aller à la découverte de leur enfant, de contempler chez lui ce qui était jusqu'ici méconnu. Il va permettre de faire ouvrir les yeux des parents sur les potentialités de leur enfant.

Cependant, l'enfant peut se retrouver avec de réelles difficultés, voire des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs tels que des retards, des troubles de la maturation et de la régulation tonique, des troubles du schéma corporel, de la latéralité, de l'organisation spatio-temporelle, de la graphomotricité, des dysharmonies psychomotrices, des maladresses motrices et gestuelles, de l'instabilité psychomotrice [18]. Dans ce cas, le psychomotricien met en place un accompagnement privilégié de l'enfant visant la rééducation de ces troubles.

Concernant les parents, ils sont parfois soucieux, perdus, préoccupés voire angoissés et n'ont plus la capacité de prendre conscience de leurs propres compétences. On se retrouve face à des parents découragés qui sont en perte de confiance en eux. Ici, les ressentis parentaux dans le rapport à leur nourrisson sont essentiels à solliciter. Le parent, se sentant reconnu, peut être disponible pour son enfant. Notre fonction sera alors d'aider les parents à réactiver leur sentiment d'exister mis à l'épreuve par les aléas de la parentalité. Selon **J-P. VISIER**, professeur en service de médecine psychologique pour enfants et adolescents, il est essentiel que le thérapeute puisse « *participer à la construction d'un sentiment de sécurité indispensable au parent pour servir de base de sécurité à son enfant* » [42, p146]. Le psychomotricien accorde un rôle déterminant à la

sensibilité et à la réponse parentale. Si les parents se retrouvent en difficulté, le rôle du professionnel est de leur permettre de retrouver leurs capacités de protection et de soutien auprès de l'enfant tout en restant à l'écoute de leurs besoins de réconfort. Cela permettra de renforcer la sécurité du lien d'attachement des parents envers leur enfant. On peut dire que « *le thérapeute constitue une base de sécurité à partir de laquelle le parent puisse explorer la complexité de son monde interne tout comme ses relations à son bébé* » [30, p147]. Lorsque le parent se sent écouté, soutenu, reconnu, il est plus adapté à écouter les signaux de son enfant, soutenir son développement et reconnaître ses émotions.

De plus, le psychomotricien porte un regard spécifique sur le langage corporel. Et **C. PAVOT LEMOINE**, psychomotricienne ajoute que « *Le vécu corporel des uns et des autres, leurs fonctionnements relationnels et émotionnels - tout à la fois actuels et empreints de leurs histoires personnelles et passées - vont se déployer dans cet espace de la rencontre avec le psychomotricien, qui s'y engage tout également* » [61, p104]. Cependant, cette rencontre nécessite du temps et de l'ajustement et l'indication en psychomotricité est utile pour soutenir ces premiers liens. Le psychomotricien, par la mise en mots de ce qui se joue dans les interactions parents-enfant, peut soutenir la relation entre ces partenaires. **C. ANZIEU-PREMMEUREUR**, psychiatre, psychologue et psychanalyste précise que « *La communication ludique est un moyen idéal de faire vivre un élan de confiance entre les parents et leur enfant. Quand le tout-petit saisit le jeu pour manifester combien il se sent vivant et échanger cette perspective avec l'autre, il stimule la confiance des adultes dans son potentiel de développement* » [1, p152]. En s'appuyant sur le jeu, l'enfant et le parent peuvent aller à la rencontre de l'autre, tout en s'appréhendant. Le psychomotricien se saisit de l'aspect ludique en visant à la création d'un dynamisme thérapeutique où « *les parents reprennent leur place et confiance en eux* » [61, p195]. Cela vise à maintenir l'estime d'eux même [7].

Le psychomotricien, dans une position neutre, bienveillante et encourageante, intervient pour « trianguler la relation », c'est-à-dire « s'affilier à la place du parent » et non se substituer au rôle du parent [21]. Il apporte le soutien nécessaire au bon développement du nourrisson et vise à rétablir un certain équilibre au sein de la relation parents-enfant.

Cet accompagnement parental ne peut se faire sans la mise en place d'une alliance et d'un cadre thérapeutique. C'est ce que nous allons développer maintenant.

c) Le cadre en séance de psychomotricité

Le cadre des séances repose sur la disponibilité psychique et physique du psychomotricien, qui met en place des limites à la fois étanches tout en restant souples. Selon **D. GILBERT** et « *Il s'agit d'assurer un contenant assez stable et sécurisant pour que le patient ose s'aventurer dans la relation offerte* ».

Le cadre va être garant d'une permanence, d'une garantie et d'une délimitation qui contient l'intériorité du patient et du psychomotricien en présence. Il va s'appuyer sur plusieurs conditions concrètes : l'espace, le matériel, le temps, l'encadrement, le fonctionnement institutionnel. **C. POTEL** ajoute que le travail du professionnel, dans la mise en place du cadre, signifie que « *sa présence puisse être suffisamment apaisante, sécurisante, ferme et solide, afin d'aider chacun de ses patients à une intériorisation psychique de ses affects, de ses sensations, de ses éprouvés, de ses émotions* » [49, p326]. On note une qualité de présence corporelle du thérapeute qui apportera de la contenance au patient.

De la création du cadre va découler la mise en place de l'alliance thérapeutique, essentielle dans le travail en psychomotricité. On note tout d'abord, celle qui va se jouer avec l'enfant, sans oublier celle qui se met en place avec les parents. Elle s'appuie sur la confiance donnée par la famille au clinicien. Cela implique que les parents aient confiance dans la préoccupation thérapeutique du psychomotricien et de sa capacité à les aider afin qu'ils puissent adhérer au projet de soin [30]. On peut dire qu'il s'agit d'un contrat symbolique qui rend le patient acteur de sa prise en charge, elle signe une collaboration active des différents partenaires dans la prise en soin.

A. CORNOT et **P. SCIALOM**, psychomotriciens, ajoutent que dans le travail de guidance parentale, cette alliance thérapeutique peut se renforcer : « *Il se crée une synergie où le savoir du psychomotricien prend une place différenciée à côté des parents qui prennent conscience du poids de leur et des connaissances inégalables qu'ils possèdent déjà sur leur enfant* » [61, p195]. Tout comme les parents envers leur enfant, le psychomotricien doit pouvoir mettre en avant certaines qualités telles que la bienveillance, l'empathie, la sensibilité, l'écoute envers la famille.

De plus, **J.BOWLBY** ajoute que « *les êtres humains étaient plus heureux lorsqu'ils savaient qu'ils pouvaient compter sur une personne en qui ils pouvaient avoir confiance et qui pouvait leur offrir une base de sécurité à partir de laquelle ils pouvaient fonctionner* » [25, p224]. Le cadre et l'alliance thérapeutique induisent donc la mise en place d'une base de sécurité au sein de la dynamique qui se crée entre le psychomotricien et la famille qu'il accompagne. Cela renforce le soutien dont les parents ont besoin dans la création des liens précoces avec leur enfant.

II-3. Exemple d'accompagnement mère-enfant

a) Le contexte de la rencontre avec Mme M. et Hugo

Élaborer un projet de stage pertinent nécessite qu'il s'inscrive à la fois dans le champ de compétence de la psychomotricité et qu'il réponde aux besoins des familles accueillies. De plus il doit correspondre aux pratiques déjà mises en place par l'équipe professionnelle et qu'il respecte les missions de chacun. Dans cette perspective, il est convenu avec le cadre, que je procède à une période d'observation. D'octobre à fin décembre je suis amenée à rencontrer les familles et à découvrir le travail fourni par les équipes professionnelles. J'en profite également pour me faire connaître dans la structure avec des affiches et des temps de rencontres. C'est dans ce contexte que je rencontre Mme M. et son fils Hugo.

b) Mon intervention auprès de Mme M. et Hugo

1) La première rencontre

Lors de notre première rencontre, en novembre 2018, Hugo était âgé de 10 jours. Cette famille s'était installée au centre maternel la veille. Dans le cadre de mon stage j'avais mis en place un temps de « goûter rencontre » afin de me faire connaître auprès des familles et de pouvoir les rencontrer. Etant récemment arrivée dans la structure, Mme M. ne connaissait pas encore très bien les professionnels, ni les autres familles du foyer, elle était très preneuse de cette proposition qui lui permettait de faire des rencontres.

Durant cette première rencontre j'ai senti qu'elle avait besoin de parler, d'exprimer son vécu et des difficultés rencontrées dans son nouveau rôle de mère. En effet, Mme M. est une mère relativement jeune avec un parcours de vie déjà bien chargé. Elle est née en 2000 en République Centrafricaine puis elle est arrivée en France à l'âge de 16 ans, seule. Il est difficile pour elle d'évoquer son passé : elle a connu des difficultés familiales, la guerre et « la sorcellerie » comme elle me l'a expliqué. Il s'agit de mauvais souvenirs et elle souhaite passer à autre chose. En France, elle a tout d'abord été hébergée quelques mois par un membre de sa famille avant d'être remerciée. Elle s'est retrouvée dans un foyer de jeunes en difficultés socio-économiques. Etant tombée enceinte, elle a dû, après son accouchement, changer de foyer afin d'intégrer un centre maternel car le foyer précédent ne pouvait l'accueillir avec son fils.

Concernant sa grossesse, elle m'exprime le sentiment de transmettre ses angoisses et ses inquiétudes à son fils : « *Il ressentait dans mon ventre* ». Elle lui parlait pour l'apaiser, « *Il m'écoutait, me comprenait, et il se calmait quand je lui demandais, car j'étais fatiguée et je voulais dormir* ». Mme M. s'est beaucoup questionnée durant sa grossesse en se demandant « *Et si je meurs, que deviendra mon bébé ?* ». Elle a également rencontré quelques problèmes de santé : une anémie, et on lui a signalé que son bassin était trop petit.

Au moment de notre rencontre, elle ne réalisait pas encore tout fait son nouveau rôle de mère. C'est une très jeune femme, et Hugo est né 15 jours avant le terme donc le temps de préparation à sa venue s'est écourté. Elle est très fière d'être sa mère et elle exprime beaucoup d'amour envers lui tout en ayant du mal à réaliser : « *Parfois je me demande si je suis bien sa mère* ». De plus elle exprime beaucoup de difficulté à se détacher de lui quelques minutes. Cela témoigne de l'installation des liens d'attachement entre cette mère et son nouveau-né : en effet la proximité est un point essentiel de cette construction.

Puis, elle a évoqué la difficulté de se retrouver seule avec son enfant, car toute sa famille est en Afrique et le père n'a pas reconnu l'enfant, ni sa paternité. À la maternité, sa voisine de chambre a eu beaucoup de visites et c'était très compliqué pour elle de vivre ça. Cependant elle est en très bon contact avec ses anciens éducateurs du foyer. De plus elle a commencé à rencontrer d'autres mères du centre maternel qui ont des vécus et des histoires similaires, ce qui l'aide à se sentir moins seule.

Ensuite elle m'a beaucoup questionnée sur les comportements, les soins et le développement psychomoteur de son fils. C'est une jeune femme en quête de repères, d'écoute et de soutien. Hugo est un nourrisson relativement calme, il s'apaise très vite quand il est porté dans les bras.

2) Échanges avec les professionnels

Au travers des réunions de transmissions et de la réunion de synthèse de Mme M. j'ai pu échanger avec l'équipe éducative (éducatrices spécialisées, EJE), l'équipe médico-psycho-sociale (psychologue, psychiatre) et le cadre. Nous constatons que Mme M. est capable d'exprimer ses doutes et ses inquiétudes : notamment la peur de *« ne pas y arriver »*. Ses difficultés et son angoisse ont entraîné de la somatisation, Mme M. se plaignait de maux de ventre et de maux de tête.

Une des problématiques principales de Mme M. est la répétition du discours de l'abandon. Et la naissance de son fils a réveillé cette notion : elle s'est confrontée au rejet du père à travers l'absence de reconnaissance d'Hugo.

En raison des questionnements, interrogations et angoisses de Mme M., je lui propose de mettre en place un temps de rencontre mère-enfant, de manière hebdomadaire, sur une durée d'environ 30 à 45 minutes. Il s'agira d'un temps pour guider Mme M. à observer et accompagner Hugo dans son développement sensoriel et psychomoteur. Soutenir la création des liens d'attachement entre eux. Et revaloriser Mme M. dans son rôle de mère afin qu'elle gagne en confiance en elle.

De plus, au cours de mon stage, j'ai mis en place un « atelier détente » pour les mères. Mme M. y est conviée.

Concernant les autres suivis du centre maternel : l'EJE, formée aux massages bébés, l'utilise avec cette mère et son enfant. Lors de cette prise en charge, Mme M. peut aborder certains thèmes éducatifs comme les pleurs de son bébé qu'elle ne comprend pas toujours. Elle investit les ateliers massage bébé et Hugo se montre particulièrement réceptif et dans l'échange avec sa mère .Mme M. vient rencontrer la psychologue de manière hebdomadaire et la psychiatre régulièrement.

3) La mise en place du suivi

Le jeudi 17 janvier 2019 j'ai commencé à mettre en place un suivi avec Mme M. et son fils Hugo. Afin de pouvoir cibler le suivi de manière pertinente il m'a paru essentiel de commencer par une séance de rencontre en cherchant des éléments d'anamnèse même si il est vrai que je connaissais déjà une grande partie de la vie Mme M. et de son fils. J'ai pu découvrir un peu mieux l'histoire de vie de Mme M. tout d'abord. Elle m'a exprimé avoir vécu un rejet familial, et n'avoir aucune relation privilégiée avec sa mère qu'elle appelle « sa soeur » puisqu'elles n'ont pas vécu de relation mère-enfant selon elle. En effet, la maternité amène à requestionner sa propre expérience d'enfance. Et lorsque celle-ci à connu des préoccupations il faut être vigilant et d'autant plus à l'écoute des ressentis et des représentations que l'individu a, à l'égard de cette naissance à venir, ou de la relation qui se crée avec leur nouveau-né. Cependant, elle semble garder un lien très privilégié et équilibré avec sa grand-mère, qu'elle appelle « maman ».

Dès lors, lorsqu'elle évoque le jour de son accouchement, elle m'explique cette sensation de rejet. En effet, elle n'a aucune famille en France, elle se retrouve seule dans la salle d'accouchement, et elle rencontre des soucis de santé : une anémie notamment. Le gynécologue essaie de déclencher son accouchement durant 3 jours, et il commençait à lui parler de césarienne. Ce fut un moment très dur pour elle, c'est une femme très croyante et cela été difficile de ne pas pouvoir accoucher de manière naturelle, c'est-à-

dire par voie basse. Finalement, elle a pu accoucher par voie basse et cela fut un très grand soulagement pour elle. Concernant le père d'Hugo, elle m'explique qu'il est au courant de sa grossesse, et maintenant de l'existence de son fils, mais cela ne l'intéresse pas, il ne veut pas prendre part à la construction familiale. À ce moment précis, dans la salle d'accouchement, seule, elle me décrit la sensation d'être « orpheline ».

Bilan psychomoteur

À ce moment-là du suivi, Hugo à 2 mois et demi, il est né le 30 octobre 2018. C'est un enfant relativement calme et apaisé. Il se porte bien, mange très correctement puisqu'il fait déjà 6 kg. Il a commencé à faire des nuits complètes depuis une semaine, même si il continue parfois de se réveiller la nuit pour réclamer un biberon puis se rendort avec le biberon dans la bouche.

J'ai effectué une observation précise d'Hugo en m'inspirant du bilan de Brunet Lézine. Sa posture est adaptée pour son âge. De plus il tient sa tête droite et la soulève et ses épaules lors du tiré-assis. Pour les coordinations j'ai pu observer qu'il suit des yeux une personne qui bouge, et qu'il tourne la tête pour suivre un objet. Il vocalise plusieurs sons, et fait des vocalises prolongées. Enfin, il s'anime lorsqu'on s'approche de lui et effectue un sourire réponse. J'ai également porté mon attention sur les réflexes primitifs et j'ai pu vérifier la présence du réflexe tonique asymétrique du cou, du graspréflexe, ainsi que le réflexe des points cardinaux.

Si l'on s'intéresse à la relation entre Mme M. et Hugo, ils semblent être en pleine rencontre et exploration l'un de l'autre. Déjà, Mme M. m'explique ressentir « *de plus en plus de chose envers Hugo, surtout depuis qu'il sourit* ». Et c'est pour elle un réel bonheur, elle ne sent plus seule, « *c'est l'amour de ma vie, on est inséparable* ». Il est vrai que durant tout le temps de notre rencontre elle le couvre de baisers, et de signes d'affection.

Les interactions

Avant de réfléchir et d'envisager un suivi pour cette dyade, je porte beaucoup d'attention à ce qui se joue dans la relation entre Mme M. et son fils Hugo. **M. GAUBERTI** souligne que « *L'analyse psychomotrice de l'interrelation mère-bébé précède l'intervention thérapeutique ; elle est le temps nécessaire aux trois sujets en présence (le bébé, la mère, le psychomotricien), pour s'observer, faire connaissance, établir des liens de familiarité* » [22, p73].

Les compétences relationnelles d'Hugo

Si l'on s'intéresse plus particulièrement à ses capacités sensorielles, et notamment au **regard**, Hugo est en recherche intense de sa mère, et notamment de la proximité avec elle. Il la regarde intensément, tout en restant dynamique, à l'aise. Concernant le **tact**, lorsque Mme M. est proche d'Hugo il va tendre sa main vers elle et touche son visage. **M. COUVERT** explique que « *La peau du bébé agit aussi comme révélateur du monde extérieur et, plus particulièrement, du lien à l'autre. Ainsi, les flux tactiles permettent au bébé de percevoir les humeurs de la mère, le stress, l'agitation ou l'anxiété de l'autre maternel* » [15, p14]. Avec cette recherche de contact, Hugo peut percevoir l'attitude de sa mère. Mme M. m'explique que lorsqu'il lui arrive d'avoir des frayeurs nocturnes ou quand il pleure, elle lui laisse un de ses foulards à disposition, et cela semble l'apaiser. J'en déduis que **l'odeur** de sa mère constitue un moyen d'apaisement et de soulagement. Les capacités **vocales** d'Hugo sont très intéressantes à prendre en compte dans la relation, car durant la séance, après quelques instants d'interactions avec moi, et Mme M. en léger recul, il a pu pleurer pour l'appeler. En effet le pleur permet de faire déplacer la mère jusqu'à lui, c'est un moyen de maintien de la proximité pour l'enfant. Dès lors, celle-ci l'apaise et le rassure, et il peut par la suite interagir avec elle à travers divers babillages. Hugo maitrise déjà plusieurs vocalises. Durant les moments d'interactions entre eux, j'ai pu voir les **capacités d'imitations** d'Hugo avec sa mère, et notamment lors du sourire. Il semble répondre aux sourires de sa mère par des sourires. Et **M. COUVERT** nous précise « *Au cours des interactions, les réponses d'imitations surviennent en effet comme des affirmations, des acceptations ou des commentaires sur l'action de l'autre. Tout se passe comme si le nouveau-né initiait des séquences d'imitation afin de déclarer, maintenir et renforcer le lien* » [15, p17]. Hugo semble acteur dans la création de ces liens d'attachement avec sa mère.

Les capacités relationnelles de Mme M.:

Lors des temps informels tels que la venue de Mme M. et de Hugo dans la salle de psychomotricité, j'ai pu observer la manière dont Mme M. porte son fils, il s'agit du handling de **D.W. WINNICOTT**. Ce **portage** physique suppose un retour à la manière dont elle fut elle-même portée durant ses plus jeunes années. Ayant grandi dans une culture très différente de notre culture occidentale, Mme M. n'a pas les mêmes références que nous en matière de portage et de tact. Le portage en République Centrafricaine est très dynamique et tonique. Son **regard** reste la plupart du temps fixé sur son fils, elle me parle, répond à mes questions sans perdre le contact visuel avec Hugo. Il s'agit d'un regard plein de bienveillance, d'amour, de fierté, qui semble être narcissisant pour ce nourrisson. Et si l'on regarde plus largement le visage de Mme M. elle semble accentuer

ses mimiques, entre en communication avec lui, en exagérant là aussi ses onomatopées. Je note aussi que Mme M. **chante** souvent des chansons à son fils, des chansons joyeuses, où elle m'explique inventer elle-même les paroles.

4) Projet pour la suite des séances :

Mme M. pose beaucoup de questions concernant le développement psychomoteur. Il me paraît nécessaire de l'aider à comprendre le développement de son bébé en lui apportant des conseils, des outils, et des explications. Ensuite, du fait de ses difficultés socio-économiques, elle exprime des angoisses, de l'anxiété. L'atelier détente lui est proposé chaque séance. Enfin c'est une femme qui a besoin d'être contenue et valorisée dans ses compétences maternelles, je vais venir mettre en avant ses capacités afin de l'aider à gagner en confiance en elle. Je vais, à partir des interactions avec Hugo et de l'observation de son enfant, aider Mme M. à gagner en assurance dans sa maternité. L'objectif du centre maternel concernant cette mère est d'élaguer les conséquences des psychotraumatismes et du déracinement et le suivi en psychomotricité s'inscrit dans cette dynamique institutionnelle.

5) Séances suivantes

Mme M. ayant évoqué à plusieurs reprises, et à différents professionnels ses questionnements concernant le développement de son fils, j'axe cette rencontre sur la compréhension du développement psychomoteur. Je lui présente des affiches qui permettent de comprendre les différentes positions par lesquelles va passer Hugo au cours de son évolution [Annexe n°2, p91]. J'ai pris soin de supprimer les âges d'acquisition pour qu'elle puisse suivre le rythme de son bébé. Elle semble intéressée par cet outil, et elle prend le temps de le déchiffrer. Puis elle me demande « *Et c'est à quel âge qu'il va faire tout ça ?* ». Ayant anticipée cette question je lui explique que ce n'est pas le plus important. Et que Hugo va, grâce à son soutien, ses encouragements et sa sécurité, se développer à son rythme. En effet il est en avance sur les âges d'acquisition des enfants de culture française. Mais elle m'explique qu'en République Centrafricaine elle a marché à 8 mois et que les garçons doivent tenir assis à 4 mois. Je prends le temps de discuter de l'âge de la position assise avec elle.

Mme M. aimerait que Hugo soit assis d'ici un mois, elle commence à l'installer dans cette position. Cependant Hugo n'a pas d'appuis solides, son dos est encore trop hypotonique pour supporter cette position et il tombe vite sur le côté. Mme M. est présente pour le tenir, mais Hugo ne semble pas à l'aise. **L. BARTHELEMY, B.**

GOLSE et **A. BULLINGER**, expliquent « *Il est important de leur permettre de prendre conscience au plus tôt de ce qui se joue pour leur enfant (…) et de les aider à se mobiliser* » [4, p130]. Je m'appuie sur l'affiche que je lui ai apportée pour revenir sur les positions que Hugo a besoin d'expérimenter avant d'arriver à la position assise : les retournements, le rampé et le quatre pattes sont souvent un préalable à la position assise. Puis je lui explique que lorsqu'il est mis dans la position assise, sans l'avoir acquis de lui-même, il va être confronté à plusieurs difficultés. En effet cela entraîne des tensions musculaires, cela raidit ses gestes. De plus il sera dépendant de l'adulte pour découvrir son environnement, cela peut être frustrant.

Il va contracter les muscles de son dos et ses abdominaux de manière intense, et cela entraîne des « *tensions qui vont le gêner dans ses explorations* ». Il pourra être frustré de ne pas trouver son équilibre et ses appuis par lui-même : cela favorise l'irritabilité. Il ne peut pas « *profiter pleinement de sa relation aux autres* » comme nous l'explique **P. PAVY** [45, p122-123].

Mme M. semble à l'écoute de mes explications et de mes conseils. Mais je sens qu'elle est confrontée à deux choses. Elle aimerait que son enfant se développe à la même vitesse que les enfants de Centrafrique. D'un autre côté, elle veut ce qu'il y a de plus adapté pour son fils et elle aimerait suivre mes conseils. Afin de la rassurer je lui explique qu'il faut qu'elle s'écoute elle. Etant la mère de Hugo, c'est elle qui sait ce qu'il y a de mieux pour lui. Et qu'il est important de suivre le rythme d'Hugo, qu'il faut lui faire confiance, qu'au fur et à mesure il va y arriver de lui-même. Cela semble l'apaiser.

Lors de nos rencontres Hugo est installé sur le dos, dans cette posture il est confortablement installé pour jouer, ou se reposer. Il peut évoluer à son rythme, tourner la tête vers nous, combiner des mouvements, trouver des appuis adaptés. Il peut bouger l'ensemble de son corps librement. Tout au long de cette rencontre, Hugo se montre très disponible et coopératif. Il entre bien en interaction avec moi et surtout avec Mme M. J'observe de nombreux sourires de sa part, son babillage se développe de plus en plus, je peux observer de nombreux sons différents. Je reprends ce babillage en disant « *Tu as pleins de choses à raconter, comme ta maman te raconte pleins de choses, tu aimerais lui en dire pleins aussi* ». Cela fait sourire Mme M., c'est un moyen de valoriser ses compétences relationnelles.

Durant les temps de transmission en équipe, les éducateurs évoquent à plusieurs reprises entendre Mme M. chanter dans son appartement, je note que pendant nos temps de rencontre elle chante parfois également. Le chant étant un très bon moyen de renforcer les liens mère-enfant, je vais axer nos prochaines rencontres sur ce plaisir de Mme M. Ainsi pour la suite du suivi les séances présentent cette organisation : un temps de discussion, où Mme M. peut me poser des questions sur le développement

psychomoteur de Hugo, un temps de motricité avec Hugo au sol et un temps de comptines.

Mme M. ayant trouvé une formation professionnalisante, la poursuite du suivi ne peut avoir lieu durant quelques semaines car sa formation se déroule durant mes heures de présence au centre maternel.

Après 3 semaines sans avoir vu Mme M. et Hugo, je les croise dans les couloirs le jeudi 14 mars. Mme M. me dit « *J'aimerais bien jouer sur le tapis avec Hugo* ». Puis elle ajoute *« Et il y a l'atelier détente aujourd'hui ?* ». Je lui confirme un temps de rencontre à 3 en psychomotricité et je la convie à l'atelier détente. Je sens qu'elle apprécie les temps de psychomotricité, qui participe à l'apaisement et à la valorisation de Mme M.

En début d'après-midi Mme M. vient d'apprendre une mauvaise nouvelle juste avant notre séance. Elle doit trouver du travail rapidement, avant ses 19 ans, en mai prochain. En effet, Mme M. est actuellement sans papiers, et trouver un emploi permettrait de régulariser sa situation administrative et d'obtenir un droit de résidence sur le territoire français. Mais le directeur de sa formation lui fait un retour négatif, ce qui est étonnant et contradictoire avec les retours de Mme. M et ses collègues. Elle est totalement découragée, et en se dirigeant dans la salle pour me rejoindre je sens qu'elle est triste et déçue.

Puis dès que l'on s'installe au tapis avec Hugo, elle se montre souriante, semble de bonne humeur et va se montrer attentive à mes conseils tout au long de notre rencontre. Elle semble savoir faire la part des choses entre les difficultés qu'elle peut rencontrer en tant qu'adulte, et sa capacité d'adaptation et ses compétences relationnelles avec son fils. Je souligne cette adaptation pour l'aider à prendre conscience « *Malgré les difficultés que vous pouvez rencontrer dans votre vie professionnelle vous restez souriante et disponible pour Hugo, c'est vraiment très bien et important pour lui* ». Elle sourit et me répond « *Merci* ». Cette remarque vise à l'aider à prendre confiance en elle et en ses capacités maternelles. D'autant plus que la veille elle a demandé à son éducatrice référante « *Est ce que je suis une bonne maman ?* ». Ses interrogations et ses doutes sont encore présents.

Lors de cette rencontre Hugo a désormais 4 mois et demi. Ses coordinations occulo-motrices se précisent. Mme M. m'explique qu'il fait des retournés du ventre jusqu'au dos et inversement, dans son lit. Et quand on lui propose des jouets sur le côté, il tourne son regard et tend son bras pour l'attraper. De plus son corps se décale sur le côté également. Il semble à l'aise dans sa motricité. Et je note qu'il sourit beaucoup et son babillage se développe de plus en plus.

Du fait du plaisir du chant de Mme M. je lui propose une comptine sur le corps « *Le voyage de la petite bête* » [Annexe n°3, p92-93]. Cela permet de joindre le toucher à

la voix et cela aide Hugo à prendre conscience de son corps dans l'interaction. Je lui propose de varier les propositions (chatouilles, pressions, massages, caresses) pour permettre le plaisir des sensations corporelles. Cela semble plaire à Hugo, autant qu'à Mme M. qui observe comment je fais et qui reprend la même chose. **P. BEN SOUSSAN**, précise que les comptines « *Occupent cet espace transitionnel, potentiel, décrit par le pédiatre et le psychanalyste D.W. Winnicott, espace qui, un temps, n'appartient en propre ni aux parents, ni à l'enfant* » [5]. De plus elles facilitent le contact corporel et la voix de l'adulte enveloppe l'enfant.

c) Ce qui se joue de l'attachement pour Mme M. et son fils au travers de l'accueil en centre maternel

À son arrivée dans le centre maternel, et durant les premières semaines Mme M. est insécurisée. La fragilité de Mme M. reste prégnante. Elle s'interroge beaucoup, et se montre anxieuse envers son nouveau rôle de mère. Et son identité est remise en question, du fait de sa demande de régularisation : cela l'insécurise d'autant plus. Son parcours de vie est compliqué et le besoin de contenance, d'accompagnement et de soutien se fait ressentir fortement. La contenance offerte par la structure lui permet peu à peu de prendre confiance en elle et par la même occasion, en ses capacités parentales. Je note que son fils est stimulant et s'adapte facilement à elle. Il est mis en évidence qu'elle se nourrit du **soutien institutionnel**. La psychomotricité vient s'inscrire dans cette cohésion d'équipe. Tout d'abord deux éducatrices sont nommées référentes pour chaque mère du centre maternel. Le fait de savoir que deux personnes sont dédiées à son suivi, permet à Mme M. de trouver une base de sécurité. De plus, elles sont en lien avec l'ensemble des autres professionnels. Cette continuité entre les professionnels permet une base de sécurité d'autant plus grande et renforcée pour les mères qui en ressentent le besoin comme Mme M.. Dans ce contexte, mon intervention est une proposition qui vient soutenir et valoriser Mme M. dans ses compétences, et lui permettre de gagner en confiance en elle.

Mme M. a investi la proposition de participation à **l'atelier détente**. Les séances de relaxation sont basées sur le Do In. Il s'agit d'une technique d'auto-massage et les objectifs de cette technique de détente sont nombreux : prendre du temps pour soi, éveiller ses sens, se relaxer, soulager certaines tensions et douleurs corporelles, prendre conscience de soi, améliorer l'estime de soi et gagner en confiance, apprendre à s'écouter et mieux se connaître, pouvoir reproduire les gestes chez soi. Mme M. peut adapter son toucher, insister sur certaines parties du corps qui en ont besoin ou qui semblent agréables. Elle peut modifier la pression, le rythme, la force, le sens des mouvements.

Enfin, il s'agit d'exercices qui ne mettent pas Mme M. en échec car elle est libre d'apporter sa créativité.

Elle est très preneuse de cette proposition de relaxation. Elle est très ancrée dans le « ici et maintenant » car son passé est traumatique et son futur est incertain. Je ressens que la proposition de l'atelier détente est un besoin pour elle. Quand on se croise dans les couloirs du centre maternel le jeudi matin, elle m'interpelle pour savoir si l'atelier a bien lieu ce matin. Elle fait partie des mères les plus assidues et les plus preneuses.

En séance, j'observe qu'elle entre très vite dans la détente : notamment grâce à la respiration. En effet elle investit particulièrement les moments de respiration, je note un souffle fort, profond qui semble libérateur. Elle prend le temps d'être à l'écoute de son corps, et adapte ses massages durant le Do In. À chaque fin de séance elle a l'air plus apaisée qu'au début, elle exprime se sentir bien, calme, et elle me remercie.

Pour la suite du suivi, je continue mes rencontres avec cette mère et son fils. En m'appuyant sur l'accompagnement du développement psychomoteur de Hugo afin de valoriser et guider Mme M. dans ses compétences maternelles. Je note que Mme M. tient compte de mes conseils et suggestions, elle a lâché prise concernant l'âge des acquisitions de posture pour Hugo. Elle se montre encourageante et stimulante pour son fils. Au fur et à mesure, elle prend confiance en ses capacités maternelles et en son fils. Elle est même fière de me montrer ses progrès et m'explique qu'il rampe sur sa couverture car elle permet de le faire glisser plus facilement. Hugo, quant à lui, s'éveille à son rythme, c'est un nourrisson joyeux, souriant, qui babille beaucoup et qui prend plaisir à expérimenter les possibilités sensori-motrices. Je commence désormais à réfléchir à la fin du suivi et à l'étayage de cette séparation qui peut être difficile pour Mme M. puisqu'elle investit fortement les propositions faites en psychomotricité.

II-4. L'atelier détente

a) Le projet

L'idée de l'atelier détente est venue assez naturellement au cours du stage. Tout d'abord, les anciennes stagiaires avaient déjà mis en place un atelier dédié au bien-être l'année précédente. Les professionnels du centre maternel ont exprimé l'envie de le mettre en place de nouveau, constatant un bénéfice important pour de nombreuses résidentes.

De plus, au cours de la période d'observation, plusieurs points sont revenus, soulignant la nécessité de la mise en place de cet atelier. En effet, pour la majorité des résidentes se sont des femmes :

- seules, avec peu de liens sociaux, d'où l'idée d'un atelier de groupe,
- qui ne prennent pas ou peu de temps pour elles, dont leur quotidien est dédié à leurs enfants,
- qui présentent des angoisses, de l'anxiété.

Étant deux stagiaires psychomotriciennes sur la structure le jeudi matin, nous décidons de le mettre en place à ce moment-là de la semaine. Afin de pouvoir être disponibles et ayant des enfants en bas âge, nous avons mis en place cet atelier en collaboration avec l'EJE. Les enfants peuvent avoir leur espace de jeux, détente, sécurisé et apaisant, en présence de l'EJE qu'ils connaissent et qui peut adapter ce temps en fonction des besoins de chacun.

Une semaine sur deux, l'une de nous deux reste en salle de jeu avec l'EJE et les enfants. Tandis que la deuxième se dirige dans une autre salle avec les mères, afin d'animer l'atelier détente. Nous avons décidé de baser nos séances de relaxation sur le Do In. Il s'agit d'une technique d'auto-massage : « *le Do In se pratique directement sur soi* » [61, p303]. Les objectifs de cette technique de détente sont nombreux : prendre du temps pour soi, éveiller ses sens, se relaxer, soulager certaines tensions et douleurs corporelles, prendre conscience de soi, améliorer l'estime de soi et gagner en confiance, apprendre à s'écouter et mieux se connaître, être acteur de ses soins, pouvoir reproduire les gestes chez soi.

De plus, notons l'avantage principal du Do In : sa simplicité. Il n'y a pas besoin de matériel particulier et « *Il se pratique par n'importe qui, n'importe où et en peu de temps* » [61, p303]. Chacun est libre de ses mouvements, on peut adapter son toucher, insister sur certaines parties du corps qui en ont besoin ou qui semblent agréables. On peut modifier la pression, le rythme, la force, le sens des mouvements. Enfin, il s'agit d'exercices qui ne mettent pas l'individu en échec car il est libre d'apporter sa créativité.

<u>Le cadre des séances :</u>

L'atelier détente est structuré ainsi :

1- Chaque séance que je mets en place commence par un temps de parole bienveillant où chacune peut s'exprimer pour déposer ce dont elle a envie.

2- Ensuite je propose des exercices de respirations, ventrales notamment, afin qu'elles puissent s'ancrer dans l'ici et maintenant et qu'elles rentrent plus facilement en état de détente.
3- Puis, vient le temps de Do In. Les différentes séances que j'ai pu animer, ont varié au niveau des parties du corps massées [Annexe n°4, p94-95].
4- Nous revenons à la respiration, avec des étirements, des bâillements, pour sortir de la détente progressivement.
5- Enfin je propose un temps de parole où chacune peut exprimer ses ressentis.

Au fur et à mesure des séances, je sens que les résidentes sont de plus en plus à l'aise dans l'auto-massage. Je décide d'ajouter à ce protocole, un temps de visualisation, entre le temps de Do In et le temps de respiration, en fin de relaxation.

Les séances se déroulent toujours dans la même salle avec la même disposition : des tapis aux sols pour que les résidentes s'installent, un petit banc, pour moi, placé en face d'elles, pour que mes mouvements soient visibles par toutes. La pièce est plutôt sombre afin d'éviter les stimulations visuelles. J'utilise de la musique douce, et je laisse à disposition des couvertures et des coussins. Cet environnement similaire à chaque séance permet d'installer une routine et un rituel qui sécurise les résidentes et apporte de la contenance.

b) Illustrations

Mme K. est une résidente qui a participé une fois à l'atelier détente. Souvent, quand je lui propose de venir, elle m'explique qu'elle a des courses ou du ménage à faire. Elle semble très soucieuse de prendre soin de son foyer. Le jour où elle est venue à l'atelier, elle semblait préoccupée par plusieurs choses. Tout d'abord, la durée de la séance la questionnait : « Est-ce que je serai revenue chez moi pour finir mon ménage et faire à manger ? ». Je tente de la rassurer en lui assurant que l'atelier ne durera pas plus de quarante minutes et qu'elle aura du temps en fin de matinée pour terminer ce qu'elle a prévu. Tout au long de la séance, j'observe qu'elle prend le temps de faire les mêmes gestes que moi. Elle ne laisse pas tout à fait place à sa créativité puisqu'elle me regarde beaucoup, s'appuie sur mes inductions verbales et le visuel de mes gestes. À la fin de la séance, quand je lui demande si elle souhaite exprimer des choses elle me dit « Je me sens plus dynamique, plus en forme pour continuer mes tâches pour la journée ». De plus elle explique qu'elle a eu la crainte de s'endormir tout au long de la relaxation. J'en déduit qu'elle n'a pas réellement pu lâcher prise.

Mme W. est une résidente relativement discrète et calme. Durant plusieurs semaines je lui propose de venir participer à l'atelier détente, et à chaque fois, elle décline mon invitation poliment. Après 6 semaines de mise en place de l'atelier, m'attendant encore à un refus de sa part, je suis surprise qu'elle accepte de venir participer cette fois ci. Avant le début de la séance, en attendant une résidente qui a un peu de retard, nous prenons le temps de discuter. Sachant qu'elle pratique le massage bébé avec son fils, accompagnée de l'EJE, je lance ce sujet de conversation. Elle m'explique que son fils adore ça, et qu'il se détend tellement qu'il finit par faire pipi en général. Elle ajoute qu'il dort mieux après un temps de massage. Puis vient le moment de choisir un mot qui décrit l'état dans lequel elle se trouve. Mme W. choisit le mot « soleil ». Au cours de l'auto-massage j'observe qu'elle semble détendue, apaisée. À la fin elle peut exprimer un sentiment de légèreté, elle explique que son corps semble plus fluide, qu'elle ressent une circulation agréable dans ses jambes. Au fur et à mesure, Mme W. vient de plus en plus à l'atelier détente. Je note également qu'elle est très à l'écoute de son corps, et qu'elle sait trouver les mots justes lorsqu'il s'agit d'exprimer ses ressentis.

Mme M. est présente dès la première séance de l'atelier détente. Elle est très expressive et déclare qu'elle a mal dormi et qu'elle est donc fatiguée. Lors du temps de relaxation, elle peut faire la grimace, comme si elle avait des douleurs. Puis elle investit le temps de respiration qu'elle semble apprécier : elle souffle très fort, longuement et l'expression de son visage s'adoucie. La respiration est selon elle, le meilleur moyen d'accéder au lâcher-prise. Finalement, à la fin de la séance Mme M. exprime qu'elle se sent mieux et me remercie. Elle semble être portée et soutenue par le groupe qui se forme durant l'atelier détente. Elle explique qu'elle ressent le besoin d'être en compagnie d'autres résidentes. Ainsi, la fois suivante, alors qu'elle est la seule résidente disponible pour l'atelier détente, elle préfère décliner l'invitation.

Conclusion :

La majorité des participantes à cet atelier, ne sont pas sensibilisées à la relaxation, il s'agit alors d'une découverte. Leurs venues aux séances demandent un investissement personnel, corporel et intime. Certaines de ces femmes ont pu subir des violences physiques ou psychiques et leur corps est vécu de manière traumatique. C'est pourquoi il est nécessaire de les accompagner dans la détente, ce qui n'est pas forcément aisé. Dans cet atelier, nous remettons le corps au centre des préoccupations : on est à l'écoute des sensations et des perceptions qui apparaissent, on vient les reconnaître, les mettre en mots. Cet engagement corporel « *réduit les stimuli extérieurs et augmente l'exposition aux stimuli intérieurs, ce qui peut engendrer de l'anxiété* » [61, p248]. Il est essentiel de

pouvoir accompagner la personne, en douceur, dans la régulation des émotions et des sentiments qui s'en dégagent.

La question du groupe pour cet atelier a nécessité des ajustements. Au début de chaque séance, nous prenons le temps de nous installer, afin que chaque résidente puisse trouver sa place dans l'organisation spatiale. De plus, le groupe a permis de mettre chacune en présence des autres tout en même temps être en présence d'elle-même. Et l'enveloppe que chaque résidente se construit au travers du groupe permet de se sentir unifiée, différenciée et installée dans un corps propre [36].

II-5. Le Festival du jeu

Dans un désir d'intégration de projets communs, avec l'EJE, la psychologue, nous avons décidé de mettre en place un « Festival du jeu ». L'objectif de cette semaine, est de proposer des activités aux familles dans le but de les sensibiliser à l'importance du jeu dans le développement de l'enfant et des liens parents-enfants. Durant 5 jours, diverses propositions seront faites : accueil parents-enfants par la psychologue et l'EJE dans l'accompagnement du jeu libre, diffusion d'un film documentaire « *C'est pas du jeu* », sortie à la ludothèque, exposition d'affiches créées et sélectionnées par les stagiaires en psychomotricité et création de jouets avec des matériaux de récupération. Cette semaine s'accompagnera de moments de convivialité (goûters, rencontres) afin de permettre l'échange et le questionnement entre les familles et les professionnels.

Je me suis investie dans la création et la sélection d'affiches dans l'objectif d'attirer l'attention des mères sur l'importance du jeu dans le développement sensori-moteur et psycho-affectif de leurs enfants. Le jeu est un élément fondateur de la vie et **P. BEN SOUSSAN** ajoute « *Jouer, alors, c'est faire l'expérience de Soi, explorer ses contours, ses limites, ses possibilités, de mouvements en émotions. Jouer, c'est agir. C'est être. Pour l'enfant, c'est vivre. Et grandir* » [6, p16]. Jouer c'est faire des expériences, des expérimentations, découvrir des sensations, développer sa créativité, sa socialisation et son autonomie. On dit que le jouet est « *un médiateur de liens, de relations* » [6, p18]. Et comme nous l'avons vu tout au long de ce mémoire, la présence bienveillante et sécurisante des parents est essentielle dans cette forme d'apprentissage. « *Il est nécessaire d'accompagner les enfants sur ces chemins du jeu, de soutenir leur curiosité, leur appétit pour le nouveau, leur sens de l'aventure et leur soif de découvertes. Encouragés, reconnu par les adultes, cet espace du jeu se soutient du désir*

des uns et des autres et de leur plaisir à être ensemble » [6, p19]. Les parents sont le soutien essentiel dont l'enfant a besoin pour jouer, et dans l'attention portée sur leurs enfants ils vont pouvoir créer, renforcer les liens et les interactions entre eux.

Finalement plusieurs thématiques vont être mise en évidence au travers de cette exposition [Annexe n°5, p96] : le développement de l'enfant dans le jeu, le soutien parental ; les encouragements et la confiance mutuelle, les comptines et les berceuses ; premières formes de jeux, la vigilance face aux écrans, des propositions de retour au calme et des idées de jeux sans matériel pour des femmes ayant peu de moyens financiers.

Cette exposition vise à guider les mères dans l'accompagnement de leurs enfants et surtout à leurs permettre de se questionner afin de s'adapter au mieux aux besoins et développement de leur propre enfant. Face à certaines mères démunies, laissant leurs enfants de nombreuses heures sur les écrans, j'espère pouvoir offrir des solutions, des idées qui permettront de renouveler les propositions qu'elles font à leurs enfants.

II-6. Ma place de stagiaire

Au travers de stage expérimental j'ai pu réfléchir et argumenter l'importance de la présence d'un psychomotricien en centre maternel. En effet, par ses spécificités, le psychomotricien semble avoir toute sa place dans ce type d'institution. Il valorise et guide les mères dans leurs capacités parentales, il soutient le développement psychomoteur des enfants tout en accompagnant les familles dans la création des liens précoces parents-enfant. Il assure une fonction d'étayage, de contenance et de sécurité. Cela favorise la mère dans ses compétences, afin qu'elle gagne en confiance en elle. Par ses qualités de disponibilité, d'écoute, de bienveillance ainsi que par sa cohérence, sa fiabilité et sa prévisibilité, le psychomotricien contribue également à l'enveloppe protectrice qui porte la famille vers un apaisement et une dynamique constructive.

De part mon intégration dans l'équipe, je me suis imbriquée dans la base de sécurité créée par l'institution. Ma présence dans cette structure m'a permise d'être un maillon de la « chaîne de sécurité » vis-à-vis des familles.

Toute la complexité de mon rôle de stagiaire réside dans le fait de faire sa place dans une équipe déjà construite tout en justifiant ma présence en tant que future

professionnelle. En stage expérimental on se trouve confronté à une équipe de professionnels, bienveillants, mais qui attend des retours concernant la psychomotricité. De plus, c'est une profession dont ils ne connaissent pas toujours l'intérêt et les objectifs. Je me suis questionnée, remise en question, afin d'apporter un regard le plus juste et le plus professionnel possible. Cette place de stagiaire a pu réactiver mon système d'attachement : je me suis trouvée face à des situations stressantes comme prendre la parole en réunion de synthèse. Au travers des réunions de supervision avec mes maîtres de stages, des cours de supervision à l'IFP, des retours constructifs du cadre vis-à-vis de mon engagement dans le stage, de l'acceptation des famille et des conseils des professionnels j'ai pu gagner en confiance en moi et me sentir sécurisée.

Puis différents questionnements sont venus faire écho à ma place de stagiaire :

- Durant plusieurs après-midi de suite j'ai pu me retrouver sans suivi, ni rencontre prévue avec des familles. *Je me suis interrogée sur cette frustration, ce sentiment d'être « inutile »*. Puis au fur et à mesure de mon stage j'ai pris conscience que toutes les rencontres impromptues, un regard bienveillant, un sourire ou un simple échange verbal pouvaient apporter beaucoup. La disponibilité et la qualité de présence sont déjà très importantes pour ces familles.

- *Comment rester crédible sans aucune expérience de maternité ?*

- *Comment réagir face à des mères démunies, voir inadaptées pour leur enfant ?*

Cette expérience de stage, cette remise en question permanente m'a aidé à travailler mes capacités d'adaptations et m'a ouvert les yeux sur la nécessité du travail en réseau. L'échange, la communication, la pluridisciplinarité me semblent essentiels dans un accompagnement soutenant et constructif.

Conclusion

Tout au long de mes différents stages j'ai réalisé à quel point l'attachement est un besoin essentiel qui permet à l'enfant de trouver sécurité et réconfort par un lien privilégié et qualitatif avec ses figures d'attachement. Grâce à cette base de sécurité il va pouvoir explorer le monde qui l'entoure, expérimenter et éveiller sa curiosité. Cette découverte de lui-même et de son environnement lui permet de se développer harmonieusement. Et la boucle sécurité-exploration se joue dans l'ensemble des sphères développementales de l'enfant : sensorielle, motrice, affective, psychologique.

Les adultes de l'entourage proche de l'enfant deviennent figures d'attachement lorsqu'ils répondent de manière adaptée à ses besoins. Cette sensibilité à répondre de manière satisfaisante aux signaux du bébé dès la naissance, et les capacités relationnelles du nourrisson, sont indispensables pour établir un attachement de type sécure. Permettre à l'enfant de développer un attachement sécure est un enjeu majeur puisqu'il lui permet d'établir davantage de compétences sociales et de relations sécures. Ce sont des enfants qui présentent une meilleure adaptation, de meilleures compétences d'apprentissage et une plus haute estime d'eux-mêmes.

Le psychomotricien, par sa spécificité, est attentif au développement psychomoteur de l'enfant ainsi qu'au soutien de la fonction parentale tout en tenant compte de la relation parents-enfant. Cette spécificité se traduit par son attention aux accordages corporels parent-enfant tels que le dialogue tonico-émotionnel, sa capacité à accompagner les postures, les gestes et le non verbal pour décoder et accompagner la relation familiale.

Le centre maternel est un lieu d'hébergement et de prévention où le psychomotricien trouve sa place au sein d'une équipe pluridisciplinaire : il observe, écoute, valorise les compétences de l'enfant et des parents, guide, conseille, accompagne, étaye et rassure la famille. Ainsi il favorise et soutient les interactions précoces et donc les liens d'attachement au sein de la famille.

Au delà des structures de prévention et d'accueil parent-enfant, les liens d'attachement peuvent être réactivés à tout âge. Ainsi, le psychomotricien, disposant d'un champ d'intervention large, peut y prêter attention auprès de chaque patient qu'il rencontre.

Finalement mon intérêt pour les liens d'attachement m'a amené à approfondir puis à dépasser le cadre de la relation parents-enfant. Mes questionnements ont évolué vers une réflexion sur les liens d'attachement thérapeute-patient et jusqu'à la conscience de l'importance d'une base de sécurité pour chaque individu, tout au long de la vie et dans l'ensemble des sphères sociales. Il me paraît aujourd'hui nécessaire voire indispensable que l'ensemble des professionnels du social et du soin puissent être eux-mêmes sécurisés dans leurs fonctions afin d'être un soutien solide pour ceux qu'ils accompagnent.

C'est avec cette conscience des processus d'attachement que je travaillerai dorénavant, en lien avec les équipes, les patients et l'ensemble des individus impliqués dans la chaîne de sécurité.

Bibliographie

- [1] ANZIEU-PREMMEREUR, C. (2004). Le jeu dans les thérapies parents-bébés. *Revue française de psychanalyse, 68*(1), 143-155.
- [2] BALLET, A. (2015). *La fonction d'étayage du psychomotricien dans la relation parents-enfant.* Bordeaux : Mémoire de psychomotricité.
- [3] BARRE-MINARD, P. (2018). *Être psychomotricien en centre maternel : accompagnement d'une parentalité en construction*. Bordeaux : Mémoire de psychomotricité.
- [4] BARTHELEMY, L., GOLSE, B., BULLINGER, A. (2004). Apport de l'examen sensori-moteur dans l'évaluation du type et de la qualité de l'attachement chez le bébé. *La Psychiatrie de l'enfant, 47*(1), 103-132.
- [5] BEN SOUSSAN, P., et al. (2001). *1, 2, 3… comptines !*. Erès.
- [6] BEN SOUSSAN, P. (2002). Enjouer les bébés !. *Spirale, 24*, 13-19.
- [7] BEN SOUSSAN, P. (2007). *La parentalité exposée.* Erès.
- [8] BOUFFARD, C. (2015). *Psychomotricité et parentalité: comment le psychomotricien peut-il accompagner la parentalité et étayer le développement de l'enfant? Réflexions sur l'homoparentalité.* Bordeaux : Mémoire de psychomotricité.
- [9] BOUKOBZA, C. (2007). *Les écueils de la relation précoce mère-bébé.* Erès.
- [10] BOWLBY, J. (2006). *Attachement et perte, Volume 1 : L'attachement.* PUF.
- [11] BUCHER, H. (2004). *Développement et examen psychomoteur de l'enfant.* Masson, 1-42.
- [12] BYDLOWSKI, M. (2000). *Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité.* Odile Jacob.
- [13] Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : http://www.cnrtl.fr/definition/
- [14] COUSIN, D. (1982). L'investissement du dialogue tonique , sa place dans la genèse de la communication. *Enfance, 35*(5), 363-385.
- [15] COUVERT, M. (2011). *Les premiers liens*. Fabert.
- [16] CROCQ, M-A., GUELFI, J-D., (2015). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* Elsevier Masson.
- [17] CRAMER, B., et al. (1997). *Transmettre la vie.* Erès.
- [18] Décret de compétence du psychomotricien : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000693097&categorieLien=cid

- [19] DELAGE, M., et al. (2004). Application de la théorie de l'attachement à la compréhension et au traitement du couple. A propos d'une recherche. *Thérapie Familiale, 25*(2), 171- 190.
- [20] DELAGE, M & MARTEL, L. (2018). *L'attachement dans la petite enfance.* Philippe Duval.
- [21] DUGRAVIER, R., GUEDENEY, A., et al. (2009). Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 57*(6), 482-486.
- [22] GAUBERTI, M. (1993). *Mère - enfant : à corps et à vie. Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces.* Masson.
- [23] GOLSE, B. (2017). Ce que le bébé transmet aux adultes : (plaidoyer pour une modélisation d'une transmission ascendante, du bébé vers les adultes). *Enfances & Psy*, *75*(3), 116-126.
- [24] GORZA, M., et al. (2018). Promouvoir la santé de l'enfant en soutenant les compétences parentales : l'action de Santé publique France, *Enfances & Psy, 77*(1), 37-48.
- [25] GUEDENEY, N. & GUEDENEY, A. (2006). *L'attachement : concepts et applications, 2ème édition,* Masson.
- [26] GUEDENEY, N. & GUEDENEY, A. (2009). *L'attachement : approche théorique, du bébé à la personne âgée, 3ème édition,* Masson.
- [27] GUEDENEY, N. (2010). *L'attachement un lien vital.* Yapaka.
- [28] GUEDENEY, N. (2011). Les racines de l'estime de soi : apports de la théorie de l'attachement. *Devenir, 23*(2), 129-144.
- [29] GUEDENEY, N. (2012). L'implication des parents en néonatologie et le processus de caregiving. *Devenir, 24*(1), 9-34.
- [30] GUEDENEY, N. & GUEDENEY, A. (2016). *L'attachement : approche clinique et thérapeutique.* Masson.
- [31] JEGOU, S. (2014). *Les liens d'attachement: un tremplin pour la vie. Regard singulier du psychomotricien en Protection Maternelle et Infantile.* Bordeaux : Mémoire de psychomotricité.
- [32] Journée des Familles 2018, conférences : *Toutes ces questions que l'on se pose sur nos enfants*, 24 Novembre 2018, Bordeaux.
- [33] LAMBOY, B. (2009). Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept. *Devenir, 21*(1), 31-60.

- [34] LAMOUR, M. (2013). *La paternalité et ses troubles.* Fabert.
- [35] LANCEREAU, V. (1999). *Quand le tonus devient dialogue, ou la psychomotricité en faveur de l'attachement familial des nouveau-nés hospitalisés*. Bordeaux : Mémoire de psychomotricité.
- [36] LATOUR, A-M. (2016). Les organisateurs du groupe en psychomotricité et dans les ateliers à médiations : pare-excitants et attracteurs. *Thérapie Psychomotrice -et Recherches-, 181*.
- [37] LEBOVICI, S. (1995). Les interactions fantasmatiques. *Journal de pédiatrie et de puériculture, 2,* 94-98.
- [38] MAZET, P. & STOLERU, S. (2003) *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, développement et interactions précoces*, *3ème édition,* Paris, Masson, p.363.
- [39] MELLIER, D. (2008). *Observer un bébé : un soin.* Erès.
- [40] MELLIER, D., GRATTON M. (2015). Éditorial. La parentalité, un état des lieux. *Dialogue, 207*(1), 7-18.
- [41] MILJKOVITCH, R. (2001). *L'attachement au cours de la vie.* Le fil rouge, p43-44.
- [42] MOLENAT, F. (2012). *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains.* Erès.
- [43] NEYRAND, G. (2017). *L'évolution des savoirs sur la parentalité.* Fabert.
- [44] NORMAND, M. (2013). *Quand les regards se croisent… Intérêts d'une consultation conjointe pédiatre-psychomotricien dans le cadre du suivi de la grande prématurité.* Bordeaux : Mémoire de psychomotricité.
- [45] PAVY, P., RAULT, C. (2017). *Accompagner l'éveil psychomoteur de bébé : le bien-être du tout-petit de la naissance à la marche.* Mango.
- [46] PETIT, L. (2004). Désir d'enfant. *Spirale, 32*(4), 19-26.
- [47] PIERREHUMBERT, B. (2003) *Le premier lien, théorie de l'attachement,* Odile Jacob.
- [48] PIGNOL, J., LOCHELONGUE, V. & FLECHELLES O. (2016). Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né. *Spirale*, *80*(4), 71-80.
- [49] POTEL BARANES, C. (2010). *Être psychomotricien.* Erès.
- [50] PRIEUR, C. (2009). *Détache-moi si tu peux : quel lien peut-on faire en la théorie de l'attachement et la psychomotricité ?*. Bordeaux : Mémoire de psychomotricité.
- [51] PRIOR, V. & GLASSER, D. (2010). *Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement.* De Boeck.
- [52] RAMEAU, L. (2012). *Les incroyables aventure de bébé.* Philipe Duval.
- [53] RAYNAUD POSTEL, A. (2018). Formation : *Bases et concepts de la Théorie de l'attachement*, 14 septembre 2018, Floirac.

- [54] RAYNAUD POSTEL, A. (2018). Conférence animée : *Une autre conscience du lien, L'attachement dans notre quotidien.* 11 octobre 2018, Bordeaux.
- [55] RAYNAUD POSTEL, A. (2018). Conférence : *Le lien d'attachement, un fil rouge pour la vie*, Bordeaux.
- [56] RIAND, R. et al. (2008). Familles et cultures : porter, penser et rêver les bébés. *Spirale, 46*(2), 19-28.
- [57] ROCHEGUDE, A.S. (2018). Attachement et émotions dans le quotidien de l'accueil. *JDPEnfance, 114*, 48-49.
- [58] SABARY-DESCARGUES, V. (2003). Un centre maternel rêvé ou un non lieu : un centre maternel qui n'aurait pas besoin d'exister…. *Empan,49*(1), 108-113.
- [59] SAIVE, A-L., GUEDENEY, N. (2010). Le rôle de l'ocytocine dans les comportements maternels de caregiving auprès de très jeunes enfants. *La revue sage-femme, 10,* 281-288.
- [60] SCIALOM, P., GIROMINI, F., ALBARET, J-M., (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tomes 1.* De Boeck.
- [61] SCIALOM, P., GIROMINI, F., ALBARET, J-M., (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tomes 2.* De Boeck, 2015.
- [62] SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M., *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tomes 3.* De Boeck.
- [63] SELLENET, C. (2007). *Les pères en débat, « Les compétences du bébé au sein de la triade père-mère-bébé ».* Erès, 73-80.
- [64] SHARARA, R., MORO, M.R. (2000). Le portage des bébés. *Journal de pédiatrie et de puériculture,* p.417.
- [65] STERN, D.N. (2012). Une mère soigne son enfant. *Spirale 64*(4), 45-56.
- [66] STERN, D., LEBOVICI, S., JACQUEMAIN, F., GUEDENEY, A. et GOLSE, B. (2001). D'une constellation à l'autre. Une discussion autour du livre de Daniel Stern. *La psychiatrie de l'enfant, 44*(1), 307-326.
- [67] VIAUX-SAVELON, S. (2013). *La parentalité échographique*. Erès.
- [68] WASTERLAIN, A., ALEXANDRE, M., GAUGUE, J., (2017). Observation des interactions précoces mère-bébé en situation de jeu : une revue de littérature des instruments. *Devenir*, *29*(1), 45-67.
- [69] WINNICOTT, D.W. (2010). *Les objets transitionnels*. Editions Payot & Rivages.
- [70] WINNICOTT, D.W. (2014). *La famille suffisamment bonne*. Editions Payot & Rivages.
- [71] www.diplomatie.gouv.fr, « L'abandon et les troubles de l'attachement ».

Table des matières

Remerciements....1

Sommaire....2

Avant-propos....3

Introduction....4

Chapitre 1-Un enfant en développement, des parents en devenir : la construction familiale....6

I- La construction familiale :....6

I-1. Le désir d'enfant....6

a) Désir d'enfant ou désir de devenir parent....6

b) Bébé imaginaire et bébé fantasmatique....6

I-2. Accueillir l'enfant, le rencontrer....7

a) Une rencontre progressive à travers la grossesse....7

b) La naissance....7

c) La continuité du portage psychique vers le portage physique....7

I-3. Les compétences parentales....8

a) Les compétences psychosociales, des compétences parentales....8

b) Leurs qualités....9

c) Leurs émotions....9

d) Le couple parental : une figure de soutien l'un envers l'autre....10

I-4. L'enfant, ses capacités et compétences....11

a) Les compétences sensorielles et communicantes du nourrisson....11

b) Les réflexes archaïques....12

c) La motricité....12

d) Les états de vigilance 13

I-5. Les interactions précoces parents-enfants 14
a) Les interactions fantasmatiques 14
b) Les interactions comportementales 14
1) Interactions visuelles 15
2) Interactions vocales 15
3) Interactions corporelles : le dialogue tonique 16
c*) Les interactions affectives* 17

De la construction familiale à la construction des liens d'attachement 19

II- Les liens d'attachement : 20

II-1. Qu'est ce que l'attachement ? 20
a) Définition 20
b) Historique 20
c) L'attachement d'un point de vue biologique 21

II-2. La théorie de l'attachement 22
a) Définition 22
b) Les systèmes comportementaux ou motivationnels 23
1) Le système d'attachement 23
2) Le système exploratoire 23
3) Le système peur-angoisse 24
c) La notion de sécurité 24
d) Les réactions émotionnelles de l'enfant en détresse 24
1) La peur 25
2) La colère 25
3) La tristesse 25

II-3. Les figures d'attachement 26
a) Définition 26
b) Rôle de caregiver 27
1) Maintenir la proximité physique 27
2) Maintenir la proximité psychologique 27

3) Percevoir et décoder les signaux de l'enfant 27
4) Soutenir les situations d'exploration 28
c) Le soutien des figures d'attachement 28
d) La parentalité sous toutes ses formes 29

II-4. Les différents styles d'attachement 30
a) L'attachement sécure 31
b) L'attachement insécure-évitant 31
c) L'attachement insécure-résistant ambivalent 32
d) L'attachement désorganisé 33

II-5. L'activation du système d'exploration 33
a) Définition 33
b) « Explorons! » 34
c) Le développement psychomoteur 36

III- De la perturbation des interactions aux troubles de l'attachement 40

III-1. Perturbations des interactions 40
a) Des interactions inadaptées 40
b) Devenir parent : l'apparition de troubles 41

III-2. Les troubles de l'attachement 42
a) Les troubles de l'attachement selon les classifications internationales 43
b) Critères alternatifs des troubles de l'attachement 44
1) Le trouble de l'absence d'attachement 44
2) Le trouble de la base de sécurité 45
3) Rupture du lien d'attachement 45
4) Schéma résumé 46

Quelle place prend la psychomotricité dans la création des liens d'attachement ? 47

Chapitre 2 - L'accompagnement du psychomotricien dans la parentalité 48

I- Le centre maternel : 48

I-1. Qu'est ce qu'un centre maternel ? 48

a) Présentation générale : missions et objectifs 48

b) Présentation de l'équipe 49

I-2. Population accueillie et problématiques rencontrées 49

a) Généralités 49

b) La place du père 50

I-3. Les liens d'attachement au centre maternel 50

a) Soutenir les liens d'attachement précoces mères-enfant 50

b) Besoin de dépendance et d'attachement réactivé durant la grossesse 51

c) Attachement des professionnels 52

II- Place et rôle de la psychomotricité en centre maternel 53

II-1. Les modalités de mon stage 53

a) Présentation 53

b) Observations et hypothèses 53

c) Le projet de stage expérimental 55

1) Objectifs 55

2) Méthodes 56

3) Nature des soins en psychomotricité 56

II-2. La spécificité du psychomotricien 57

a) Un regard sur le développement psychomoteur 57

b) Guide, valoriser, étayer, accompagner la famille 59

c) Le cadre en séance de psychomotricité 61

II-3. Exemple d'accompagnement mère-enfant 62

a) Le contexte de la rencontre avec Mme M. et Hugo 62

b) Mon intervention auprès de Mme M. et Hugo 62

1) La première rencontre 62

2) Échanges avec les professionnels....63
3) La mise en place du suivi....64
4) Projet pour la suite des séances....67
5) Séances suivantes....67
c) Ce qui se joue de l'attachement pour Mme M. et son fils au travers de l'accueil en centre maternel....70

II-4. L'atelier détente....71
a) Le projet....71
b) Illustrations....73

II-5. Le Festival du jeu....75

II-6. Ma place de stagiaire....76

Conclusion....78

Bibliographie....80

Table des matières....84

Annexes....89

Annexe n°1

Explorons !

Durant ma période d'observation qui a duré 9 après-midi, j'ai pu pointer mon regard sur diverses caractéristiques de ce lieu de rencontre particulier : la crèche. À travers l'aménagement de l'espace, son investissement par les enfants, les interactions entre les enfants et avec les adultes, l'organisation des différents rythmes de vie, les explorations sensori-motrices et la place que chaque individu occupe j'ai pu souligner des choses qui me paraissent essentielles.

Tout d'abord, c'est la multitude de possibilités offertes aux enfants que je voulais mettre en avant. Du fait de la variété d'espaces présentée aux enfants, ainsi que les possibilités de jeux, de manipulations et de déplacements, les enfants évoluent dans une certaine liberté d'initiative tout en étant sécurisés et accompagnés. Il leur est proposé différentes activités et jouets qui permettent de solliciter l'ensemble de leurs capacités. Je n'ai senti aucun soucis de performance mais plutôt une ouverture à leur spontanéité, un soutien dans l'exploration et un éveil de leur curiosité.

C'est dans ce climat de bienveillance et de plaisir d'exploration que je vais pouvoir mettre en place un projet qui correspond à cette philosophie tout en gardant ma sensibilité et mon regard psychomoteur. Ainsi il me semble intéressant de poursuivre ma réflexion en proposant de nouvelles, ou non, expériences sensori-motrices, qui favoriseront la découverte et la spontanéité des enfants.

Présentation du projet

Ce projet se déroulera le mercredi après-midi, à partir du 20 février 2019 et jusqu'au 29 mai 2019.

Il s'agit de 6 propositions, et j'insiste sur le fait que se sont des propositions et non des activités imposées. L'un des objectifs principaux est le plaisir, le respect et l'écoute des envies des enfants. Ces expériences seront proposées 2 fois dans l'année, à plusieurs semaines d'intervalles, et il s'agira d'observer, de suivre les enfants dans leur cheminement face à ces suggestions. En effet, aucune consigne (outre celles de sécurités) ne sera imposée, l'enfant aura l'entière liberté de se saisir et d'investir l'activité. Cependant certaines suggestions pourront être exposées aux enfants, ils pourront s'en saisir tout comme les ignorer.

J'ai choisi 6 expériences en particulier :

- La pataugeoire,
- Le dessin géant,
- Le toucher massage/passage de balles,
- Les bulles,
- La manipulation de sable magique/pâte à modeler,
- La motricité.

Chaque activité est plus ou moins stimulante, et exige un investissement plus ou moins important de la part des enfants, dans un souci là-encore, de faire vivre une variété de sensations, d'explorations, de découvertes et de curiosités.

Déroulement des séances :

Les ateliers seront proposés à l'ensemble des enfants, et en fonction du nombre d'adultes nous définirons le nombre d'enfants pouvant y participer. Les séances auront une durée variable en fonction de l'intérêt que portent les enfants aux propositions.

Chaque séance sera divisée en 2 parties : tout d'abord la lecture d'un conte, d'une histoire en lien avec l'expérimentation sensorielle et/ou motrice qui suivra. Commencer par un temps de lecture me paraît intéressant pour trouver le calme et pour entrer dans une écoute attentive. Ensuite cela permet le développement du langage, du vocabulaire. Et enfin et surtout cela développe l'imagination, la créativité et la curiosité.

Ainsi je commencerai chaque atelier par un conte/une histoire qui amènera les enfants à l'exploration que je veux leur proposer : par exemple, un conte sur les couleurs pour ensuite faire du dessin, un conte sur une balle pour ensuite faire des passages de balles. Ensuite nous passerons à la partie expérimentale et dynamique où les enfants pourront évoluer aux grés de leurs envies et de leurs découvertes vis-à-vis de l'expérience proposée.

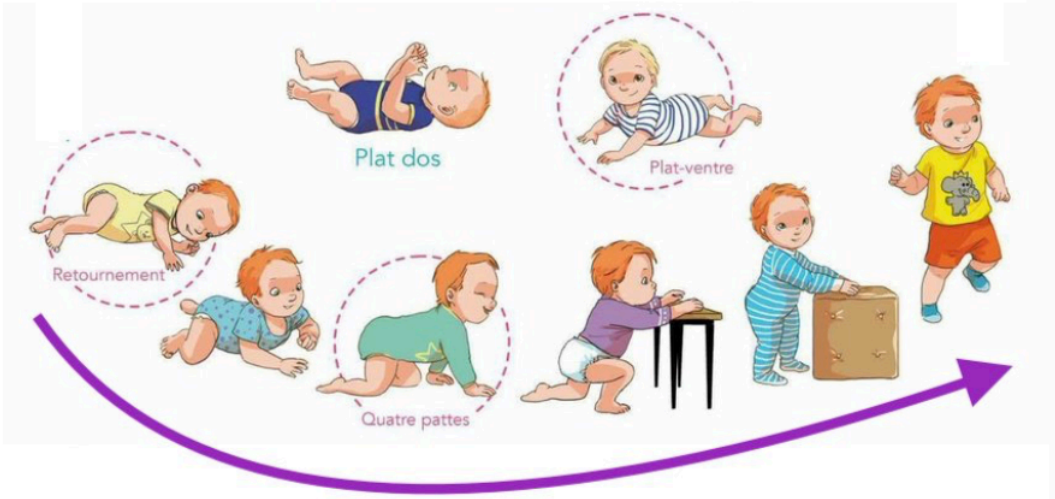
Objectifs :

Pour les enfants les objectifs seront les suivants : jouer, éveiller leur motricité et leur sensorialité, découvrir, inventer, imaginer, être en relation, s'amuser, se développer, gagner en confiance, se connaître et surtout explorer. Mon regard se portera alors sur les différences interpersonnelles, le plaisir de faire, l'appropriation de chaque enfant mais également sur l'évolution des enfants au cours de l'année.

Mathilde Guesdon, le lundi 14 janvier 2019

Annexe n°2

Mes deux positions de bases préférées



Puis j'évolue à mon rythme !

J'ai besoin d'expérimenter ces différentes positions pour construire mon axe corporel et me sentir en sécurité sur mes appuis.















Images trouvées sur internet : **http://marianne-berger.ultra-book.com** et **https://www.valdemarne.fr/cg94**

Annexe n°3

Le voyage de la Petite bête

C'est la Petite bête qui monte, qui monte…
Sur ta jambe… guili-guili



Arrivée sur le pied, Petite bête saute d'un pied à l'autre…
Hop hop hop !



Sur le ventre, Petite bête fait du trampoline…
Hop hop hop !



C'est la Petite bête qui monte, qui monte…
Sur ton bras jusqu'à l'épaule… guili-guili



C'est la Petite bête qui descend, descend…
Sur ton autre jambe… guili-guili



Sur le bras, Petite bête fait du toboggan… Zouaou



C'est la Petite bête qui monte, qui monte…
Sur l'autre bras jusqu'à l'épaule… guili-guili



Sur ce bras, Petite bête fais du toboggan… Zouaou



C'est la Petite bête qui monte, qui monte…
Jusqu'au cou… guili-guili
Autour du cou, des petits massages tout doux, doux, doux,



C'est la Petite bête qui descend, descend jusqu'aux genoux… guili-guili
Autour des genoux, des petits massages tout doux, doux, doux,



Petite bête est toute fatiguée de son voyage
Bonne nuit Petite bête !

Paroles de comptine : **PAVY P.,** *Éveil et bien-être de bébé, 30 activités pour accompagner en douceur sa motricité*, Mango, 2019

Annexe n°4

Relaxation

Séance de relaxation visant à la détente.

Objectif : initier la femme à des enchaînements de respiration, d'auto-massage et de visualisation qui vont l'apaiser et qu'elle pourra refaire chez elle, à n'importe quel moment : c'est une séance simple avec peu de matériel.

Thème : le corps, la respiration et l'esprit.

Déroulement de la séance :

Introduction : Conseils et explications de la séance à base de gestes et des manipulations très douces.

Exercices de respiration ventrale qui permettent de se relaxer :

1) Chauffer les mains entre elles
2) Une main sous le nombril et une main sur le sternum : respirer à son rythme
3) Inspiration/expiration au maximum : on se remplit de bonnes énergies puis on se vide de toutes les mauvaises
4) Expiration petite et longue par la bouche : comme un petit filet d'air chaud

5) Bâillements : ça oxygène tous le corps, c'est un destressant naturel.

Do In :

- de la tête et de la nuque :

1) Chauffer les mains au dessus de la tête puis fermer les yeux.
2) Se masser la tête, le crâne, tout le cuir chevelu
3) On saisit la nuque et on va tirer la peau
4) Avec un pouce, dans le creux en haut de la colonne, appuyer sur cette zone et continuer vers la racine des cheveux, jusque sous l'oreille : c'est un zone qui invite à la détente, elle limite les migraines, les torticolis et les troubles du sommeil.

- du visage :

1) Sur le front : pressions du bout des doigts et adapter la pression à ce qui fait du bien.
2) Pince index/pouce et pincez les sourcils : c'est une bonne façon de libérer les tensions oculaires.

3) Index/majeur/annulaire : appui vraiment doux dans le creux entre le globe oculaire et la crête.
4) Avec les pouces, effectuer de petites pressions au niveau des tempes
5) Descendre les pouces en faisant des pressions au niveau de la mâchoire puis jusqu'au menton.
6) Paumes des mains au niveau des joues : faire bouger les muscles.

7) Les oreilles : pincez, tournez les lobes et déplier les pavillons.

Fin : frotter les mains entre elles puis faire un **noir profond** sur les yeux tout en respirant. On prend le temps de sentir sa respiration : à l'inspiration le ventre se gonfle et il se dégonfle à l'expiration.

Visualisation :

Maintenant on va prendre le temps de s'évader. Donc on va imaginer un jardin agréable où on se sent bien. On prend le temps de sentir l'herbe sous nos pieds. Puis on sent la chaleur du soleil sur notre visage. On va prendre le temps de regarder les fleurs tout autour de nous : il y a beaucoup de couleurs. On peut même sentir les fleurs, entendre les oiseaux chanter. Il peut y avoir des arbres, une rivière, des animaux, on peut imaginer tout ce qui nous plaît et prendre le temps dont on a besoin pour se promener dans ce jardin. Puis petit à petit on va revenir ici, aujourd'hui et maintenant, prendre le temps de s'étirer, ouvrir les yeux doucement.

Conclusion : Terminer par un moment d'échanges : exprimer les ressentis, partager les expériences.

Si il y a des difficultés à exprimer verbalement les ressentis : mettre à disposition des **mandalas** à travers lesquels on peut exprimer ses émotions → Avec des femmes enceintes possibilité de proposer un rapprochement entre la forme du mandala et la forme de leur ventre rond, en leur proposant de transférer les ressentis liés à cette séance vis-à-vis de leur ventre, la relation avec leur bébé, les émotions qu'elles traversent durant la grossesse ou tout autre ressenti personnel.

Support sonore : CD Nature et Découverte « Harmonie Bien-être »

Les premières semaines

LES PLAISIRS SENSORIELS

- Le bébé a besoin de communiquer au travers du **regard** et du **langage**
- Il est sensible au changement de position, au **portage** dans les bras
- Il a besoin d'un **environnement calme** et que l'on respecte son **sommeil**

Développement PSYCHOMOTEUR

- La succion : le bébé à besoin de téter
- Il est allongé sur le dos
- Il réagit au bruit
- Il attrape involontairement
- Progressivement, il tient sa tête droite
- Il est sensible et voit les formes contrastées

Développement AFFECTIF ET SOCIAL

- Le bébé pense ne faire qu'un avec sa mère
- Il reconnaît la voix et l'odeur de ses parents
- Il s'exprime par des gazouillis, des pleurs et des sourires
- Progressivement, il suit des yeux
- Il aime qu'on lui parle, cela le sécurise

JOUETS & ACTIVITES

Mobiles colorés, peluches, doudous, boite à musique douce, berceuses, petites histoires

Inspiration des affiches du service de Protection Maternelle Infantile du Conseil Général de la Vienne.