



HAL
open science

La découverte des troubles du développement de l'enfant vécue par les parents

Solenn Lagadec

► **To cite this version:**

Solenn Lagadec. La découverte des troubles du développement de l'enfant vécue par les parents. Pédiatrie. 2021. dumas-03477408

HAL Id: dumas-03477408

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03477408>

Submitted on 13 Dec 2021

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.

Projet professionnel

La découverte des troubles du développement de l'enfant vécue par les parents.



Illustration réalisée par Solenn LAGADEC

Référente de projet professionnel :
Mme C. VANTOURNHOUDT

École de puéricultrices
IFSanté – Lomme

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été rendue possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner ma gratitude.

Je souhaite tout d'abord remercier ma formatrice référente de projet professionnel, Madame Corinne VANTOURNHOUDT, pour sa patience, sa disponibilité et sa guidance, qui ont contribué à l'élaboration de ce travail de recherche.

Je tiens également à remercier les différentes puéricultrices des structures dans lesquelles se sont déroulés mes entretiens.

Un grand merci à ma maman, Nathalie CHEREL pour ses conseils avisés en matière de syntaxe et de style d'écriture et à ma sœur, Katell LAGADEC, pour son aide relative à la mise en page de ce projet.

Je voudrais aussi exprimer ma reconnaissance envers mes beaux-parents, Sylvie et Denis PASERO pour leurs encouragements.

Enfin et surtout, je tiens à témoigner toute ma gratitude à mon conjoint, Clément PASERO pour son amour et son soutien durant cette année de formation intense.

Merci à toutes et à tous.

Table des matières

I. INTRODUCTION	1
II. CONSTAT	2
A. QUESTIONNEMENT.....	5
III. CADRE DE REFERENCE	6
A. L'ENFANT.....	6
a) <i>Le développement de l'enfant de moins de 3 ans</i>	8
1) Le développement cognitif et intellectuel	8
2) Le développement psychomoteur.....	10
3) Le développement affectif et social.....	12
b) <i>Les troubles du développement</i>	14
1) Les anomalies du jeu	15
2) Les troubles de la communication et de l'interaction sociale	16
B. LA CRECHE.....	18
a) <i>L'enfant en collectivité</i>	20
C. LE PARENT	21
a) <i>La parentalité</i>	22
b) <i>Être parent d'un enfant atteint de troubles du développement</i>	23
D. L'INFIRMIERE PUERICULTRICE.....	25
a) <i>Définition</i>	25
b) <i>Le métier de puéricultrice</i>	26
c) <i>Le rôle de la puéricultrice dans la découverte de troubles du développement</i>	28
1) L'observation.....	28
2) L'intervention précoce	30
d) <i>L'accompagnement des parents</i>	31
1) La communication.....	31
2) La relation d'aide.....	32
3) L'accompagnement	33
e) <i>L'orientation</i>	34
IV. PROBLEMATIQUE	35

V. ENQUETE	36
A. METHODOLOGIE	36
a) <i>Choix et argumentation de la méthodologie</i>	36
b) <i>Choix du terrain et de la population</i>	38
c) <i>Déroulement des entretiens</i>	39
VI. ANALYSE	40
A. POPULATION DE PUERICULTRICES INTERROGEES	40
B. L'ACCOMPAGNEMENT QUOTIDIEN DE LA PUERICULTRICE	42
C. LA MISE EN PLACE DE LA RELATION D'AIDE PAR LA PUERICULTRICE.....	45
D. LA COMMUNICATION DES OBSERVATIONS AUX PARENTS.....	47
E. LES COMPORTEMENTS D'OPPOSITION ET MECANISMES DE DEFENSE DES PARENTS	49
F. L'APPREHENSION DES TROUBLES DU DEVELOPPEMENT ET L'IMPLICATION DES PARENTS	52
G. VALIDATION DES HYPOTHESES EMISES	55
VII. CONCLUSION.....	56
VIII. PERSPECTIVE PROFESSIONNELLE	57
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	I
Annexe 1.....	I
Annexe 2.....	III
Annexe 3.....	VI

I. Introduction

Durant ma formation préparant au diplôme d'état de puéricultrice, j'ai acquis de nombreuses connaissances théoriques indispensables à la prise en soin de l'enfant. J'ai aussi eu l'opportunité de les mobiliser et d'acquérir des compétences pratiques lors de mes différents stages, tels que la maternité, la Protection Maternelle et Infantile (PMI), la pédiatrie, la néonatalogie ou encore la crèche. Quel que soit le service dans lequel la puéricultrice est amenée à exercer, j'ai appris qu'il est primordial de prendre soin de l'enfant mais aussi, de ses parents. La découverte de troubles du développement chez l'enfant est une situation qui peut être vécue difficilement par les parents. Elle peut entraîner de l'anxiété, de fortes émotions comme la peur ou la colère et même être responsable de la mise en place de mécanismes inconscients. En crèche, la puéricultrice est une des premières professionnelles à poser des questionnements sur le développement de l'enfant et donc, à être en première ligne lorsqu'il faut l'aborder avec les parents.

Afin d'étudier la faisabilité et la possibilité de rédiger mon projet professionnel sur le thème de l'accompagnement par la puéricultrice des parents dans la découverte de ces troubles, j'ai effectué des recherches. J'ai remarqué par ce biais et celui des enseignements reçus lors de ma formation, que l'accompagnement de la parentalité est d'autant plus important dans ce type de situation. C'est d'ailleurs pour cette raison, que l'on a pu observer un accroissement considérable de l'usage du concept de parentalité ces dernières décennies. Cela peut paraître tout à fait normal aujourd'hui pourtant, ça n'a pas toujours été le cas. Historiquement, les crèches ont d'abord été créées pour lutter contre la mortalité infantile. A partir de 1860, elles s'inscrivent dans un mouvement hygiéniste excluant totalement la présence des parents. C'est grâce aux travaux de psychologues et à l'initiative des parents, professionnels et associations, que ces pratiques ont changé. Les crèches sont ainsi passées d'une approche médicale à une dimension beaucoup plus sociale.

La situation que je vais vous présenter fait partie de celles que j'ai rencontrées sur le terrain et qui m'ont le plus interpellées. Dans un premier temps, je vais donc relater les faits qui m'ont confronté à des difficultés à l'origine de mon constat. La rédaction de cette situation m'a ensuite amenée à définir ma question de départ. J'aborderai par la suite mon cadre de référence avec l'étude des différentes thématiques de ce projet. Puis, j'en viendrai à la partie concernant l'enquête. Je parlerai de la méthodologie que j'ai utilisée pour recueillir et analyser mes

données. Ce qui me permettra de pouvoir les croiser en comparaison de mon cadre théorique. Enfin, je conclurai et proposerai une ouverture de ce travail.

II. Constat

Dans le cadre d'un premier emploi après l'obtention de mon diplôme en soins infirmiers, j'ai commencé à travailler en tant qu'infirmière dans le domaine de la puériculture. J'ai passé cinq mois à exercer au sein d'une crèche multi-accueil privée de la métropole lilloise. J'ai été interpellée par différentes situations et par les réactions que celles-ci ont engendrées auprès des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire de la structure. Je vais vous exposer la situation vécue sur plusieurs mois et vous expliquer les différents aspects de celle-ci.

En novembre 2019, j'ai intégré cette crèche multi-accueil en tant qu'infirmière. Mon rôle était de contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles au sein de l'équipe, de renforcer le lien, de développer un climat de confiance avec les familles, de garantir l'aspect sécurité, hygiène et paramédical de la structure et d'impulser une véritable réflexion autour du jeune enfant. J'intervenais également auprès de la directrice, puéricultrice de formation, que j'étais chargée de seconder et de remplacer lors de ses absences. Notamment, dans les tâches administratives ainsi que l'accompagnement de l'équipe dans le suivi du développement psychomoteur, affectif et intellectuel des enfants de 2 mois et demi à 3 ans.

C'est dans cet environnement professionnel, que j'ai évolué au sein d'une vingtaine d'enfants et de professionnels de plusieurs disciplines (Éducateur de Jeunes Enfants (EJE), Auxiliaire de Puériculture (AP), Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) en petite enfance, maîtresse de maison, agent d'entretien). Lors de mes cinq mois d'exercice infirmier, j'ai appris à connaître chacun des enfants accueillis. J'ai eu l'opportunité d'observer leurs différents stades de développement et leurs habitudes de vie. J'ai ainsi pu m'adapter à leurs rythmes et leur permettre de s'habituer à ma présence.

Au cours de cette période d'adaptation, j'ai rencontré I. un garçon de 26 mois. J'ai plusieurs fois été interpellée par son comportement. I. présentait un ensemble de troubles que j'ai pu observer au fil des mois et sur lesquels je me suis questionnée. Ma première observation concernait les nombreuses reprises où j'ai été amenée à séparer I. de ses camarades. En effet, des pleurs et des cris survenaient et je m'apercevais alors qu'I. avait mordu un autre enfant.

Dans ce cas, j'appliquais des moyens pédagogiques qui avaient été décidés en accord avec l'équipe et le projet éducatif de la crèche. J'emmenais I. et l'enfant ayant reçu la morsure dans l'espace de change où se trouvait également la pharmacie. Si la peau de l'enfant mordu n'était pas lésée (saignement, hématome, plaie), je prenais un gant de toilette que j'imbibais d'eau fraîche. Je confiais ce gant à I. en lui expliquant qu'il pouvait l'apposer sur la partie du corps de son camarade qu'il venait de mordre. Cette démarche avait pour objectif de sensibiliser I. à la douleur de l'autre enfant et de le faire participer à son rétablissement. Le problème que je rencontrais lorsque je me mettais à hauteur de I. pour lui expliquer ma démarche, était l'absence de contact visuel. L'échange de regards était inexistant avec l'adulte encadrant mais aussi, avec les autres enfants. Au-delà de cette absence de contact visuel, la communication d'I. se trouvait également limitée à quelques mots qu'il répétait, tels que : « papa », « bébé », « animaux », « plus tard », « pas » et à l'écho qu'il faisait de certains mots que je prononçais.

Mon constat s'est aussi appuyé aussi sur l'observation du jeu et des activités de groupe que je mettais en place quotidiennement. Lorsque je sortais un bac de jeux spécifiques, I. se précipitait vers l'armoire pour me faire comprendre qu'il souhaitait que je sorte le bac des figurines d'animaux. Cette demande se répétait à chaque changement de jeu ou d'activité. Lorsque je répondais favorablement à sa demande, I. s'isolait du groupe et s'allongeait sur le sol en ayant préalablement sélectionné ses animaux. Son jeu consistait ensuite à rester allongé en croissant de lune sur le sol et à aligner ses animaux un par un. À l'inverse, lorsque je répondais défavorablement à sa demande, I. saisissait les jouets que je venais de sortir et les lançait mécaniquement derrière lui. Ce qui avait pour conséquence de blesser certains de ses camarades qui se trouvaient par mégarde derrière lui.

Ainsi, j'ai rapidement pu évoquer avec mes collègues ces différents troubles que j'avais constatés. L'équipe m'a alors informée de son anamnèse au sein de la crèche et des différentes entrevues ayant déjà eu lieu avec les parents de I. J'ai également consulté son dossier et questionné le médecin référent de la crèche. J'ai pu aborder la situation de ce garçon qui me posait question avec la directrice de la structure. Elle m'a évoqué le passage imminent de la neuropédiatre et m'a demandé de la contacter pour convenir avec elle des sujets que nous souhaitions aborder à l'ordre de la réunion. A la suite de cette réunion et en accord avec le médecin de crèche, nous avons convenu qu'un nouvel entretien avec les parents d'I. serait important au regard de ses retards d'acquisition et de ses troubles du comportement qui se pérennisaient.

Les parents ont accepté le rendez-vous. La directrice, le médecin et moi-même étions présents. Nous avons écouté activement ces parents afin de percevoir comment I. se comportait dans le cercle intrafamilial, avec ses parents ainsi que ses trois frères aînés. Ils nous ont confié ne pas éprouver de difficulté majeure avec leur enfant et trouver son développement similaire à celui de ses frères au même âge. J'ai alors évoqué avec eux quelques troubles que nous avons constatés lors de son accueil journalier à la crèche notamment, lors des jeux. L'entrevue s'est conclue par la réassurance du médecin, les invitant à prendre contact avec un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) de la métropole lilloise dans le but de procéder à d'éventuels dépistages de déficits sensoriels, moteurs ou mentaux pouvant être responsables des troubles du garçon.

Après quelques semaines, je suis revenue vers ses parents afin de faire suite à cet entretien et de faire preuve d'écoute et de soutien à leur parentalité. Je devais également m'assurer qu'ils avaient eu la possibilité de prendre rendez-vous avec le CAMSP, à la demande du médecin de crèche. J'ai alors fait face à des parents dans l'opposition de ma demande. Ils m'ont expliqué qu'ils n'éprouvaient pas la nécessité de consulter. Je les ai rassurés puis, j'ai mis un terme à ma démarche qui les mettait à mal. J'ai ensuite demandé leur accord pour contacter leur pédiatre de référence. Ils ont acquiescé, ce qui m'a permis de m'informer auprès d'elle du bon déroulé de la visite des 2 ans d'I. et de son évolution. La pédiatre m'a informée avec l'accord des parents, qu'elle avait déjà pu les rediriger vers le CAMSP lors de la visite du 9^e mois d'I. Quelques semaines se sont ensuite écoulées sans avoir eu l'occasion d'en rediscuter avec les parents.

L'entrée à l'école d'I. était prévue en septembre 2020. La crise sanitaire de la covid-19¹ est alors survenue et nous avons dû procéder à la fermeture de la crèche à la fin du mois de mars 2020. J'ai alors appris qu'I. ne reviendrait pas au sein de la structure. Ses parents ne souhaitaient plus qu'il réintègre la crèche avant les vacances d'été. Il allait ensuite être gardé par ses grands-parents avant d'intégrer l'école à la rentrée de septembre 2020.

¹ Covid-19 : Souche d'un virus de la famille des coronavirus, qui est à l'origine d'infections oto-rhino-laryngées bénignes ou plus sévères. Gouvernement. *Comprendre la Covid-19* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/comprendre-la-covid-19> (Consulté le 10/10/20).

C'est dans ce contexte que des questionnements concernant la réaction de ces parents face à la découverte des troubles de leur enfant me sont parvenus. C'est à ce titre que je me suis interrogée sur le rôle de la puéricultrice dans l'accompagnement de ces parents.

A. Questionnement

Après avoir été interpellée par la situation professionnelle que je viens de décrire, celle-ci m'a questionnée. Les interrogations que ce constat a soulevées sont les suivantes :

- Les morsures d'I. et son isolement durant les activités de groupe révèlent-ils des troubles de l'interaction sociale ?
- L'absence de contact visuel, le retard d'acquisition du langage et la répétition de mots caractérisent-ils des troubles de la communication ?
- L'obsession et la répétition du même jeu peuvent-elles être considérées comme des anomalies du jeu ?
- L'action de lancer des objets derrière lui de manière répétée et l'alignement des figurines d'animaux peuvent-ils être considérés comme des comportements stéréotypés ?
- Les troubles d'I. sont-ils réversibles ?
- Quel est l'impact des troubles d'I. sur son développement ?
- Les comportements d'I. correspondent-ils à des signes cliniques précoces du spectre autistique ?
- Les parents d'I. ont-ils conscience des troubles de leur enfant ?
- Quels sont les mécanismes inconscients qui entrent en jeu dans le comportement des parents d'I. ?
- L'opposition des parents d'I. traduit-elle la mise en place de mécanismes de défense ?
- Quels sont les mécanismes de défense qui interviennent dans la découverte des troubles d'un enfant de moins de 3 ans ?
- Comment le comportement des parents impacte-t-il le dépistage des troubles de leur enfant ?
- Quelles peuvent être les répercussions du retard de dépistage sur le développement d'I. et son entrée à l'école ?
- Qu'est-ce que la puéricultrice est autorisée à rechercher et à demander à ces parents dans le respect de leur rythme et de leur vécu psychique ?

- Quels sont les enjeux psychiques de la relation d'aide entre la puéricultrice et les parents en structure d'accueil du jeune enfant ?
- Quel est l'impact de la découverte des troubles d'I. sur ses parents ?
- Comment l'accompagnement de la puéricultrice impacte-t-il le comportement des parents d'I. ?
- Quels sont les différents moyens pouvant être mis en place par la puéricultrice dans l'accompagnement de ces parents ?

L'ensemble de ces interrogations m'a mené vers la rédaction de l'ébauche de ma question de départ, qui était : « En quoi l'accompagnement de la puéricultrice en structure d'accueil du jeune enfant peut-il permettre aux parents de surmonter le diagnostic de troubles de leur enfant ? ». Lors des suivis collectifs de projet professionnel, il m'a été conseillé à juste titre de reformuler cette ébauche en ciblant la population et la structure concernées mais aussi, d'évoquer la découverte des troubles plutôt que leur dépistage. En effet, mon constat relate qu'aucun diagnostic n'a encore été posé sur la nature des troubles d'I. Après réflexion, ma question de départ est devenue la suivante :

« En quoi l'accompagnement de la puéricultrice en crèche impacte le comportement des parents lors de la découverte des troubles du développement de leur enfant de moins de 3 ans ? »

C'est donc à partir de ma situation d'appel et de cette problématique que j'ai souhaité construire ce travail de recherche. Dans un premier temps, je développerai mon cadre de référence en corrélation avec le thème que j'ai choisi. Dans cette partie, j'ai fait le choix de ne pas dissocier mon cadre contextuel de mon cadre conceptuel. Puis secondairement, j'exposerai mes hypothèses de recherche et la méthodologie d'enquête que j'ai choisi d'utiliser. J'effectuerai ensuite l'analyse des entretiens que j'ai menés auprès de puéricultrices, que je confronterai à l'étude de mon cadre de référence.

III. Cadre de référence

A. L'enfant

Selon la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (CIDE) établie en 1989, « [...] un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la

*majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable*². » Cette description est appuyée par le dictionnaire du Larousse qui définit l'enfant comme un « *Garçon ou fille dans l'âge de l'enfance*³ » et l'enfance comme correspondant à la « *Période de la vie humaine qui va de la naissance à l'adolescence*⁴. »

En pédiatrie, il est possible de distinguer les enfants de bas âge (moins de 3 ans), des enfants d'âge moyen (3-7 ans), des grands enfants (8-11 ans) et des préadolescents et adolescents (12-17 ans) selon M. DUPONT, directeur d'hôpital et chargé d'enseignement à Paris et C. REY-SALMON, pédiatre, médecin légiste et coordinatrice des urgences médico-judiciaires à Paris, dans leur ouvrage « *L'enfant et l'adolescent à l'hôpital*. » La tranche d'âge touchée par le vocable de l'enfance est donc large et peu spécifique. C'est d'ailleurs ce dont je me suis rendu compte au cours de mes lectures. Pour autant, elle n'est pas dénuée de sens, puisqu'elle détermine le champ de compétences de différents services et acteurs publics du domaine de la petite enfance. À titre d'exemple, voici les conditions d'âge associées à ces différents services :

- Crèche : 0 – 3 ans
- Halte-garderie, jardin d'enfant ou jardin d'éveil : 0 – 6 ans
- École maternelle : 2/3 – 6 ans

Mon projet professionnel et la question de départ que j'ai formulée ciblent l'enfant de moins de 3 ans. Ma recherche se précisera donc sur l'étape de la petite enfance. Cette période suit l'état de nourrisson. Sa durée varie en fonction des représentations et s'appuie sur la scolarité française. Elle peut ainsi être considérée comme allant de la naissance jusqu'à l'âge de 3 ans, âge de l'entrée à l'école maternelle en France. En effet, depuis la rentrée de septembre 2019, l'article L. 131-1 du Code de l'éducation dispose que « *L'instruction est obligatoire pour chaque enfant dès l'âge de 3 ans et jusqu'à l'âge de 16 ans*⁵. »

² Assemblée générale des Nations Unies. *Convention internationale des droits de l'enfant* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx> (Consulté le 10/10/20).

³ Larousse. *Dictionnaire de langue française* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enfant/29439> (Consulté le 14/11/20).

⁴ Larousse. *Dictionnaire de langue française* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enfance/29436> (Consulté le 14/11/20).

⁵ Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, Légifrance. *Code de l'éducation modifié par la loi n°2019-791 du 26 juillet 2019, Article L131-1* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006166564/> (Consulté le 14/11/20).

La petite enfance est aussi riche de possibilités que de temps d'exploration, d'expérimentation et de maîtrise du changement. C'est une période cruciale au cours de laquelle l'enfant adopte progressivement un comportement favorable à l'apprentissage et cherche à découvrir le monde extérieur. C'est aussi une période de grande vulnérabilité où l'intégration de normes et d'arguments en faveur du développement sont nombreux. L'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) considère que les huit premières années de vie de l'enfant sont cruciales pour son développement.

a) Le développement de l'enfant de moins de 3 ans

1) Le développement cognitif et intellectuel

Dans son ouvrage « *Les stades du développement de l'enfant* », L. MAURY, docteur en psychologie, chercheuse au Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) et chargée de cours à Paris, décrit qu'au début du XX^e siècle, la psychologie de l'enfant est au centre de tous les objets d'études. C'est durant cette période que la psychologie de l'enfant apparaît découpée en stades de développement. Elle explique que cette découpe se joue entre la France et la Suisse de 1930 à 1960. La psychologie se centre alors sur deux psychologues qu'elle oppose dans son ouvrage. L. MAURY explique que les travaux de WALLON et PIAGET « *suscite le parfait malentendu*⁶. » En effet, H. WALLON (1879-1962), médecin, psychologue et homme politique français, définit le développement de l'enfant comme une succession d'étapes aboutissant à la constitution d'une personne. C'est-à-dire que les stades de développement coïncident avec la construction de la personnalité de l'enfant. En revanche, pour J. PIAGET (1896-1980), psychologue, biologiste et pédagogue suisse, le développement ne se résume qu'à de l'intelligence. Les stades qu'il décrit sont les mêmes que ceux de l'intelligence. Pour comprendre le développement d'un enfant de moins de 3 ans et ses spécificités, j'ai donc décidé de porter ma réflexion autour de leurs travaux.

Selon WALLON, la personnalité est une construction progressive dans laquelle s'intègre deux fonctions principales : l'affectivité liée aux sensibilités internes orientées vers le monde social

⁶ Liliane MAURY. *Les stades du développement de l'enfant* [en ligne].

Disponible sur : <https://www.cairn.info/theories-du-developpement-de-l-enfant--9782804115951-page-265.htm> (Consulté le 14/11/20).

de l'enfant d'une part (construction de sa personne) et l'intelligence liée aux sensibilités externes orientée vers le monde physique (construction de l'objet) d'autre part. Le développement de la personnalité progresse alors selon une succession de stades qui répondent à une hiérarchie entre ces deux fonctions. Dans son travail, ce psychologue assimile l'enfant de moins de 3 ans à deux stades successifs :

- Le premier stade comprenant le stade impulsif de 0 à 3 mois, qui se caractérise par un désordre gestuel et le stade émotionnel de 3 mois à 1 an, qui s'organise progressivement en émotions différenciées grâce à l'intervention de l'entourage de l'enfant.
- Le deuxième stade comprenant le stade sensori-moteur de l'âge d'1 an à 2 ans et demi, qui permet à l'enfant de développer deux types d'intelligence : l'« intelligence pratique » liée à la manipulation d'objets et l'« intelligence représentative » liée à l'imitation et au langage et le stade projectif de 2 ans et demi à 3 ans, qui se caractérise par la pensée naissante.

Tandis que selon PIAGET, l'intelligence se construit progressivement et se caractérise par le fait que l'enfant comprenne le monde qui l'entoure d'une façon différente au fur et à mesure qu'il avance en âge. Pour lui, le développement de l'enfant est intimement lié à ses interactions avec l'environnement. L'enfant fait ses expériences au travers des jeux pour comprendre comment fonctionne ce qu'il l'entoure. En grandissant, il vit plusieurs remaniements qui bouleversent sa conception du monde environnant, ce qui lui permet de changer de stade. Une fois cette nouvelle étape franchie, il ne peut pas revenir en arrière. Dans son travail, ce psychologue intègre l'enfant de moins de 3 ans entre deux stades sur les quatre qu'il décrit au total :

- Le stade sensori-moteur de 0 à 2 ans, qui est dominé par l'action et la perception. L'enfant progresse grâce à une « intelligence pratique » et s'étonne de l'action qu'il peut avoir sur un objet. Il se situe encore entre les réflexes archaïques dont il dispose à la naissance et la découverte des situations de l'environnement dans lequel il évolue et auquel il est confronté. Il ne se différencie pas encore de son milieu.
- Le stade pré-opératoire de 2 à 7 ans, qui est dominé par la représentation symbolique. L'enfant élabore des images dans sa pensée à partir d'objets de son environnement. Sa pensée est égocentrique. Il ne fait pas la distinction entre sa pensée et celle des autres.

Malgré un point de vue opposé sur le développement global, je constate que WALLON et PIAGET se rejoignent pour dire qu'une partie majeure du développement de l'enfant de

moins de 3 ans se définit par le stade sensori-moteur. Les psychologues s'accordent pour dire qu'à ce stade, l'intelligence est pratique. L'enfant construit peu à peu la notion d'objet au cours d'interactions psychomotrices variées et notamment, du jeu.

2) Le développement psychomoteur

Un enfant oriente spontanément ses activités vers le jeu. C'est donc par le biais du jeu qu'il réalise ses premiers apprentissages. Il découvre ses capacités et les améliore. C'est pourquoi le choix d'un jeu selon l'âge et l'habileté de l'enfant se révèle important dans son développement psychomoteur. Pour décrire les grandes étapes du développement psychomoteur, je me suis aidée du guide « *Observer et accompagner le développement de l'enfant de 0 à 6 ans* » réalisé par des professionnels de la petite enfance appartenant au service de PMI du département de l'Aube (10). Il s'agit bien entendu d'une base indicative des capacités psychomotrices en fonction d'une tranche d'âge prédéfinie. Chaque enfant est unique et évolue selon un rythme qui lui est propre.

- « *Les plaisirs sensoriels de 0 à 3 mois⁷* » : le bébé présente un besoin de succion pour se nourrir et s'apaiser. Il aime retrouver la position fœtale et commence à redresser sa tête. Les réflexes archaïques disparaissent progressivement. Le réflexe d'agrippement laisse place à la préhension involontaire au contact d'un objet. Le bébé est attiré par des jouets sonores aux couleurs contrastées. Il reconnaît le visage rapproché et la voix de ses parents. Il s'exprime par gazouillis, pleurs et sourires.
- « *La découverte du corps de 3 à 6 mois⁶* » : le bébé est capable de tenir sa tête, soulever son buste et commence à se tenir assis avec appui. Il se retourne seul du ventre sur le dos, effectue des mouvements de pédalage et aime jouer avec ses pieds et ses mains. Il a une préhension globale et palmaire. Le bébé est attiré par les portiques et les jouets de tissus différents. Il voit précisément les visages et distingue les couleurs. Il fait des vocalises, des mimiques et rit aux éclats.
- « *La grande activité musculaire de 6 à 9 mois⁶* » : le bébé tient assis seul, peut se soulever jusqu'à la position assise. Il rampe, se déplace à quatre pattes et commence à

⁷ PMI, Protection maternelle et infantile de l'Aube. *Observer et accompagner le développement de l'enfant de 0 à 6 ans* [en ligne]. Disponible sur :

https://www.aube.fr/uploads/Externe/ab/59_1458203865_pdf_HD_page_par_page.pdf (Consulté le 21/11/20).

se mettre debout en se tenant. Il comprend qu'il est un individu distinct de sa mère et s'inquiète face aux étrangers. Il a une préhension en pince et passe les objets d'une main à l'autre. Il applaudit, fait les marionnettes, dit au revoir et joue à cache-cache. Le bébé est attiré par des jouets de différentes matières et des formes à empiler / encastrer / emboîter. Il jette inlassablement ses jouets. Il comprend le sens du mot « non » et prononce plusieurs syllabes.

- « *En avant, marche de 9 mois à 1 an⁶* » : le bébé prend conscience de la partie inférieure de son corps. Il se déplace à quatre pattes ou sur les fesses, se met debout sans appui et commence à marcher. Il montre du doigt, tient sa cuillère et commence à boire seul. La préhension est fine et plus précise. Le bébé aime les mêmes jouets qu'auparavant mais, diversifie leur utilisation. Il apprécie les livres et transforme le moindre objet en jouet. Il aime les jeux à traîner ou à pousser. Il comprend le sens de quelques mots et les ordres simples. Il dit quelques mots.
- « *Vers la liberté de 12 à 18 mois⁶* » : l'enfant tenu marche et monte les marches. Il sait boire et manger seul. Il explore les trous et découvre les contenants / contenus. Il aime jeter, pousser, renvoyer et lancer. Il sait montrer des parties de son corps et pointe de son index. L'enfant aime jouer au ballon, aux jeux porteurs ou à bascule et aux jeux de sable et d'eau. Il associe deux mots. Il commence à avoir la notion d'interdits et de dangers.
- « *L'âge de la motricité de 18 à 24 mois⁶* » : l'enfant court, grimpe et monte les escaliers seul. Il participe à son (dés)habillage. Il commence à être propre et à manger seul. L'enfant aime les jeux de manipulation et d'assemblage. Il comprend des ordres plus complexes. Son vocabulaire s'enrichit et lui permet de commencer à faire des phrases courtes.
- « *En route vers la découverte de 24 mois à 3 ans⁶* » : l'enfant saute à pieds joints et descend les escaliers seul. Il sait faire du tricycle. Il a acquis la propreté diurne. Il dessine et imite un trait. L'enfant aime les activités manuelles, éprouve le besoin de création et s'intéresse aux jeux d'imitation. Il commence les jeux de société. Il commence à faire des phrases et utilise le pronom « je ». Il sait dire s'il est une fille ou un garçon.

Les interactions psychomotrices de l'enfant avec son environnement impliquent aussi des éléments liés à son développement affectif. D'après D. WINNICOTT (1896-1971) pédiatre et psychanalyste britannique, dans la revue « *Psychologie et développement de l'enfant* » du Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Active (CEMEA) du Pays-de-la-Loire,

l'enfant pour grandir harmonieusement a aussi besoin d'une relation affective stable et satisfaisante. Son développement affectif se crée en contact étroit avec son apprentissage émotionnel qui influence durablement ses interactions sociales.

3) Le développement affectif et social

Dans leur ouvrage d'études comparatives des « *Théories du développement de l'enfant* », T. R. MURRAY, professeur de psychologie à l'université de Californie et C. MICHEL, psychothérapeute et hypnothérapeute français, expliquent que « *Bien que le nombre de périodes développementales identifiées entre la naissance et l'âge adulte varie quelque peu d'un psychanalyste à l'autre, tous proposent au moins cinq stades principaux [...] à chacune des étapes de croissance*⁸ ».

Ces stades de développement de la personnalité sont décrits par S. FREUD (1856-1939), fondateur de la psychanalyse et neurologue autrichien. Selon lui, la maturité sexuelle et psychique s'obtient grâce à la stimulation de chaque zone érogène à des âges définis. Les recherches de mon projet professionnel portent sur l'enfant âgé de moins de 3 ans. J'ai donc fait le choix d'évoquer deux de ces stades qui sont :

- Le stade oral de 0 à 18 mois, qui correspond au premier stade de développement de la personnalité. L'enfant se focalise sur la satisfaction de son désir oral de nourriture, boisson et de respiration. Il recueille les premières impressions de son milieu et de la place qu'il occupe. Il prend alors connaissance de la plupart des éléments qui sont à sa portée en les portant à sa bouche. Sa personnalité est influencée par la rapidité et la manière de satisfaction de ses besoins. À titre d'exemple, si la mère le tient affectueusement et le nourrit calmement, l'enfant développera un sentiment de bonheur et de confiance. Et inversement, si l'enfant n'est pas correctement sevré, il peut rester fixé au stade oral.
- Le stade anal de 18 mois à 3 ans, qui correspond au deuxième stade de développement de la personnalité. L'enfant se concentre sur la maîtrise du contrôle de ses sphincters. Il découvre notamment, le plaisir que lui procure le fait de retenir ou d'expulser ses

⁸ Thomas R. MURRAY et Claudine MICHEL. *Théories du développement de l'enfant* [en ligne]. Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/theories-du-developpement-de-l-enfant--9782804115951-page-203.htm> (Consulté le 20/12/20).

matières fécales. Durant cette période, le contact des parents et les sentiments qu'ils manifestent à leur enfant sont liés à l'acquisition de la propreté. L'enfant est à la recherche d'amour, d'admiration et d'approbation. Mais, c'est aussi un stade durant lequel l'enfant rentre en opposition avec ses parents afin de forger sa propre individualité. Ainsi, si cette période n'est pas régulée par les parents et que ceux-ci le contraignent à devenir propre, la personnalité de l'enfant restera marquée par la peur et la culpabilité. Ce conflit peut faire de l'enfant un individu très régulier et perfectionniste ou bien amer dans ses interactions sociales.

Sur le plan social, je me réfère une nouvelle fois au guide développé et imaginé par la PMI de l'Aube. Différents stades du développement social de l'enfant de moins de 3 ans y sont exposés. De l'âge de 0 à 3 mois, le bébé se sent en sécurité par la réponse immédiate et adaptée de ses parents à ses besoins. Il est dans une relation de symbiose avec sa mère puis, son père. Son éveil lui permet progressivement d'entrer en relation avec autrui. De l'âge de 3 à 6 mois, le bébé différencie une personne familière d'un inconnu. Il s'intéresse, recherche une proximité avec la personne qui s'occupe de lui et lui sourit. Il découvre le plaisir de l'échange. De l'âge de 6 à 9 mois, l'angoisse dite du huitième mois fait que le bébé est inquiet face à un inconnu. Il peut mal réagir lorsqu'il est séparé de ses parents. C'est l'introduction d'un objet transitionnel qui va lui permettre de supporter cette séparation. De l'âge de 9 mois à 1 an, le bébé recherche toujours du soutien dans le regard de ses parents et de l'aide dans la gestion de ses émotions. De l'âge de 12 à 18 mois, l'enfant reconnaît les personnes de son entourage. Il est toujours méfiant face à un étranger mais, commence à s'intéresser aux autres enfants qu'il côtoie. Il joue à côté des autres et peut convoiter le même jouet. C'est le début de l'opposition envers ses parents. Cette période du « non » permet à l'enfant d'affirmer sa personnalité et de montrer qu'il est unique. De l'âge de 18 à 24 mois, l'enfant reste dans une période d'opposition. Il tolère mieux la séparation avec ses parents et apprécie la compagnie d'autres enfants. Faire garder l'enfant en collectivités (crèche, jardin d'enfants, halte-garderie, assistante maternelle) peut alors favoriser sa socialisation. Et de l'âge de 24 mois à 3 ans, l'enfant s'intéresse et se montre attentif à l'autre. Accompagner l'enfant dans des parcs, aires de jeux, bibliothèques, etc. peut aussi être bénéfique pour sa socialisation.

D'après la synthèse d'état des connaissances sur l'« *Autisme et autres troubles envahissants du développement* » établie par la Haute Autorité de Santé (HAS), qu'il s'agisse du plan affectif et social, psychomoteur ou cognitif et intellectuel, chaque enfant présente un

rythme de développement différent. Lorsqu'un ou plusieurs de ces plans de développement ne suit pas un ordre prévisible ou accuse un retard trop important, cela peut laisser penser à des troubles du développement et des acquisitions.

b) Les troubles du développement

En 1980, c'est avec la classification américaine des troubles mentaux et son Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DMS-III) qu'apparaît la notion de trouble du développement. Cette notion comporte une distinction entre les Troubles Envahissants du Développement (TED) et les troubles spécifiques des apprentissages. Plus tard, alors que cette notion était déjà présente dans les classifications internationales, ces troubles sont séparés des autres maladies et émergent sous la dénomination de Troubles Neuro-Développementaux (TND). Cette nouvelle dénomination s'intègre à la cinquième édition du DSM. Cet ouvrage rédigé et publié en 2013 par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), révèle l'implication de dysfonctionnements neurologiques dans la survenue des troubles du développement. B. ROGE, psychologue et professeure à l'université de Toulouse, définit ces troubles dans son article « *Troubles du développement* » faisant référence au DSM-V. Elle dit que « *Les troubles du développement constituent un ensemble hétérogène de désordres qui se manifestent précocement par des difficultés globales d'adaptation ou par des problèmes plus circonscrits d'apprentissage ou de comportement*⁹. » Elle poursuit en précisant que « *Ces troubles perturbent l'évolution du jeune enfant et induisent des déficits et des anomalies quantitatives dans le fonctionnement intellectuel, sensoriel, moteur ou du langage* » qui peuvent être « *[...] isolées ou combinées, et sont parfois associées à des troubles de la communication et de l'adaptation sociale*⁹. »

Les types de troubles dont j'ai choisi de parler dans mon projet professionnel correspondent aux observations du jeu, de la communication et des interactions sociales d'I. qui m'ont questionnées et m'ont permis d'écrire mon constat.

⁹ Bernadette ROGE. *Troubles du développement* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/troubles-du-developpement/> (Consulté le 31/01/21).

1) Les anomalies du jeu

Le jeu est défini par le dictionnaire du Larousse comme une « *Activité d'ordre physique ou mental, non imposée, ne visant à aucune fin utilitaire, et à laquelle on s'adonne pour se divertir, en tirer plaisir*¹⁰. » Pour comprendre le fonctionnement du jeu chez l'enfant de moins de 3 ans, je me suis appuyée sur le travail de E. DE BECKER, psychiatre infanto-juvénile, dans son ouvrage « *Psychothérapies* ». Il relate que l'enfance est une période durant laquelle le jeu est primordial et instinctif chez l'enfant. Le jeu occupe une place considérable au cours de ses journées, au fil de ses activités et donc dans son développement. Il explique que de nombreux auteurs tels WINNICOTT ou FREUD ont étudié la question et qu'il existe différentes classifications de jeux dont une établie par PIAGET. Pour lui, le jeu suit le développement de l'intelligence en fonction de l'âge de l'enfant. Il décrit notamment des « jeux d'exercices » qui correspondent au stade sensori-moteur du développement explicité précédemment. Ces jeux occupent surtout les deux premières années de l'enfant, au cours desquelles il cherche à exercer sa motricité (attraper, emboîter, encastrer, jeter). PIAGET évoque ensuite les « jeux symboliques » au-delà de 2 ans. Ces jeux peuvent être assimilés à de l'imitation. L'enfant se représente les gestes de la vie courante qu'il a pu observer et les répète par des activités du « faire semblant » (dînette, poupée, téléphone, voiture, animaux).

Les troubles pouvant s'associer au développement de l'enfant par le jeu sont décrits dans de nombreux textes sur les troubles du neuro-développement tels que le dossier sur l'« *Autisme* » réalisé par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en collaboration avec C. BARTHELEMY, professeure universitaire à Tours et membre de l'académie nationale de médecine. Au cours de cette lecture, je me suis aperçue qu'il n'était pas question de trouble mais plutôt, d'anomalie du jeu. Le dictionnaire du Larousse qualifie l'anomalie de « *Ce qui s'écarte de la norme, de la régularité, de la règle*¹¹. » Ces anomalies ne dépendent pas seulement du stade de jeu dans lequel se trouve l'enfant en fonction de son âge. Pour illustrer mes propos, I. le garçon âgé de 26 mois dont je témoigne dans mon constat, apprécie jouer avec des figurines d'animaux. Le choix de ce jeu paraît cohérent et adapté à son

¹⁰ Larousse. *Dictionnaire de langue française* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/jeu/44887> (Consulté le 31/01/21).

¹¹ Larousse. *Dictionnaire de langue française* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anomalie/3712> (Consulté le 31/01/21).

âge. Cependant, le caractère restreint, répétitif et stéréotypé de ses intérêts et de ses activités m'a amené à m'interroger. I. présentait une obsession et une certaine rigidité dans le choix de ses jeux. En effet, lorsque je répondais défavorablement à sa demande de sortir la caisse des animaux, I. s'opposait et répondait par de l'énervement et un déchainement de gestes répétés et désorganisés. Cela révèle une résistance au changement et une opposition envers toute modification de son environnement. En plus de présenter un attachement spécifique à certains jeux, I. avait une manière de jouer selon des rituels n'ayant pas de caractère fonctionnel. Le garçon s'allongeait au sol en croissant de lune et alignait inlassablement ses animaux les uns après les autres. Ce comportement atteste de stéréotypes moteurs. Le stéréotypie étant définie par le dictionnaire du Larousse comme la « *Répétition d'une attitude, d'un geste, d'un acte ou d'une parole, sans but intelligible*¹². »

D'après C. BARTHELEMY, c'est l'ensemble de ces anomalies qui permettent de déceler des troubles du développement liés au jeu. Elles caractérisent des troubles du comportement spécifique qui sont susceptibles d'être associés à d'autres troubles du développement, tels que les troubles de la communication et des interactions sociales notamment.

2) Les troubles de la communication et de l'interaction sociale

La communication est définie par le dictionnaire du Larousse telle que l'« *Action [...] de transmettre quelque chose* » mais aussi, par l'« *Action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse*¹³. » Les troubles de cette communication peuvent donc se traduire par l'absence ou le manque d'utilisation du langage oral et de réciprocité dans les échanges verbaux. La forme et le contenu du langage peuvent également être inhabituels : écholalie, néologisme, prosodie, etc. C'était le cas pour I. J'ai décrit dans le récit de ma situation, que sa communication verbale se trouvait limitée à quelques mots : « papa », « bébé », « animaux », « plus tard », « pas » et à l'écho qu'il faisait de certains mots que je

¹² Larousse. *Dictionnaire de langue française* [en ligne]. Disponible sur :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stéréotypie/74657> (Consulté le 31/01/21).

¹³ Larousse. *Dictionnaire de langue française* [en ligne]. Disponible sur :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561> (Consulté le 31/01/21).

prononçais. C'est ce qu'on appelle de l'écholalie, définie par le dictionnaire du Larousse comme un « *Trouble du langage qui consiste à répéter de manière systématique les derniers mots entendus*¹⁴. » La communication non-verbale d'I. était également déficitaire. Le problème que je rencontrais lorsque je me mettais à hauteur de I. pour lui parler, était l'absence de contact visuel. L'échange de regards était inexistant avec l'adulte encadrant mais aussi, avec les autres enfants. Son regard se faisait fuyant, ce qui correspond à un mécanisme d'évitement.

L'interaction sociale se définit quant à elle par la « *Relation interpersonnelle entre deux individus au moins, par laquelle les comportements de ces individus s'influencent mutuellement et se modifient chacun en conséquence*¹⁵ » d'après le même dictionnaire. Les troubles des interactions sociales se traduisent donc par une inadéquation de l'enfant face aux signaux sociaux ou encore émotionnels qu'il perçoit des autres, comme en témoignent le manque d'adaptation du comportement au contexte social et de réciprocité émotionnelle. Dans la situation que j'expose par le biais de mes observations du comportement d'I., je relate que je prenais un gant de toilette imbibé d'eau fraîche et que je le confiais au garçon en lui expliquant qu'il pouvait l'apposer sur la partie du corps de son camarade qu'il venait de mordre. Les difficultés que j'éprouvais se limitaient alors à expliquer à I. les émotions que l'enfant qu'il avait mordu ressentait. I. se trouvait dans l'incapacité de comprendre ses propres émotions et d'y réagir. La morsure de son camarade caractérise aussi une interaction sociale dysfonctionnelle. En effet, à la crèche il était fréquent qu'I. morde un enfant ayant envahi son espace de jeu, convoitant le même jouet ou manifestant simplement son désaccord avec le garçon.

Les résultats de cette analyse du jeu, de la communication et des interactions sociales d'un enfant de moins de 3 ans, mettent en évidence l'intérêt de l'examen détaillé de son comportement seul ou avec les autres. D'après G. APPELL, psychologue et première présidente de l'association « Pickler Loczy France » dans son ouvrage « *Loczy ou le maternage insolite* » qui s'adresse aux professionnels de la petite enfance et aux parents, « *Être en collectivité veut dire pour un tout jeune enfant : être parmi ses pairs, en général d'âges proches, sans la*

¹⁴ Larousse. *Dictionnaire de langue française* [en ligne]. Disponible sur :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/echolalie/27508> (Consulté le 31/01/21).

¹⁵ Larousse. *Dictionnaire de langue française* [en ligne]. Disponible sur :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interaction/43595#180273> (Consulté le 13/02/21).

présence d'aucun de ses parents [...]»¹⁶. » L'accueil d'enfants en collectivité et notamment, en crèche permet donc aux professionnels de porter une observation attentive et quotidienne au développement de l'enfant.

B. La crèche

La crèche est définie par le dictionnaire du Larousse comme un « *Établissement destiné à recevoir les enfants de moins de trois ans dont les père et mère travaillent* »¹⁷. » Elle fait partie intégrante des structures d'accueil du jeune enfant régies par le décret n°2000-762 du 1^{er} août 2000 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans. Texte modifié par le décret n°2007-230 du 20 février 2007, qui maintient et renforce les normes en matière d'accueil et d'encadrement puis, par le décret n°2010-613 du 7 juin 2010, qui concourt à l'intégration des enfants en situation de handicap ou atteints d'une maladie chronique.

D'après les « *Résultats du rapport 2017 de l'observatoire national de la petite enfance* » établi par la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF), les crèches représentent le second pourvoyeur de places d'accueil ouvertes aux enfants de moins de 3 ans. Il existe différentes catégories de crèche dont certaines structures innovantes (crèche roulante, crèche flottante, crèche 24h/24). J'ai choisi d'évoquer les plus connues d'entre-elles. Cette liste non-exhaustive comprend :

- La crèche collective¹⁸ : Elle peut accueillir jusqu'à soixante enfants. Elle est gérée par une collectivité territoriale (commune, département) ou par un gestionnaire privé (association). L'accueil et la prise en soins des enfants sont assurés par une équipe de professionnels pluridisciplinaires. Les horaires d'accueil correspondent généralement à des plages horaires de bureau.
- La micro-crèche¹⁸ : Elle comporte les mêmes caractéristiques que la crèche collective. Cependant, elle ne peut accueillir qu'un maximum de dix enfants.

¹⁶ Geneviève APPELL et Myriam DAVID. *Loczy ou le maternage insolite* [en ligne]. Disponible sur : <https://excerpts.numilog.com/books/9782749208886.pdf> (Consulté le 14/02/21).

¹⁷ Larousse. *Dictionnaire de langue française* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/crèche/20306> (Consulté le 14/02/21).

¹⁸ Cours sur les *Établissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE)* dispensé le 18/01/21 par une formatrice de la formation puéricultrice.

- La crèche familiale¹⁸ : Elle est gérée par une collectivité territoriale (commune, département). Elle permet de faire un compromis entre l'accueil en crèche et chez une assistante maternelle. Elle emploie des assistantes maternelles agréées, qui se retrouvent plusieurs fois par semaine dans les locaux de la crèche. L'objectif est de favoriser la socialisation et l'éveil des enfants accueillis au domicile des assistantes maternelles.
- La crèche parentale¹⁸ : Elle peut accueillir jusqu'à vingt-cinq enfants. Elle est créée et gérée par des parents. Sa création demande l'obtention d'une autorisation des services du département qui se réfère à l'avis de la PMI. Au même titre que pour la crèche collective, l'accueil et la prise en soins des enfants sont assurés par une équipe de professionnels pluridisciplinaires. Les parents participent également parfois à l'encadrement des enfants.
- La crèche d'entreprise¹⁸ : C'est une crèche d'entreprise ou d'inter-entreprises qui peut accueillir jusqu'à soixante enfants. Elle est gérée par un gestionnaire privé (administration, hôpital) et accueille des enfants du personnel employé. Elle peut néanmoins proposer certaines de ses places aux familles du quartier à proximité. Les horaires d'accueil répondent aux besoins et contraintes professionnelles des parents employés de l'entreprise.

Dans la majorité de ces crèches, l'encadrement des enfants dans les locaux se fait par des professionnels qualifiés (infirmier(e), puéricultrice, éducateur(rice) de jeunes enfants, auxiliaire de puériculture, accompagnant éducatif petite enfance). Leur mission consiste à assurer la santé, la sécurité, le bien-être et le développement des enfants accueillis, tout en veillant au respect de l'autorité parentale. Il y a un professionnel dédié pour cinq enfants dits « marcheurs » et un professionnel pour huit enfants dits « non-marcheurs¹⁸. » Le suivi et le contrôle d'un bon nombre de ces types de crèche est réalisé par la PMI. J'ai fait le choix de ne pas développer les différents projets d'établissement, le coût et les aides financières relatifs à l'accueil, qui n'ont pas d'incidence sur mon travail de recherche.

Après avoir détaillé les généralités de l'accueil d'un enfant de moins de 3 ans en crèche, il me semble maintenant essentiel d'aborder la vie de l'enfant en collectivité.

a) L'enfant en collectivité

Les enfants concernés par une admission puis un accueil en crèche, doivent répondre à deux conditions. L'enfant doit être âgé de 2 mois à 3 ans et ses vaccinations obligatoires doivent être à jour au regard du calendrier vaccinal de l'année en cours.

Une fois inscrit, l'accueil de l'enfant passe par un temps d'adaptation. Aussi appelé familiarisation, ce temps est une étape fondamentale. Il s'agit, pour l'enfant, d'avoir l'opportunité de rencontrer les professionnels qui vont prendre soin de lui et de découvrir les locaux avant son entrée effective dans la structure. L'adaptation s'effectue en présence d'un ou des parent(s) de l'enfant. L'intérêt est d'engager une relation de confiance entre les professionnels, l'enfant et ses parents. Elle permet de faciliter la séparation. Cela laisse aussi la possibilité aux professionnels d'identifier les besoins individuels de l'enfant. Sa durée varie d'une crèche à l'autre mais aussi, du rythme de l'enfant et de ses parents. Dans son article « *L'« adaptation » à la crèche* », M. BONNAUD, puéricultrice et directrice de crèche à Gennevilliers, explique que « *De cette adaptation mutuelle dépend l'épanouissement de l'enfant dans son nouveau milieu de vie¹⁹.* »

La première socialisation de l'enfant se résume à ses parents. Comme j'ai pu l'expliquer précédemment dans les stades de développement, la relation du bébé avec ses parents est d'abord exclusive. Cette relation lui permet de se construire et le mène progressivement à se tourner puis, à faire attention à l'autre. La socialisation est d'ailleurs définie par le dictionnaire du Larousse comme le « *Processus par lequel l'enfant intériorise les divers éléments de la culture environnante (valeurs, normes, codes symboliques et règles de conduite) et s'intègre dans la vie sociale* ». La mise en place d'une relation de confiance avec les professionnels lors de son entrée en crèche est donc primordiale. Elle intervient dans la continuité de la socialisation de l'enfant. Les expériences qu'il va vivre avec les adultes qui le prendront en soin lui serviront de modèle dans ses relations futures avec ses pairs. Le dictionnaire du Larousse définit la socialisation comme un « *Processus par lequel l'enfant intériorise les divers éléments de la*

¹⁹ Michelle BONNAUD. *L'« adaptation » à la crèche* [en ligne].

Disponible sur : https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1988_num_41_2_1867 (Consulté le 14/02/21).

*culture environnante et s'intègre dans la vie sociale*²⁰. » Ce processus amène l'enfant à prendre en compte l'autre. Son accueil en collectivité se révèle alors comme un véritable bénéfice.

L'autre bénéfice lié à l'entrée de l'enfant à la crèche, se caractérise par la qualité des soins qui lui sont apportés. Les soins prodigués par les professionnels responsables de l'enfant sur son temps d'accueil, ne se cloisonnent pas seulement à des soins d'hygiène et de confort. Ils dépendent aussi et surtout des activités qui lui sont proposées. La crèche offre une multitude de jeux personnalisés. La stimulation augmente l'éveil et les capacités d'apprentissage de l'enfant. De plus, il n'est pas tout seul pour jouer. Il peut être aidé de ses camarades : un commence le jeu, l'autre continue et un le termine. Le développement de l'enfant passe aussi par l'évolution au sein d'un groupe. L'accueil en collectivité permet donc à l'enfant d'évoluer et de s'épanouir pleinement.

En somme, « *L'accueil en crèche est une démarche active qui suppose de pouvoir s'ouvrir à l'autre et à la relation d'inconnu*²¹ » comme j'ai pu le lire dans l'article « *Les liens parents-enfants-professionnels en crèche collective* ». Néanmoins, « *On ne peut pas réduire l'accueil du bébé à la crèche à une relation duelle enfant / professionnel [...]*²¹. » La prise en compte des parents est également capitale. En effet, la prise en soin d'un enfant en collectivité va de pair avec l'accueil et la considération de ses parents.

C. Le parent

Le terme de « parent » renvoie à la famille et désigne la personne qui élève et protège son enfant. Au singulier comme au pluriel, le dictionnaire du Larousse le définit comme « *Le père ou la mère de l'enfant* ». Il n'est pas toujours associé au fait d'être géniteur de l'enfant, autrement dit, d'être la personne à l'origine de la descendance biologique. Il peut se référer à la personne qui possède légalement l'autorité parentale sur l'enfant, lors d'une adoption (parent adoptif) ou d'un accueil temporaire (parent d'accueil) par exemple. Le parent se retrouve donc dans le cadre de familles recomposées, de foyers monoparentaux, de familles homoparentales, de belles-familles, de l'adoption ou encore de la procréation médicalement assistée (PMA).

²⁰ Larousse. *Dictionnaire de langue française* [en ligne]. Disponible sur :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/socialisation/73141> (Consulté le 26/02/21).

²¹ Dominique SENS. *Les liens parents-enfants-professionnels en crèche collective* [en ligne]. Disponible sur :

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2009-2-page-47.htm> (Consulté le 07/03/21).

La parenté qu'elle soit de filiation commune ou d'une adoption, se traduit par une relation sociale privilégiée. Elle est aujourd'hui remplacée par le concept plus récent de « parentalité », issu du domaine médico-social.

a) La parentalité

D'après C. SELLENET, psychologue, sociologue, chercheuse et professeure d'université à Nantes, dans l'ouvrage « *Les concepts en sciences infirmières* », le concept de parentalité est né en 1959 d'un néologisme attribué à T. BENEDEK, psychanalyste américain. Il invente le terme de « parenthood²² », qui désigne « [...] le processus de développement psychoaffectif commun aux deux géniteurs du fait de la conception d'un enfant²² ». Il ajoute que « Le concept de parentalité s'impose comme porteur d'une idée-force : être parent n'est ni un donné biologique ni un donné social mais le fruit d'un processus complexe de maturation psychologique²³. »

Sur le plan juridique, la parentalité se traduit par l'autorité parentale. L'autorité parentale est inscrite dans l'article 371-1 du code civil. La parentalité se rapporte alors à l'intérêt de l'enfant lors d'un divorce en décidant de la garde, par injonction d'une médiation familiale ou encore dans le cadre de la protection de l'enfance par exemple. En effet, la parentalité engage un certain nombre de responsabilités. Selon H. JONAS (1903-1993), historien et philosophe allemand, la notion de responsabilité parentale englobe tous les aspects de la vie de l'enfant. Le parent doit répondre aux besoins primaires de son enfant (respirer, boire, manger, dormir, éliminer, se protéger du froid et de la chaleur, être en sécurité) jusqu'à ses intérêts les plus élevés.

Dans « *La psychiatrie de l'enfant* », A. WINTGENS, psychiatre infanto-juvénile à Bruxelles et J-Y. HAYEZ, psychiatre infanto-juvénile, docteur en psychologie et professeur universitaire à Louvain, expliquent que la réponse aux besoins de l'enfant signifie aussi de prendre en compte son individualité et son rythme. Lorsque l'enfant présente un trouble du développement, il s'agit alors de considérer les besoins plus spécifiques à sa situation. Les

²² **Parenthood** : terme anglais dont la traduction française est parentalité.

²³ Catherine SELLENET. *Les concepts en sciences infirmières* [en ligne]. Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-231.htm> (Consulté le 26/02/21).

personnes se trouvant les plus à même de répondre à ces besoins en première ligne, se trouvent être les parents de l'enfant.

b) Être parent d'un enfant atteint de troubles du développement

Du fait du nombre de lectures restreint et spécifique mais aussi, de l'observation faite des troubles du développement chez I., le garçon évoqué dans mon constat, j'ai choisi d'illustrer le vécu des parents d'un enfant présentant des troubles du développement. Pour ce faire, je me suis appuyée sur le travail de N. NADER-GROSBOIS, professeure d'université de Louvain et d'E. GAPPE, psychologue et professeure à l'université de Paris, dans leur ouvrage « *Stress et défis de la parentalité* ».

Selon l'auteure, le fait d'être parent représente une source de stress importante : naissance, handicap, difficultés scolaires d'un enfant, maladie, etc. Ce sont tous des facteurs de stress potentiels. La découverte de troubles du développement tels que le TSA peut être synonyme de traumatisme psychique. Ce traumatisme induit un alourdissement du rôle parental. Les parents d'enfants atteints de troubles sont plus susceptibles de vivre un stress individuel et familial important et ainsi de présenter eux-mêmes des problèmes de santé. Le traumatisme psychique est défini par le dictionnaire du Larousse comme « *Un ensemble des troubles psychiques ou psychosomatiques provoqués accidentellement par un agent extérieur au sujet*²⁴ » et peut se traduire par des symptômes tels que l'anxiété, la dépression, l'altération de la qualité de vie et l'épuisement professionnel. Il est essentiel d'identifier les facteurs de risque et de protection qui influencent le bien-être et la qualité de vie des parents. L'intérêt est de comprendre le retentissement de la découverte des troubles de leur enfant sur le psychisme et le comportement des parents. La découverte de troubles du développement constitue un événement perturbant pouvant provoquer la désorganisation de l'équilibre familial. Les parents doivent alors opérer des changements organisationnels et relationnels pour faire face à ce stress. Il est à noter que chaque membre de la famille vit la découverte de ces troubles de manière singulière. Chaque parent à sa propre façon d'y réagir.

²⁴ Larousse. *Dictionnaire de langue française* [en ligne]. Disponible sur :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/traumatisme/79279#131426> (Consulté le 06/03/21).

Au cours des premières années de vie de l'enfant et lorsque des troubles sont identifiés, de la tristesse, de la culpabilité ou encore de la colère peuvent être ressentis par les parents. N. NADER-GROSBOIS et E. GAPPE expliquent que « *Beaucoup de familles traversent cinq stades : le choc et la crise initiale, la désorganisation émotionnelle (colère, culpabilité, tristesse, déni), les premiers ajustements, le début de l'acceptation et enfin le partenariat avec les professionnels de l'intervention*²⁵ » au même titre que les phases de deuil. Ces réactions au stress vécu permettent aux parents de trouver les ressources nécessaires pour s'adapter à la situation. Ces moyens peuvent se manifester par des mécanismes de défense inconscients. D'après D. FRIARD, infirmier, formateur et superviseur d'équipes, dans « *Les concepts en sciences infirmières* », le mécanisme de défense est « [...] un acte par lequel un sujet confronté à une représentation insupportable la refoule, faute de se sentir les moyens de la lier, par un travail de pensée, aux autres pensées²⁶. »

Il définit les différents mécanismes de défenses existants. J'ai fait le choix d'explicitier ceux qui pouvaient s'appliquer à la découverte des troubles vécue par ces parents :

- L'activisme, qui correspond au fait de privilégier l'action et de multiplier les activités dans l'objectif de lutter contre les conflits psychiques internes générés par le stress ressenti.
- L'annulation, qui se caractérise par l'illusion de vouloir annuler l'évènement stressant grâce à la puissance d'une action ou d'un souhait.
- L'altruisme, qui se manifeste par un dévouement à l'autre pour échapper au stress généré.
- Le clivage, qui est définie par la division du psychisme par l'influence du stress perçu. Ainsi deux parties coexistent séparées et permettent de laisser ce qui est trop dur à supporter de côté.
- Le déni, qui se traduit par le refus de reconnaître la réalité de la situation traumatisante.
- La fuite en avant, qui consiste à utiliser des stratagèmes pour éviter la situation angoissante.

²⁵ Nathalie NADER-GROSBOIS et Émilie CAPPE. *Stress et défis de la parentalité* [en ligne]. Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-231.htm> (Consulté le 06/03/21).

²⁶ Dominique FRIARD. *Les concepts en sciences infirmières* [en ligne]. Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-213.htm?contenu=article> (Consulté le 06/03/21).

- L'isolation, qui élimine le stress ressenti en lien avec la situation pour éviter d'y penser.
- Le refoulement, qui s'explique par le rejet de la situation vécue de manière à la rendre inaccessible à la conscience.
- La projection, qui correspond au fait de refuser la situation et le stress qu'elle génère en l'attribuant à d'autres personnes.
- La sublimation, qui détourne la personne de la situation qui la stresse sans la refouler pour autant.

Ces réactions au stress induites par la découverte des troubles du développement de leur enfant, peuvent être qualifiées de pathologiques lorsqu'elles se pérennisent. Pour permettre aux parents d'évoluer progressivement vers des étapes d'ajustement, d'acceptation et d'agir au mieux dans l'intérêt de leur enfant, l'intervention de la puéricultrice est primordiale. Lorsqu'elle exerce en crèche, la puéricultrice occupe une place centrale auprès des parents du fait de la relation de confiance qu'elle instaure avec eux et leur enfant mais aussi, des connaissances théoriques du développement de l'enfant lui permettant de répondre à leurs interrogations.

D. L'infirmière puéricultrice

a) Définition

Au sens littéral, la dénomination de puéricultrice est issue du latin « puer » et « cultivare », qui signifient respectivement « enfant » et « cultiver, faire grandir, soigner²⁷. » Cette dénomination est utilisée de différente manière : puéricultrice, infirmière puéricultrice ou encore infirmière en puériculture. Toutes se réfèrent à la même définition retrouvée dans le dictionnaire du Larousse, qui définit la puériculture comme l'« Ensemble des connaissances et des techniques mises en œuvre pour assurer aux tout-petits une croissance et un développement normaux²⁸. »

²⁷ ONI, Ordre National des Infirmiers. *Infirmière puéricultrice* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/les-metiers-infirmiers/infirmiere-puericultrice.html> (Consulté le 07/03/21).

²⁸ Larousse. *Dictionnaire de langue française* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/puericulture/64999> (Consulté le 07/03/21).

C'est par le biais de l'ouvrage « *Introduction à la puériculture et à l'hygiène de la première enfance* » écrit par le médecin A. CARON et paru en 1865, qu'apparaît le terme de puériculture. Ouvrage dans lequel il « [...] propose de concrétiser les efforts entrepris pour protéger l'enfance en rassemblant toute les recherches dans une même science²⁹ » selon C. SELLENET. Dans son livre « *Les puéricultrices au cœur de l'enfance* », elle relate qu'en 1920, un nouveau diplôme émerge : celui de « *Visiteuse d'hygiène maternelle et infantile*³⁰. » Ancêtre de la profession de puéricultrice, cette visiteuse était considérée comme l'infirmière qui « [...] doit être, l'éducatrice technique par excellence des mères³⁰. » C'est seulement quelques années plus tard, le 13 août 1947, que le Diplôme d'État de Puéricultrice (PDE) est créé. Il voit le jour grâce au professeur M. LELONG, pédiatre et professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris. Pour lui, il est nécessaire de former des professionnels de santé de la petite enfance pour faire face au taux de mortalité et morbidité infantile important de l'époque.

Ce nouveau diplôme est corrélé au besoin de voir émerger un acteur de santé qui se consacre exclusivement à l'enfant et à ce qui l'entoure. Cette infirmière qui devient aussi puéricultrice, se voit alors disposer d'un bagage de connaissances et compétences indispensables à la prise en soins d'un enfant et de ses parents. La puéricultrice devient ainsi « [...] l'œil attentif, vigilant et spécialisé, mais elle est aussi l'oreille qui récolte des informations³⁰ » sur l'enfant.

b) Le métier de puéricultrice

L'infirmière puéricultrice exerce des activités de soins et d'éducation dans des établissements de santé qui accueillent des enfants de la naissance à l'adolescence. Elle travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire et peut être amenée à exercer dans différents secteurs d'activités. En milieu hospitalier par exemple, la puéricultrice peut être employée en maternité, en services de pédiatrie, néonatalogie, chirurgie ou tout autre service accueillant des enfants jusqu'à l'âge de 15 ans et 3 mois. En milieu extrahospitalier, la puéricultrice intervient dans tous les lieux d'accueil et de vie de l'enfant (crèche, halte-garderie, etc.) mais, aussi dans le

²⁹ Alfred CARON. *Introduction à la puériculture et à l'hygiène de la première enfance* [en ligne]. Disponible sur : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9609200r.texteImage> (Consulté le 07/03/21).

³⁰ Catherine SELLENET. *Les puéricultrices au cœur de l'enfance*. (Consulté le 07/03/21).

secteur de la protection de l'enfance et notamment, en PMI. Son domaine d'intervention se trouve donc très étendu.

Elle mobilise son expertise dans le raisonnement clinique infirmier en matière de développement de l'enfant et dans la mise en œuvre de projets avec l'enfant et ses parents. Ses domaines d'interventions se divisent en deux parties. L'une d'entre-elles concerne les soins prodigués à l'enfant et l'autre est plus spécifique à l'information donnée aux parents. Son champ de compétences est régi par un ensemble de règles professionnelles rédigées dans le Code de La Santé Publique (CSP). L'article R4311-3 précise que « *Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux-ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'état de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :*

- *1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;*
- *2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;*
- *3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;*
- *4° Soins du nouveau-né en réanimation ;*
- *5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie³¹. »*

Ces actes s'accompagnent de 8 compétences spécifiques relatives à l'exercice de la puéricultrice qui sont détaillées dans le CSP :

- *« 1° Recueil d'informations concernant le développement et la santé de l'enfant de la naissance à l'adolescence ;*
- *2° Réalisation de soins et d'activités à visée diagnostique, thérapeutique et préventive auprès de l'enfant et de son entourage ;*
- *3° Conduite d'activités à visée éducative et de soutien à la parentalité ;*
- *4° Conduite d'activités de promotion de la santé et d'évaluation des risques dans une approche de santé publique ;*
- *5° Coordination des soins et des activités ;*

³¹ Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Légifrance. Code de la santé publique modifié par l'article R4311-3 du Décret n°2008-877 du 29 août 2008 [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019416833/ (Consulté le 07/03/21).

- 6° *Gestion des ressources humaines, administratives et financière dans les services et les établissements d'accueil ;*
- 7° *Formation et information des équipes professionnelles et des stagiaires dans les secteurs de l'enfance et de l'adolescence ;*
- 8° *Veille professionnelle et mise en place d'études et de recherches dans les secteurs de l'enfance et de l'adolescence³¹. »*

Dans le cadre de mon projet professionnel, ce sont les actes de « *Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie* », de « *Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps* » et la compétence de « *Recueil d'informations concernant le développement et la santé de l'enfant de la naissance à l'adolescence* » qui sont concernés par le thème et la question de départ que j'ai choisis. Ces activités sont mobilisées par la puéricultrice au travers de son rôle d'observation et d'intervention précoce dans la découverte des troubles du développement de l'enfant accueilli.

c) Le rôle de la puéricultrice dans la découverte de troubles du développement

En crèche, les moments d'échange entre les parents et la puéricultrice se regroupent souvent autour des temps de séparation et de retrouvailles entre le parent et son enfant. La séparation, généralement liée au départ du parent au travail, est un facteur d'émotions fortes et parfois même d'anxiété. Il est donc essentiel de garder en tête, que le lien qui se tisse entre les parents, l'enfant et la puéricultrice, est influencé par ce rituel de séparation et de retrouvailles au quotidien. Comprendre les effets que cela peut avoir sur le comportement infantile et parental, permet à l'infirmière puéricultrice d'identifier des problématiques éventuelles du jour et de réfléchir à la façon dont elle est en mesure de les traiter. Cela passe par une observation fine durant les temps d'accueil et notamment, pendant les transmissions entre les parents et la professionnelle.

1) L'observation

Le dictionnaire du Robert donne comme premier sens au fait d'observer, le fait de « *Considérer avec attention des phénomènes tels qu'ils se produisent sans volonté de les*

*modifier*³² », au travers de tous les sens (ouïe, odorat, toucher, vue). L'observation fait partie intégrante du soin apporté à l'enfant dans la vie quotidienne d'une structure d'accueil telle que la crèche. La puéricultrice, par l'organisation rigoureuse qu'elle met en place et sa maîtrise du déroulé des temps proposés à l'enfant, est en capacité de centrer son attention sur l'observation de l'évolution de l'enfant et donc de son développement.

Dans l'ouvrage « *L'inclusion des enfants en situation de handicap dans les milieux d'accueil de la petite enfance* », l'auteure P. CAMUS, conseillère pédagogique et assistante d'Éducation Petite Enfance et Formation des Professionnels (EPEF) à l'université de Liège, raconte dans son chapitre sur l'observation que « *Quand un enfant surprend, déroute, inquiète, des observations intensifiées et partagées nourrissent la réflexion pour mieux comprendre les processus en cause et évaluer la situation*³³. » L'observation apparaît comme un outil de repérage pour la puéricultrice. Elle respecte une chronologie en commençant par le recueil des données et faits observés. Dans le domaine de la petite enfance, plusieurs instruments d'observation existent. J'ai choisi d'évoquer les plus couramment utilisés, d'après l'ouvrage « *L'évaluation à la maternelle* » établi par le ministère de l'éducation du Nouveau-Brunswick en 1992. Il existe premièrement les notes prises sur le vif en simultané du comportement significatif de l'enfant. Le journal de bord lui, de décrire le déroulement de sa journée, au même titre que le cahier de transmissions par exemple. La fiche anecdotique elle, permet de noter objectivement les comportements inhabituels et occasionnels de l'enfant. Enfin, la grille d'observation (Cf. annexe 1) fournit une vue d'ensemble des comportements observés puisque, elle ne se limite pas à un temps donné ou à une activité. Il existe aussi la liste, le portfolio ou encore l'enregistrement audio et/ou vidéo qui sont moins utilisés.

L'utilisation de ces types d'instruments et le recueil de données se poursuit par l'interprétation de celles-ci. Elle demande un étayage rigoureux de l'ensemble des observations faites aux différents temps forts de vie (repas, sieste, change, jeu). Le raisonnement clinique permet leur analyse en faisant le parallèle avec les repères théoriques issus de la formation et pratiques issus de l'expérience de l'infirmière puéricultrice. Cette analyse passe aussi par un regard croisé et

³² Robert. *Dictionnaire de langue française* [en ligne].

Disponible sur : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/observer> (Consulté le 19/03/21).

³³ Christophe BARTHOLOME, Pascale CAMUS, Manoela GEORLETTE, Marion VANDEVOORDE et Maryse HENDRIX. *L'inclusion des enfants en situation de handicap dans les milieux d'accueil de la petite enfance* [en ligne]. Disponible sur : http://www.fileasbl.be/membres/wp-content/uploads/2015/12/FILE_Chap5.pdf (Consulté le 19/03/21).

la mise en commun des faits observés. Les situations qui alertent doivent être discutées en équipe. De plus, le fait d'exposer la situation aux professionnels de santé tels que le médecin référent ou le neuropédiatre comme expliqué dans mon constat, peut être aidant. Ce qui en résulte est le dépistage. Il est défini par l'OMS comme « *L'identification présomptive d'une maladie ou d'anomalies non reconnues au moyen de tests, d'examens ou d'autres méthodes pouvant être appliquées rapidement [...]. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic* ».

Ainsi, lorsque des attitudes et comportements sont observés chez l'enfant et qu'il n'y a pas de notion de difficultés ou de troubles spécifiques connus et/ou diagnostiqués, le dépistage peut mener à objectiver la découverte de troubles du développement. Plus ces troubles sont repérés tôt et plus cela permettra d'intervenir précocement.

2) L'intervention précoce

L'ouvrage « *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)* » établi par l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) définit l'intervention précoce comme les soins et l'accompagnement mis en place dès la suspicion ou la découverte des troubles. Il décrit également les différents acteurs qui participent à cette intervention tels que « *Les Établissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE) : crèches (collectives, parentales ou d'entreprises) [...]*³⁴. »

En France en 2004, les données de l'INSERM montrent que « *La prévalence des déficiences sévères de l'enfant est estimée à 1 % des enfants. Si l'on inclut les déficiences ou handicaps modérément sévères, cette prévalence atteint environ 2 %* ». Et que « *Pour ces enfants, l'intérêt d'un accompagnement le plus précoce possible dès la suspicion ou la découverte des troubles fait consensus. Celui-ci a pour objectifs de :*

- *Favoriser le développement physique, psychologique, intellectuel et social de l'enfant*

³⁴ ANESM, Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services Médico-sociaux. *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)* [en ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-trans-rbpp_1_accompagnement_des_enfants_en_camsp.pdf (Consulté le 19/03/21).

- *Prévenir, réduire ou éliminer les effets incapacitants en agissant sur sa trajectoire développementale*
- *Promouvoir l'inclusion sociale de l'enfant et de sa famille*
- *Renforcer les compétences propres à la famille³⁴. »*

L'intervention précoce permet donc d'agir le plus rapidement possible auprès de l'enfant afin de lui assurer une prise en soin optimale. Cependant, pour la puéricultrice, il est également question de respecter le cheminement des parents pour les accompagner au mieux.

d) L'accompagnement des parents

D'après P. CAMUS, « *Quelque-soit la situation, les professionnel-le-s gagnent à adopter une démarche de transparence où les parents ne sont pas exclus* ». « *Mais comment faire, dans certaines situations, pour échanger sur les questions que l'on se pose au sujet du développement de l'enfant [...] ³³ ?* » La question qui se pose est « *Comment aborder avec eux les questions que l'on se pose au sujet de leur enfant, ce que l'on perçoit durant les heures qu'il passe dans le milieu d'accueil ³³ ?* » La transmission du questionnement aux parents n'est pas chose facile. Il convient à la puéricultrice d'endosser ce rôle puisqu'elle assume généralement le poste de directrice de la crèche. Il n'existe pas de formule type pour expliquer à ces parents ce qu'ils n'ont peut-être pas envie ou refusent d'entendre. Ce sont les échanges quotidiens et la communication qui ont lieu au détour des transmissions qui vont généralement permettre de porter progressivement la situation à la connaissance des parents.

1) La communication

Comme définie précédemment pour l'enfant, la communication se caractérise par un échange entre un émetteur et un récepteur, qui entrent en relation et interagissent ensemble en fonction de leur individualité, leur sensibilité, leurs attentes respectives et leur implication émotionnelle. Cette communication possède trois modes d'expression :

- La communication verbale³⁵, qui s'établit avec autrui par l'usage de la parole.

³⁵ Enseignement sur les *Concepts en communication dans un contexte de soin* dispensé par un psychologue clinicien en 2017 lors de ma première année d'études en soins infirmiers.

- La communication non-verbale³⁵, qui se caractérise par des échanges sans emploi de la parole.
- La communication para-verbale³⁵, qui se fait par le biais de la qualité et de l'intonation de la voix mais aussi, des silences.

L'échange doit être favorisé par un lieu propice. Dans le cadre d'une discussion avec les parents dont on suspecte des troubles du développement de leur enfant, il est indispensable de les recevoir dans un lieu adapté (bureau isolé) afin de leur accorder une attention particulière. Il s'agit également de trouver un vocabulaire et des mots adaptés, en ayant conscience que le questionnement posé ne constitue en rien un diagnostic et n'a donc rien de définitif.

Il est essentiel de s'en tenir aux faits observés. Le rôle de la puéricultrice est de partager ses préoccupations autour du bien-être de l'enfant mais aussi, de laisser la discussion ouverte afin de donner la possibilité aux parents de participer à l'échange. Les parents peuvent être amenés à raconter ce qu'ils ont pu constater à leur domicile et ainsi venir étayer les observations des professionnels. Le maître mot lors de cet échange est donc d'écouter et de prendre en considération leur questionnement. Il importe alors à la puéricultrice de respecter le temps de cheminement de ces parents et de prendre en compte le stress que constitue cet échange.

Les parents sont sous le coup de la découverte des troubles relatés. Cette découverte peut être responsable de souffrance et de la perte de leurs repères. Le respect du rythme parental est donc essentiel et participe à leur venir en aide. La puéricultrice utilise alors ce que l'on appelle la relation d'aide.

2) La relation d'aide

Aussi appelée relation thérapeutique, elle est définie par C. ROGERS, psychologue et humaniste américain, dans son ouvrage « *La relation d'aide et la psychothérapie* », comme la « *Capacité que peut avoir un soignant à amener toutes personnes en difficultés à mobiliser ses ressources pour mieux vivre une situation*³⁶. » C'est un soin relationnel qui dépend du lien tissé

³⁶ Carl ROGERS. *La relation d'aide et la psychothérapie* [en ligne]. Disponible sur : <http://faireacheval.matiere-noire-projets.com/wp-content/uploads/2015/10/Faire-à-cheval-La-relation-daide.pdf> (Consulté le 19/03/21).

entre la puéricultrice et les parents et donc de la relation de confiance instaurée. En effet, la relation d'aide peut se trouver limitée lorsque la relation de confiance est altérée ou mise en difficulté. Elle est définie par V. MANGEMATIN dans le livre « *Les concepts en sciences infirmières* » comme l'« *Acceptation par un individu de s'exposer à l'opportunisme de l'autre*³⁷. » Sa mise en place demande 4 habiletés ou attitudes de l'infirmière puéricultrice, qui sont décrites par Carl ROGERS :

- L'empathie correspond à la compréhension de la difficulté des parents par la puéricultrice, qui se met à leur place pour se rendre compte de ce qu'ils vivent mais, sans s'y identifier.
- L'écoute active est synonyme de la disponibilité de la puéricultrice, qui prend le temps d'écouter à la fois les paroles et les silences des parents.
- L'authenticité se manifeste par la capacité de la puéricultrice à demeurer elle-même dans sa relation avec les parents. Elle reste spontanée, transparente et ne se prétend pas experte de la situation vécue par ces parents.
- Le non-jugement caractérise l'ouverture de la puéricultrice aux parents et à leur souffrance. Elle consent à les aider sans exiger de changement de leur part.

La relation d'aide prend le plus souvent la forme d'une discussion ou d'un entretien et s'intéresse à des parents en situation de détresse ou en demande de soutien. Elle peut être assimilée à un accompagnement psychologique de ces parents par la puéricultrice.

3) L'accompagnement

Le verbe accompagner est défini par le dictionnaire du Robert comme le fait de « *Se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui*³⁸. » D'après la puéricultrice, cadre de santé et formatrice A-M. MOTTAZ, dans « *Les concepts en sciences infirmières* », la pratique de l'accompagnement s'inscrit dans un contexte de soins où la puéricultrice cherche la mise en lien et la continuité de sa prise en soin de l'enfant à ses parents. Elle est à l'écoute de

³⁷ Vincent MANGEMATIN. *Les concepts de soins infirmiers* [en ligne]. Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-118.htm> (Consulté le 19/03/21).

³⁸ Robert. *Dictionnaire de langue française* [en ligne]. Disponible sur : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/accompagner> (Consulté le 19/03/21).

l'enfant et de sa famille, respecte leurs cheminements, leurs priorités et leurs projets. Elle perçoit les difficultés engendrées par la situation et veille à leur confort physique et moral.

Ce qui ressort de mes lectures est l'épuisement, la culpabilité et le stress ressentis par les parents lorsqu'un professionnel leur expose son questionnement et ses observations. Il est donc nécessaire de prendre du temps pour partager et nommer précisément aux parents les signes cliniques évocateurs avant d'envisager avec eux les démarches à entreprendre. C'est l'alliance des parents à la puéricultrice obtenue grâce à la relation d'aide et de confiance, qui va permettre d'amorcer et de les soutenir dans l'avancement de leur questionnement. Dans « *L'inclusion des enfants en situation de handicap dans les milieux d'accueil de la petite enfance*³³ », Pascale CAMUS, cite que « *L'essentiel n'est pas que, directement après l'entretien, des examens médicaux soient planifiés. Le fait que la relation avec les parents ne soit pas hypothéquée est bien plus important. La mise en mots de ses propres doutes et questions protège la relation et permet de s'engager ensemble dans la recherche de pistes communes* ».

L'intérêt est d'obtenir l'adhésion et l'accord des parents afin d'en venir à leur proposer l'orientation de leur enfant vers des services extérieurs et des dispositifs correspondant à leurs besoins. Ces services comprennent notamment, la PMI et le CAMSP.

e) L'orientation

La poursuite de l'accompagnement des parents s'articule entre la crèche et d'autres acteurs du territoire tels que la PMI et le CAMSP de proximité. Après repérage ou dépistage de difficultés de développement, la puéricultrice oriente généralement l'enfant et ses parents vers le CAMSP. L'ANESM explique dans son ouvrage « *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en CAMSP* », que « *[...] les CAMSP, [...] ont pour vocation la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans en situation de handicap ou présentant un risque de développer un handicap* » et que ses cinq missions sont :

- « *Le dépistage et diagnostic précoce des déficits et des troubles ;*
- *La prévention ou la réduction de l'aggravation des handicaps ;*
- *Les soins ;*
- *L'accompagnement familial ;*
- *Le soutien, l'aide et l'adaptation sociale et éducative*³⁴. »

Les CAMSP inscrivent leur action dans le cadre de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ils prévoient de construire avec l'enfant et ses parents un parcours lui permettant de s'insérer en collectivités. Ce sont des services médico-sociaux au sens de la loi du 02 janvier 2002 rédigée dans le cadre de la rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

D'après l'ANESM, « *Les soins et l'accompagnement proposés sont personnalisés et, l'enfant, en fonction de son âge, et ses parents participent à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accompagnement qui le concerne. Les CAMSP proposent des bilans, des soins et un accompagnement global de l'enfant et de ses parents grâce à la présence d'une équipe pluridisciplinaire composée de médecins spécialisés, de rééducateurs, de psychologues, d'éducateurs spécialisés ou d'éducateurs de jeunes enfants, d'assistants sociaux, etc*³⁴. »

Pour conclure, le rôle de la puéricultrice est de permettre la continuité et l'avancement de l'accompagnement de l'enfant et de sa famille. Elle continue d'intervenir avec son équipe, en assurant le soutien et l'écoute des parents au sein de la crèche mais, les oriente vers un des acteurs de l'intervention précoce : le CAMSP. Sans cette orientation, aucun diagnostic ne peut être posé. Le diagnostic et l'annonce de celui-ci dépendent d'un représentant du corps médical.

IV. Problématique

Au cours de mon travail de recherche, j'ai été amenée à étudier l'enfant et son développement, l'environnement de la crèche dans lequel il peut évoluer, ses parents et leur accompagnement par la puéricultrice. La rédaction de cette première partie théorique m'a permis de me rendre compte de l'importance de cet accompagnement en crèche et de de la difficulté réelle qu'il pouvait représenter pour la puéricultrice dans le cadre de la découverte des troubles du développement de l'enfant. Cette professionnelle se retrouve face à la mission d'alerter et d'orienter les parents vers des services adaptés afin de dépister leur enfant précocement pour lui assurer une intervention et une prise en soin efficiente. S'intéresser à l'accompagnement de la puéricultrice permet alors de percevoir l'action que son rôle et ses actes peuvent avoir sur le comportement des parents dans cette situation.

Je vous rappelle ainsi ma question de recherche qui est :

« En quoi l'accompagnement de la puéricultrice en crèche impacte le comportement des parents lors de la découverte des troubles du développement de leur enfant de moins de 3 ans ? »

La problématique de mon travail de recherche m'a ensuite conduit à la rédaction de ces deux hypothèses :

- La mise en place d'une relation d'aide par la puéricultrice prévient les comportements d'opposition et l'apparition de mécanismes de défense chez les parents.
- L'accompagnement quotidien amène la puéricultrice à communiquer aux parents des observations factuelles afin de mieux appréhender le développement de leur enfant et de les impliquer dans un processus d'intervention et d'orientation.

Afin d'obtenir les informations nécessaires pour pouvoir valider ou non les hypothèses que j'ai émises, j'ai ensuite procédé à une enquête de terrain. Celle-ci s'est réalisée auprès de puéricultrices diplômées travaillant en crèche.

V. Enquête

Dans cette partie de mon travail de recherche, j'aborderai en premier lieu, la méthodologie de l'enquête. J'évoquerai notamment, les choix de l'outil utilisé, du terrain et de la population. Dans un deuxième temps, je procéderai à l'analyse des données recueillies lors de l'enquête, avant de les confronter au cadre théorique que j'ai précédemment étudié.

A. Méthodologie

a) Choix et argumentation de la méthodologie

Au-delà des données scientifiques et des écrits théoriques que j'ai pu exploiter, il me semble primordial d'appuyer mon travail sur des données concrètes, une expérience de terrain et le ressenti des puéricultrices concernées. En effet, les infirmières puéricultrices exerçant en crèche restent les plus à même de relater leurs expériences sur l'accompagnement des parents face à la découverte des troubles du développement de leur enfant. Dans l'optique de poursuivre mon travail de recherche et de l'enrichir de données concrètes, j'ai fait le choix de

m'orienter vers des entretiens. C'est une technique de récolte et d'analyse de données informatives comme l'avis, les sentiments, les représentations ou encore l'attitude de la personne interrogée. A contrario des questionnaires, cet outil permet d'établir une relation entre l'interviewé et le chercheur. C'est un temps d'échange intuitif permettant d'inclure les moments de silence et les différents types de communication (communications non-verbale et paraverbale) dans l'analyse. Après avoir fait le choix des entretiens, je me suis dirigée vers une forme semi-directive. Selon LINCOLN, « *L'entretien semi-directif est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives [...]* »³⁹. C'est une technique d'enquête qualitative qui permet d'orienter en partie le discours des personnes interviewées. Pour ce faire, elle se compose d'une série de questions ouvertes. Ce sont des interrogations objectives telles que « *Pouvez-vous vous présenter et me parlez de votre parcours professionnel ?* », qui ne sont pas orientées par l'interlocuteur et qui permettent à l'interrogé d'utiliser ses mots et son propre jugement. Elles permettent d'obtenir des explications complémentaires et des données qui n'ont pas forcément été envisagées lors de la conception de la grille d'entretien. A l'inverse d'une question fermée, qui impose une réponse simple et brève choisie parmi un panel préétabli. L'ensemble de ces questions a pour but d'affirmer ou d'infirmer les réponses supposées et anticipées que j'ai apportées par mes deux hypothèses. La vérification de celles-ci est donc possible grâce à l'analyse des données que j'aurai recueilli par le biais de mes questions.

J'ai préparé et regroupé mes questions en amont dans une grille d'entretien (Cf. annexe 2). Cette grille d'entretien comporte la liste des questions que je souhaite poser lors de l'entretien. Mes questions sont ordonnées autour de différents thèmes définis et consignés dans mon projet professionnel. La formulation de celles-ci se veut courte et claire. J'ai utilisé un vocabulaire accessible à tous et posé une seule question à la fois, afin de faciliter la compréhension. Par exemple : « *Quelles démarches avez-vous entrepris pour cet enfant et ses parents ?* » Si mes questions ne sont pas ou insuffisamment comprises, j'ai également la possibilité de les reformuler ou d'utiliser une technique de relance. Ce sont des questions qui permettent d'accompagner la parole de la puéricultrice interrogée et de l'amener à être plus précise. Pour illustrer mon explication, la question de relance de l'interrogation précédente est « *Comment avez-vous impliqué ces parents dans les démarches entreprises ?* » J'ai également accordé une

³⁹ Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 3(3), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

attention particulière à la mise en forme de mes questions. Afin que la puéricultrice se sente en confiance, j'ai fait le choix d'ouvrir la discussion par une question introductive et générale en lui demandant de se présenter. J'ai ensuite rédigé mes questions de manière à ce qu'elles soient de plus en plus précises, jusqu'à finir l'entretien par une question m'assurant que l'enquêté ne souhaite pas ajouter d'information. J'ai travaillé et réajusté cette grille à plusieurs reprises afin d'optimiser sa compréhension et de permettre qu'elle réponde au mieux à mes hypothèses. J'ai notamment corrigé le registre de mon vocabulaire (comportement d'opposition au lieu de comportement adverse) et le fait de ne pas poser plusieurs questions à la fois (« *Quand et comment ?* »). Après la rédaction de cette grille et l'accord de mon institut de formation, j'ai souhaité la tester auprès de deux infirmières diplômées actuellement en formation de puéricultrice et ayant précédemment travaillé en service de pédiatrie. Ce test m'a permis de déterminer la durée approximative de mes entretiens. J'ai ainsi pu établir la durée de mes entretiens à une trentaine de minutes chacun. Cette durée n'est pas exhaustive. En effet, le rythme de l'entretien et de l'enquêté doit être respecté. Il s'agit de le lui laisser le temps de penser. Il peut chercher à dire quelque chose sans savoir comment ou bien chercher les mots adéquats, ce qui peut faire durer l'entretien au-delà de 30 minutes.

Après avoir déterminé la temporalité de mes entretiens, j'ai pris contact avec plusieurs puéricultrices travaillant en crèche. J'ai obtenu l'approbation et l'accord de trois d'entre-elles travaillant dans la métropole quimpéroise (29). Je suis restée sans réponse des autres puéricultrices. Je n'ai donc pas eu la possibilité d'interroger de professionnelle supplémentaire.

b) Choix du terrain et de la population

En ce qui concerne la population cible que j'ai choisi d'interviewer, j'ai pris la décision de m'entretenir avec des infirmières ayant effectué la spécialisation de puéricultrice. Le sujet de mon projet professionnel ayant pour thématique l'accompagnement des parents par la puéricultrice, j'ai souhaité m'entretenir avec des professionnels ayant suivi cette même formation. Je n'ai pas défini d'intervalle d'âge pour les soignants que j'ai interrogés puisque, je ne m'intéresse pas au fait que l'âge puisse être un facteur influençant cet accompagnement. Un autre critère de choix s'est avéré impératif. La thématique de mon travail de recherche évoquant la crèche ainsi que l'accompagnement des parents d'enfants âgés de moins de trois ans, j'ai choisi de m'orienter vers des puéricultrices travaillant en crèche. Dans le cadre de cette enquête, j'ai pu être en contact avec trois puéricultrices de structures situées dans la métropole

quimpéroise. J'ai choisi de réaliser mes entretiens auprès de crèches différentes puisque la puéricultrice y exerçant, a généralement le statut de directrice et travaille avec des collègues d'autres spécialités (éducatrice de jeunes enfants, auxiliaire de puériculture, certificat d'aptitude professionnelle accompagnant éducatif petite enfance, agent technique d'entretien ou cuisinier, pédiatre).

Afin de réaliser mes entretiens dans ces différentes crèches, j'ai préalablement soumis ma grille aux trois puéricultrices et directrices de crèche que j'allais interroger. Après accord de ces dernières, j'ai convenu d'une date pour la réalisation de ceux-ci.

c) Déroulement des entretiens

Comme décrit dans le choix de la population que j'allais interroger, j'ai rencontré trois puéricultrices directrices de crèches multi-accueil différentes. Dans chacune de ces rencontres, j'ai commencé par me présenter et énoncer la thématique abordée dans mon projet professionnel. J'ai ensuite demandé l'autorisation d'enregistrer chacune d'entre-elles à l'aide d'un dictaphone, afin de pouvoir retranscrire notre échange ultérieurement. Puis, j'ai poursuivi les entretiens en questionnant les puéricultrices à l'aide de ma grille d'entretien. Enfin, j'ai terminé chacun de ceux-ci en les remerciant pour le temps et l'aide qu'elles m'avaient accordés.

J'ai eu l'opportunité de me rendre dans la métropole de Quimper pour rencontrer la première d'entre-elles. Cette interview s'est déroulée dans le bureau de la directrice après l'heure de fermeture de sa crèche. La puéricultrice avait ainsi plus de temps à m'accorder pour la réalisation de mon entretien. Lors de celui-ci, nous avons été interrompues une fois par un bref appel téléphonique. Notre discussion a duré plus longtemps, c'est-à-dire 45 minutes au lieu des 30 minutes initialement prévues. Ce premier entretien m'a donc permis d'avoir une meilleure guidance et gestion de la durée des entretiens suivants. Mon deuxième entretien s'est déroulé auprès de la responsable d'une seconde crèche multi-accueil située dans la ville de Quimper. Il a duré 30 minutes et s'est passé à distance, par téléphone au regard de la crise sanitaire actuelle. En effet, lorsque j'ai demandé à ces professionnelles leur participation à mon enquête dans le cadre de mon travail de recherche, je leur ai précisé que je leur laissais le choix d'une entrevue en face à face, par visioconférence ou bien par téléphone. La crèche étant une structure d'accueil du jeune enfant, certaines directrices que j'ai interviewées ont préféré un entretien à distance pour limiter le risque de contamination et protéger les enfants et leurs parents de la Covid-19.

C'est ce qui s'est passé pour ce second entretien mais également, pour mon troisième et dernier entretien. Celui-ci a concerné la directrice d'une autre crèche multi-accueil quimpéroise. Il a duré 25 minutes et a eu lieu sur les horaires de temps d'accueil des enfants. Comme le précédent entretien, il s'est réalisé par contact téléphonique. En effet, ces deux professionnelles n'avaient pas les moyens techniques permettant une visioconférence (ordinateur ne disposant pas d'une caméra). La différence entre ma première entrevue en face à face et les deux derniers entretiens que j'ai réalisés par téléphone, réside dans l'absence de communication non-verbale. Je n'avais pas la possibilité de les voir et je me trouvais donc dans l'incapacité d'inclure le langage non-verbal à l'analyse de ces entretiens. Cependant, j'ai pu constater lors de ma discussion avec la première puéricultrice, que ce type de communication n'était pas intervenu.

VI. Analyse

Après avoir retranscrits (Cf. annexe 3) la totalité de mes entretiens, je vais maintenant pouvoir effectuer l'analyse des données que j'ai recueillies lors ceux-ci. J'ai fait le choix de réaliser cette analyse par thématiques. Ce choix est fondé sur la possibilité de comparer ces données à mon cadre de référence de manière plus aisée.

A. Population de puéricultrices interrogées

Pour l'étude de la population interrogée, j'ai décidé de présenter les données que j'avais collectées sur les différentes professionnelles, sous la forme d'un tableau. J'ai pris cette décision afin de pouvoir retrouver leur parcours plus aisément au cours de mon travail d'analyse.

	Nom prêté dans le respect de l'anonymat	Âge	Date d'obtention des diplômes	Expérience en pédiatrie	Date de début d'exercice en crèche
Puéricultrice n°1	Mme J.	56 ans	Diplômée infirmière en 1986 et diplômée puéricultrice en 1994	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience au travers de remplacements dans différentes crèches - Expérience en centre maternel - Expérience dans une école accueillant les enfants épileptiques 	Début d'exercice en tant que directrice de sa crèche actuelle en 2010

				<ul style="list-style-type: none"> - Expérience au travers de cours donnés en Institut de Formation pour le Travail Éducatif et Social (ITES) 	
Puéricultrice n°2	Mme M.	51 ans	Diplômée infirmière en 1988 et diplômée puéricultrice en 1989	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience en service de néonatalogie - Formation de psychologie de l'enfant en Allemagne - Expérience en santé scolaire en service de promotion de la santé des élèves - Expérience en protection maternelle et infantile (PMI) - Expériences en direction de différentes crèches <p>➤ Maman d'un enfant en situation de handicap</p>	Début d'exercice en tant que directrice de sa crèche actuelle en 2018
Puéricultrice n°3	Mme P-M.	36 ans	Diplômée infirmière en 2006 et diplômée puéricultrice en 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience au travers de prises en soins d'enfants en service adulte d'infectiologie et d'urgences 	Début d'exercice en tant que directrice de sa crèche actuelle en 2017

J'observe que la majorité des professionnelles que j'ai interrogées soit, deux sur trois sont des puéricultrices diplômées dans les années 1990. La première est diplômée depuis 1994 et la deuxième depuis 1989. La dernière est diplômée plus récemment, depuis 2017. Néanmoins, elles ont toutes reçu la même formation diplômante dont le dernier texte en vigueur date de 1983. Deux d'entre-elles ont également une expérience significative en pédiatrie avant d'avoir travaillé en crèche. Madame J. a travaillé en centre maternel et dans un internat accueillant des enfants épileptiques. Madame M. a travaillé en néonatalogie, en santé scolaire et a effectué une formation en psychologie de l'enfant. Ces deux puéricultrices ont également

eu des expériences précédentes en crèches au cours de remplacements et de directions de différentes crèches. Madame M-P quant à elle, a travaillé plus rarement avec des enfants en service d'infectiologie et d'urgences adulte et assure sa première direction de crèche dans sa structure actuelle.

Pour la majorité d'entre-elles, je peux donc dire qu'elles ont toutes travaillé dans des services auprès d'enfant, même si la troisième puéricultrice a vécu une expérience antérieure plus importante auprès de l'adulte. Je peux aussi dire qu'elles ont une expérience professionnelle uniquement auprès de l'enfant et avaient déjà travaillé en direction de crèche auparavant pour deux d'entre-elles. De plus, l'ensemble de ces professionnelles étant diplômée d'état puéricultrices, je peux en déduire qu'elles ont les connaissances et l'expérience nécessaires pour l'accompagnement des enfants qu'elles accueillent et de leurs parents.

B. L'accompagnement quotidien de la puéricultrice

Madame M. commence par évoquer sa formation avant toute chose. Cette puéricultrice m'explique que son accompagnement quotidien des parents est guidé par les connaissances qu'elle a acquises au cours de son cursus de formation de puéricultrice et bien plus encore, lorsqu'elle est « partie en Allemagne [...] vécu pendant 6 ans et [...] fait une formation de psychologie de l'enfant. » Pour elle, c'est sa « [...] formation [...] paramédicale avec une bonne connaissance de la physio-biologie et du corps humain [...] » qui lui permet « [...] d'être rassurée et rassurante [...] » pour les parents. Elle me confie que cette formation lui a apporté des « notions intéressantes » et des « [...] pistes pour aller chercher des infos quand on s'intéresse à ce qu'est la relation parent-enfant, ce qu'est l'attachement, toutes ces notions de psychologies qui sont fondamentales, qui sont la base de notre travail. »

Madame J. explique quant à elle, que son accompagnement commence au « [...] premier contact avec les familles [...], qui viennent juste inscrire leur enfant, qui ne savent pas trop ce qu'est une crèche [...] » et qu'elle « [...] accorde beaucoup d'importance à ce temps-là en fait. » Elle invite d'ailleurs les parents à un « [...] premier rendez-vous qui peut durer 1h, 1h30. » : l'« adaptation ». Rendez-vous durant lequel elle précise « [...] comment on accompagne après les enfants à la crèche, comment on travaille aussi [...] ». Pour Madame P-M. aussi « [...] tout commence d'abord par l'accueil. » Pour cette puéricultrice, l'accueil qui désigne la toute première rencontre entre l'équipe de la crèche, l'enfant et ses parents, est un

moment dont il ne faut pas « [...] *rater le coche.* » Il permet de présenter le fonctionnement de la crèche, le rôle et les missions de chaque professionnel. Ça lui semble être « [...] *du temps de gagner. Ça permet aux parents d'identifier qui est qui et à qui se référer en fonction de leurs demandes.* » Madame M. les rejoint sur ce point, puisqu'elle dit « [...] *je présente la crèche, je présente bien les différentes fonctions de l'équipe, les différentes professions qui sont présentes [...].* » Comme j'ai pu l'écrire dans mon cadre théorique, il s'agit donc bien pour la famille, d'avoir l'opportunité de rencontrer les professionnels qui vont prendre soin de l'enfant et de leur faire découvrir les locaux avant son entrée effective en crèche. L'adaptation s'effectue en présence d'un ou des parent(s) de l'enfant et l'intérêt est d'engager une mise en relation entre les professionnels et la famille. Mme P-M., explique d'ailleurs poursuivre cet accueil par d'autres rencontres avec la famille à différents moments et étapes de la vie en collectivité de l'enfant, telles que « [...] *des entretiens au bout d'un mois d'accueil de l'enfant* », ainsi que dans « l'idéal » « [...] *des entretiens plus tard pendant l'accueil [...] à 18 mois et puis avant le départ à l'école.* » voire, « [...] *d'autres entretiens à 18, 20, 22 mois parce que y'a plein de choses qui ont déjà été ancrées au niveau de la motricité [...]* » et « [...] *au niveau du langage.* » La puéricultrice n°3 désigne ces rencontres comme des moments pour « [...] *revoir avec les parents s'ils ont eux des questionnements [...]* » et pour « *reprendre des choses [...], des petites choses qu'on a pu identifier.* »

Au cours de ces entretiens avec les parents, la puéricultrice n°3 explique que suivant les sujets abordés, c'est la puéricultrice et directrice de crèche qui va les mener mais, que « [...] *s'il s'agit d'accompagner les parents par rapport au développement de leur enfant [...], on va s'appuyer sur nos collègues éducatrices de jeunes enfants qui sont quotidiennement en immersion avec les enfants ou auxiliaires de puériculture si jamais l'éducatrice est pas présente.* » Elle précise que dans le cas du développement de l'enfant et d'éventuels questionnements sur celui-ci, « [...] *on est pas seule pour ça. Surtout si on peut avoir à amener une inquiétude à ces parents.* » Madame M. dit elle aussi dans les mêmes termes, qu'elle n'« [...] *agit pas seule [...]* on a des médecins référents et on va faire appel à des tiers [...] » tels que, l'éducatrice de jeunes enfants, les auxiliaires de puériculture, les CAP accompagnants éducatif petite enfance. Elle me précise aussi avoir « [...] *la chance d'avoir la supervision d'une psychologue [...]* » ainsi que, « [...] *la chance aussi de travailler avec une psychomotricienne [...] embauchée par la ville [...].* » Mme P-M. confirme elle aussi pouvoir s'aider du médecin référent de la crèche qui a réalisé la visite médicale d'entrée de l'enfant et « [...] *qui vient une fois par semaine [...]* » et « [...] *on travaille aussi avec une psychomotricienne qui intervient dans les crèches de*

l'agglomération. [...] Elle est quelques jours par semaine chez nous [...]. » Cette approche pluridisciplinaire que j'ai pu identifier lors de mes recherches et poser à l'écrit dans mon cadre de référence, semble fondamentale pour ces puéricultrices dans l'accompagnement des parents des enfants qu'elles accueillent. La puéricultrice possède des connaissances spécifiques au respect de la santé et de l'hygiène de l'enfant. Elle a un rôle de coordination, de gestion et de management mais, lorsqu'une puéricultrice devient directrice de structure, elle s'engage surtout à rejoindre une équipe et à collaborer conjointement avec l'ensemble des professions représentées à la crèche. C'est un point essentiel qui se traduit d'ailleurs par leur utilisation des pronoms personnels « on » et « nous » tout au long des entretiens. Cela reflète qu'elles réalisent chacune de leurs interventions auprès des parents grâce au concours de chacun des professionnels exerçant au sein de leurs structures d'accueil et de leurs compétences.

Abstraction faite de ces rencontres avec la famille qui requièrent parfois l'intervention du médecin de crèche, la professionnelle n°3 termine aussi l'entretien sur une autre notion importante. Lorsque je lui demande si elle souhaite ajouter d'autres choses qui lui reviennent sur la thématique que nous venons d'aborder, elle m'explique qu'elle « [...] propose que ce soit eux (parents) qui voient avec leur médecin traitant directement [...] » pour « [...] les rendre acteurs, pour qu'il y ait une véritable adhésion. » En effet, ce qui ressort de cet entretien sur son accompagnement au-delà même de l'intervention de l'ensemble de ces professionnels, « [...] c'est aussi de leur redonner leur place de parents. Donc c'est pas tout faire à leur place [...]. » Cette idée est partagée par Mme J., qui « [...] n'accompagne pas chaque parent de la même manière. », que « Chaque famille a besoin de temps, de son temps propre quoi. » et qu'il faut être en capacité de laisser ce temps aux parents d'avoir leurs propres cheminements et réflexions.

Concernant l'accompagnement par la puéricultrice, l'analyse de ces trois entretiens montre qu'une puéricultrice met en avant les connaissances acquises lors de sa formation et l'intérêt de continuer à se former tout au long de sa carrière. Elle m'apprend aussi que toutes sont unanimes sur l'importance des temps d'accueil, de rencontres avec la famille et qu'il faut savoir s'appuyer sur les différents professionnels de son équipe en fonction des sujets abordés. Enfin, c'est la volonté de laisser aux parents leur liberté de choix et d'action auprès de leur enfant qui est soulevée par deux d'entre-elles. Ce souhait d'amener les parents à mobiliser leurs propres ressources fait référence à un autre concept de l'accompagnement : la relation d'aide.

C. La mise en place de la relation d'aide par la puéricultrice

Cette forme de relation interpersonnelle est décrite dans mon cadre théorique par C. ROGERS, comme permettant de favoriser les capacités de l'autre, ici des parents. Madame M. dans son entretien, évoque au même titre que pour l'accompagnement, qu'elle s'appuie sur ses connaissances et les missions qui lui sont attribuées en tant que directrice. Elle explique « *Je rassure énormément les parents concernant l'aspect sanitaire, santé, développement de l'enfant et surtout, sur le côté soin, le côté sécurité.* Madame J. parle elle aussi d'« [...] avoir un œil sur le côté sanitaire [...] » et « [...] au niveau hygiène [...] ». La puéricultrice n°2 précise que « *Ça c'est quelque chose qui va énormément les (parents) rassurer et qu'ils ont besoin d'entendre.* » Je remarque aussi grâce à ses mots, que sa mise en place d'un lien avec les parents se fait par la réassurance. En effet, elle utilise le verbe « *rassurer* » et ses dérivés : « *rassuré* », « *rassurant* » sept fois lorsqu'elle répond à ma question « *Qu'est-ce que vous pouvez identifier comme spécificité à l'exercice de puéricultrice en crèche ?* » Ce verbe est défini par le dictionnaire du Larousse comme le fait de « *Rendre confiance à quelqu'un, le tranquilliser*⁴⁰. » C'est donc sur ses connaissances mais aussi, sur la notion de confiance qu'elle s'appuie principalement pour établir une relation avec les familles. Elle explique que c'est grâce à ça qu'« *On les (parents) connaît bien [...].* » Pour la professionnelle n°1 aussi, « *[...] la première chose c'est que les parents se sentent en confiance avec nous, c'est vraiment le plus important [...], qu'ils nous confient l'enfant en toute confiance.* » Cette relation de confiance s'exprime à nouveau au travers des propos des trois puéricultrices, quand elles se présentent aux parents lors de leurs premières rencontres. La puéricultrice n°3 se présente et prend le temps d'énoncer « *[...] quels sont ses rôles par rapport à eux (parents) [...]* », afin que les parents identifient que la puéricultrice est une professionnelle de référence qu'ils ont la possibilité d'interroger et vers laquelle ils peuvent facilement s'orienter. Elle dit aussi « *C'est vrai que plus vite ils m'ont identifié [...], plus vite ils vont pouvoir m'attraper par exemple dans le couloir en me disant 'Je pourrais vous voir un instant par rapport à telle ou telle chose'.* » La puéricultrice n°2 se présente elle aussi puis, indique « *Les parents aiment s'appuyer sur une professionnelle qui va les rassurer [...]. Ils ont une espèce d'assurance qu'ils peuvent se reposer sur un avis qui sera éclairé.* »

⁴⁰ Larousse. *Dictionnaire de langue française* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rassurer/66597> (Consulté le 05/06/21).

Ce qui se dégage ensuite de l'entretien avec Madame P-M. est le champ lexical et les termes employés lorsqu'elle relate son accompagnement des parents. Le champ lexical qu'elle emploie comprend des mots mais surtout, des verbes qui se rapportent à une même idée qui est celle de la suggestion. En effet, au décours de notre conversation, cette puéricultrice utilise sept fois le verbe « proposer » et deux fois « repropose ». Ce verbe transitif signifie « *Montrer quelque chose à quelqu'un, le lui faire connaître, le soumettre à son appréciation, à son choix, à son approbation*⁴¹. » d'après le dictionnaire du Larousse. Cette puéricultrice cherche donc à éviter de brusquer les parents par l'utilisation d'un vocabulaire et de mots adaptés, comme expliqué dans la première partie de mon mémoire. Cette suggestion prend ainsi tout son sens dans la « diplomatie », « la délicatesse et la patience » que Mme P-M. nous explique utiliser auprès des parents. Dans ce même champ lexical, la professionnelle a également recours au mot « invitation » et au verbe « inviter », lorsqu'elle parle de ces rencontres avec les parents. Action que le dictionnaire du Larousse définit comme « *Demander à quelqu'un de faire quelque chose en usant de la persuasion, de la douceur*⁴². »

Madame P-M. m'explique aussi entretenir ce lien et ces rapports avec les familles, par les différents entretiens survenant après l'adaptation de l'enfant et lors desquels, elle dit « *refaire un bilan* », « *revoir avec les parents* », « *reprenre certaines choses* » et se préoccuper de savoir « *Est-ce que les parents sont complètement à l'aise ? Est-ce que l'enfant aussi ?* » C'est entre autres, ce qui permet à cette directrice d'avoir une première approche de la découverte de troubles du développement de leur enfant avec ces parents. Elle expose qu'il est parfois nécessaire lors de ces rencontres, de « *refaire le point [...] pour avoir déjà une amorce.* » Mais aussi, que dans ce type de situation, « *Il faut être capable de dire quand on reçoit les parents que là pour nous, il y a peut-être des choses qui peuvent nous interpeller et qui ne les interpellent peut-être pas eux (parents).* » Cette professionnelle aborde à deux reprises la notion de « transparence » envers ces parents, qui est définie par le dictionnaire du Larousse telle que la « *Parfaite accessibilité de l'information [...]*⁴³. » Elle ajoute que « *C'est hyper important qu'on ne fasse pas croire à des parents que tout va bien. C'est sûr que s'il y a quelque chose,*

⁴¹ Larousse. *Dictionnaire de langue française* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/proposer/64403> (Consulté le 05/06/21).

⁴² Larousse. *Dictionnaire de langue française* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/inviter/44137> (Consulté le 05/06/21).

⁴³ Larousse. *Dictionnaire de langue française* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transparence/79194> (Consulté le 05/06/21).

s'il y a une inquiétude, il faut que ça puisse être évoqué. » Ce qui traduit que pour la puéricultrice n°3, la transparence signifie de ne pas mentir aux parents sur la situation de leur enfant et de leur exposer de manière fiable et éclairée les questionnements soulevés par l'équipe, même si « [...] *c'est toujours un peu délicat.* » Pour Madame M. en revanche, la notion qui prime est celle de la « *mesure* ». Elle explique ne pas « [...] *agir de façon aveugle sans prendre la mesure de ce que ça peut avoir comme incidence derrière, de se tromper ou justement d'être trop rassurant ou pas assez.* » et ainsi, « [...] *être alarmiste juste quand il faut l'être.* » Madame J. la rejoint sur cette notion de mesure. Elle dit qu'il est nécessaire de prendre son temps « [...] *avant d'aller faire quoi que ce soit [...]* », qu'il « [...] *faut faire attention à la façon dont on amène les choses et dont on fait réfléchir les choses aussi aux parents, avant d'aller les inquiéter [...]*. » Pour elle, « *Il est pas question d'être trop frontal et de les mettre en difficulté.* »

Pour ces trois puéricultrices, la mise en relation comprend la confiance que les parents leur accordent en leur confiant leur enfant. Cette confiance passe par un vocabulaire adapté et de la transparence selon l'une d'entre-elles et par la mesure pour les deux autres directrices. La relation d'aide se trouve donc être indispensable à la communication avec des parents, d'autant plus lorsqu'elle implique un échange autour de la découverte de troubles du développement chez leur enfant. Une première étape semble alors nécessaire avant de les alerter, c'est l'observation.

D. La communication des observations aux parents

Madame P-M. explique qu'avant d'« [...] *avoir à amener une inquiétude [...]. Si c'est vraiment une inquiétude marquée [...]* », elle « [...] *va plutôt d'abord en parler en équipe.* » En effet, cette puéricultrice ne s'imagine pas amener le sujet des troubles du développement et alerter des parents avant d'avoir matière à expliquer ses questionnements. Pour cela, elle se base sur les différents professionnels de son équipe et leurs compétences spécifiques. Pour l'évolution du développement global de l'enfant, elle m'indique « [...] *s'appuyer sur ses collègues éducatrices de jeunes enfants [...]* ou *auxiliaires de puériculture [...]* » car, elle « [...] *n'est pas spécifiquement tout le temps présente dans les unités (sections).* » Elle s'aide aussi d'une professionnelle spécialisée dans le développement psychomoteur en travaillant avec une « *psychomotricienne* » qui « [...] *met à disposition des équipes [...], des grilles d'observation sur les différentes acquisitions psychomotrices par exemple.* » Cet outil est inscrit dans mon

cadre théorique comme permettant d'observer et de récolter des données sur le développement individuel et les comportements inhabituels de l'enfant. Cependant, Mme P-M. précise « [...] que c'est juste un outil et qu'elle (psychomotricienne) n'a pas envie non plus qu'on soit très à cheval sur cette grille. » En effet, la puéricultrice dit qu'« Il y a parfois des enfants qui surinvestissent un champ de compétences plus qu'un autre et que chaque enfant à son propre rythme. » Sous-entendu, comme elle l'explique, que cette grille donne simplement de « petits repères ». C'est-à-dire, qu'elle permet au professionnel de se dire « Tiens cet enfant, il a quel âge ? Il ne se retourne pas encore dos / ventre, ventre / dos'. » Et « Donc du coup dans ce cas, d'être alerté. » Madame J. m'explique aussi faire intervenir « [...] une professionnelle (psychomotricienne) qui vienne sur le terrain, sur le temps de l'accueil de l'enfant pour qu'elle l'observe et puisse [...], affiner peut-être nos observations à nous. » Madame M. tient le même discours à son tour lors de notre entretien. Elle évoque « [...] on va vraiment en réunion d'équipe, d'après nos observations des enfants, être [...] de réflexion en complémentarité avec d'autres professions [...]. »

Une fois que ces observations ont été menées en équipe et que la puéricultrice obtient assez d'éléments factuels sur lesquels s'appuyer pour évoquer des difficultés chez l'enfant, Mme M. explique qu'elle « [...] consulte d'abord le médecin référent. », qui va vouloir en parler aux parents ou « [...] va plutôt dire 'Non, non, laissez-le se développer, y'a rien d'affolant [...]. » Mme P-M. la rejoint car, elle m'indique « [...] en parler d'abord au médecin référent. » elle aussi. Mme J. dit-elle aussi, que « [...] certaines choses doivent être aussi portées par les médecins. » Cette discussion avec le médecin peut avoir lieu lors de sa venue programmée « [...] une fois par mois. » pour la puéricultrice n°1, « [...] toutes les 6 semaines [...] » pour la puéricultrice n°2 et « [...] toutes les 6-8 semaines. » pour la puéricultrice n°3. C'est un « [...] temps de réunion qu'on prend. [...] pendant 1h30 pour débattre et parler des enfants. » d'après Madame M.. Un temps sur lequel, la puéricultrice « [...] propose au médecin, justement, d'aborder plusieurs dossiers d'enfants. [...] autant les enfants qui vont bien que les enfants qui pourraient nous poser un petit peu question. » selon Madame P-M., qui caractérise ce moment d'échange comme permettant de « [...] parler de l'enfant [...], en verbalisant avec plusieurs compétences, que ce soient les compétences de l'éducatrice, l'auxiliaire, la puer, le médecin ou la psychomotricienne. » Cette professionnelle ajoute qu'en « parler en équipe », l'« évoquer ensemble » et le « verbaliser » « [...] permet déjà d'avancer un petit peu. » et d'obtenir « plus d'éléments » sur la situation. Les trois directrices précisent d'ailleurs que c'est suite à cette discussion, qu'elles invitent les parents à les rencontrer ou que le médecin prend la décision ou

non de revoir la famille. C'est également au cours de cette réunion entre professionnels, qu'ils « [...] *essaye d'adopter un petit peu tous le même discours finalement.* », de manière à obtenir un seul et même discours au sein de l'équipe selon la directrice n°3. De même pour la responsable de crèche n°1, qui indique que « Toutes les professionnelles doivent travailler sur une même ligne de conduite [...]. » La puéricultrice n°2 exprime elle aussi, l'importance d'avoir le même discours avec les partenaires et intervenants extérieurs. Je cite « Ça veut dire que si le parent va voir un professionnel psychomot ou autre, dépendant de la crèche ou en dehors hein et qu'en face, on lui dit 'Non, non, ça va aller, c'est un petit retard de développement [...].' *Le parent se sent rassuré et il va se raccrocher à ça.* » par exemple. En effet, une fois les difficultés de leur enfant évoquées, les parents peuvent attendre et être en quête d'informations de la part des professionnels. Ils cherchent et ne doivent pas être confrontés à différents avis. En effet, Mme J. explique que « [...] *le parent peut aller interroger n'importe qui, normalement il doit avoir la même réponse.* » Cette démarche d'harmonisation des discours dont parlent toutes les puéricultrices interrogées, permet donc de restituer fidèlement les observations faites de l'enfant à ces parents.

La communication est donc un moyen d'interagir avec les parents et de leur transmettre des informations concernant la santé et le bien-être de leur enfant. L'enjeu que représente la découverte de troubles du développement nécessite cependant, quelques prérequis décrits par les trois directrices, tels que l'observation croisée grâce à des outils et/ou professionnels dédiés, la recherche d'un avis médical, la verbalisation en équipe et l'harmonisation des discours. A l'inverse, un manque de fiabilité ou d'authenticité auprès des parents par exemple, pourrait être à l'origine de l'apparition de comportements d'opposition et de conflits.

E. Les comportements d'opposition et mécanismes de défense des parents

L'apparition d'un conflit peut provenir de non-dits, de malentendus, d'incompréhension ou encore d'un besoin de contrôle. Ce qui ressort de l'entretien avec Madame P-M., c'est qu'elle n'a jamais vraiment eu à faire à des conflits ou à de l'agressivité de la part des parents qu'elle venait de rencontrer pour parler des troubles de leur enfant. Elle évoque que « [...] *par contre, de la fuite ça on a pu en voir.* » La puéricultrice l'explique par le fait que « [...] *ça dérange les parents parce que c'est dur à entendre, c'est peut-être la première fois qu'on leur dit ça, alors qu'ils avaient certainement vu plein de médecins, plein de pédiatres avant.* » La fuite comme décrite dans mon cadre théorique, consiste à éviter le problème en le fuyant grâce à divers

stratagèmes. C'est un processus de défense inconscient mis en place par le psychisme d'un ou des deux parents, afin de se protéger du traumatisme qu'ils peuvent vivre lors de cette découverte. Dans ce cas, la professionnelle parle de « *parents rétissants* ». Elle n'a donc pas à faire à des comportements offensifs mais, à des parents méfiants remettant parfois en question les observations faites par les professionnels. D'autres mécanismes de défense que la fuite sont également identifiés par Madame M.. Lors de notre entretien, elle aborde que « [...] *ce qui est toujours compliqué, c'est quand les parents sont dans le déni et c'est très courant.* » J'ai précisé dans mon cadre de référence que le déni s'apparente au refus de reconnaître la réalité et que celui-ci peut survenir lorsque les parents se trouvent face à une situation qu'ils vivent comme inacceptable. La puéricultrice n°2 indique que « *Dans une situation d'enfant en situation de troubles du développement [...], ça peut être vécu comme insupportable et insurmontable par les parents.* » Elle ajoute que « *La difficulté est alors de pouvoir poser des mots pour cette famille qui ne soient pas mal vécus ou mal interprétés.* » Surtout, lorsque « [...] *la famille ne [...] perçoit pas l'enfant de la même façon. Pour les parents, ça peut être lié à un manque de sommeil, au fait qu'il (enfant) est hypersensible [...].* » selon la professionnelle n°2. Le dernier processus de défense qu'elle évoque, se traduit implicitement par « [...] *la dynamique pour les parents, [...] de se dire 'En fait nous on pense que c'est rien et que ça va se rétablir et puis de toute façon, le fait de penser positivement, on va le tirer vers le haut'.* » Cette dynamique parentale peut être assimilée à l'annulation. Ce mécanisme qui se manifeste comme décrit dans ma partie sur la parentalité d'un enfant atteint de troubles du développement, comme l'illusion de pouvoir annuler la situation grâce à la puissance du souhait des parents. Cette même puéricultrice termine l'entretien en disant que « [...] *c'est terrible pour des parents.* » et qu'« *Il faut entendre cette difficulté exprimée par les parents qui est certainement réelle et les aider [...]* », en toute connaissance de cause, puisqu'elle me confie avoir été dans cette situation « [...] *en tant que maman d'enfant en situation de handicap.* » Madame J. parle quant à elle de « *moyen de défense* » mis en place lors de la découverte par les parents, qu'elle qualifie de véritable « *tsunami* ».

Lors de cette épreuve, la puéricultrice n°1 explique aussi que les parents cherchent à s'adapter du mieux qu'ils peuvent et vivent « [...] *comme des phases de deuil.* » Celles-ci commencent d'après elle, par « [...] *une espèce de phase de colère [...]* » lors de laquelle, les parents « [...] *refusent au départ ou font comme s'ils n'entendaient pas.* » Madame M. aborde aussi cette phase de « *colère* » pour le cas d'un garçon accueilli dans sa structure et dont elle avait été amenée à évoquer un problème de développement avec ses parents. Elle raconte qu'après son

entrevue avec eux, « [...] ils ont commencé à mesurer qu'effectivement, il (enfant) avait un développement qui n'était pas tout à fait le même que les autres [...] » et que « [...] ces parents-là ont évolués avec de la colère au départ. » Mme J. poursuit en disant que cette colère n'est pas ancrée et que le parent entend tout ce qu'elle lui relate, « [...] sauf que pour lui c'est trop douloureux certainement [...] » et qu'« [...] il faut le leur laisser le temps aussi d'encaisser et d'y réfléchir. » pour aller vers « [...] une phase de réflexion et puis des fois, une phase d'acceptation [...]. » Ces phases de deuil décrites en 1969 par E. KÜBLER-ROSS, psychiatre et psychologue américaine, font partie d'un processus psychique que je n'avais pas identifié au cours de mes recherches. Celui-ci comprend pourtant des similitudes avec la mise en place de mécanismes de défenses, puisqu'il comprend le « déni » comme le dit la professionnelle n°1, qui précise que cette découverte peut être associée au deuil d'un enfant qui « [...] ne répond pas à l'idéal. » parce que, « [...] ça renvoie vraiment le parent à quelque chose de difficile [...] » et que « [...] la question de l'enfant est tellement sensible [...]. »

Néanmoins, pour la majorité des parents qu'elle rencontre dans le cadre de la découverte des troubles de leur enfant, la puéricultrice n°3 exprime que « [...] au fond d'eux, ils attendaient un petit peu et se posaient des questionnements aussi, même si ce n'était rien de très construit pour eux. » Elle précise même que « [...] y'a certains (parents) déjà qui ont une bonne connaissance du développement attendu à tel ou tel âge. » et que « Donc certains, sont déjà dans des interrogations pour leur enfant [...] », ce qui selon elle, « [...] facilite un petit peu le travail. » Pour certains de ces parents, ce n'est qu'une question de « tempo ». « Le parent est pas sur le même tempo que nous, il ne voit pas les mêmes choses que nous au même moment et c'est ça qui est compliqué. » car, « [...] on a pas le même temps que les parents. » explique Madame M.. Ce que confirme Madame J. par le fait d'« [...] accepter leur façon aussi de comprendre et d'entendre les choses. » et de « [...] leur laisser le temps eux-mêmes [...] d'arriver à ce propre questionnement. » L'importance que cette puéricultrice accorde au respect du tempo des parents se traduit même par l'utilisation hyperbolique (trente-trois reprises) du mot « temps » lors de notre entretien.

Le comportement adopté par les parents lors de la découverte des troubles du développement de leur enfant ne résume donc pas à l'opposition ou à l'apparition d'un conflit selon ces trois professionnelles. La modification de celui-ci est bien plus complexe et comprend la mise en place de mécanismes internes aux parents. Chacun d'entre eux réagit différemment selon le cheminement et les phases qu'il traverse. Deux puéricultrices sur trois expliquent que

ces parents ont besoin de temps et d'explications pour cela. Ainsi, je suis en mesure de me demander si l'accès à des informations fiables et des connaissances sur le développement attendu suivant le rythme de leur enfant, ne permettrait pas aux parents de mieux appréhender la survenue de ces troubles.

F. L'appréhension des troubles du développement et l'implication des parents

Madame P-M. explique que l'accompagnement des parents dans l'apprentissage du développement et des acquisitions des enfants qu'elle accueille, est primordial. La puéricultrice me confie que parfois, certaines situations d'enfants qui lui posent question sur le plan du développement, sont liées et peuvent être corrigées par simple réajustement avec les parents. Elle m'indique que « [...] des fois, y'a des parents qui assoient le bébé assez rapidement. » et qu'elle peut être amenée à « [...] reprendre ça avec eux, parce que des fois, ils ne voient pas tout de suite l'intérêt de ne pas l'asseoir avant qu'il ne puisse le faire par lui-même. » Madame M. ajoute elle aussi qu'il s'agit parfois de « relativiser » et de ne pas tout de suite se précipiter en proposant par exemple « [...] des activités complémentaires de stimulation. » Ces deux puéricultrices insistent alors sur le fait de conseiller et de guider les parents dans leurs pratiques et de leur expliquer que dans le cas de la professionnelle n°3 par exemple, s'il est mis en position assise trop rapidement, l'enfant risque d'être privé de ses expériences sensorimotrices lui permettant d'apprendre à se connaître et à découvrir progressivement son corps. Mme P-M. répète d'ailleurs plusieurs fois au cours de l'entretien, que la puéricultrice doit être en mesure d'expliquer à nouveau autant de fois que nécessaire car, certains parents peuvent ne pas être en mesure de comprendre à cet instant ou encore oublier du fait de la masse d'informations qu'ils reçoivent quotidiennement par rapport à leur enfant.

Le deuxième point soulevé par la majorité des puéricultrices lors de nos échanges, est que la priorité reste le bien-être et la prise en soin de l'enfant. Mme J. explique que « [...] l'objectif ça va être le bien-être de l'enfant [...]. Qu'il ne s'enkyste pas dans ses difficultés et qu'on intervienne [...] pour que les troubles ne se pérennisent ou ne s'aggravent pas. » Mme M. exprime quant à elle, « [...] on voit l'intérêt de l'enfant, son développement [...] » et que cet « [...] intérêt à dépister l'enfant [...] permet d'obtenir de l'aide notamment [...] ». Et Mme P-M. m'évoque que son objectif à elle, est « [...] qu'on ne passe pas à côté de quelque chose. » et de « [...] s'assurer qu'il y ait un suivi correct de l'enfant à l'extérieur. » La puéricultrice précise d'ailleurs « [...] que c'est surtout là-dessus qu'il faut être rigoureux. ». En effet, ces

puéricultrices ne peuvent pas assurer un accueil personnalisé et sécurisé à l'enfant sans avoir l'avis d'un professionnel sur les questions relatives au développement de celui-ci. Pour ce faire, Mesdames M., P-M. et J. posent d'abord la question aux parents lorsqu'elles s'entretiennent avec eux. Comme décrit précédemment, la directrice n°3 le fait avec « *délicatesse* » et « *patience* » afin de ne pas les brusquer. Elle me donne l'exemple de questions qu'elle peut leur poser : « [...] *est-ce que je peux vous demander quand est-ce qu'il (enfant) a vu le médecin pour la dernière fois ? S'il est bien suivi ?* » ou encore, « *Est-ce que vous aviez évoqué ça avec le médecin lors de sa dernière consultation ? [...] Est-ce que ça se poursuit ?* » L'objectif de ces questions est d'amener les parents à se sentir concernés, investis. La deuxième alternative évoquée par les puéricultrices concerne la prise de contact avec un intervenant extérieur. Mme J. indique qu'elle va « [...] *vers des professionnels qui pourront accompagner l'enfant.* » tels que l'« *orthophoniste* », l'« *équipe du CAMSP* » ou encore le « [...] *conseil départemental, la PMI.* » Mme M. raconte quant à elle, qu'elle « [...] *fait intervenir un organisme spécialisé [...]* » en fonction des difficultés de l'enfant qu'elle a repérées. Elle peut ainsi faire appel à « [...] *un centre spécialisé dans l'autisme [...]* » ou encore le « *CRA⁴⁴* », qui lui permettent de prendre le « [...] *relais pour qu'il y ait un tiers connaissant bien ce type de pathologie ou en tout cas trouble du développement et qui puisse poser les bons mots [...].* » Mme P-M. elle, organise une mise en relation entre le médecin référent de la crèche et le médecin traitant de la famille. Elle explique que parfois « [...] *on a pas les réponses qu'on veut et [...] le parent est vraiment trop dans la fuite.* » Dans ce cas, la puéricultrice dit « [...] *on peut se permettre de médecin à médecin donc, de notre médecin référent au médecin traitant, de prendre contact rapidement pour savoir si effectivement l'enfant est bien suivi.* » Ce qu'elle fait en prévenant préalablement les parents, précise-t-elle. Point sur lequel la puéricultrice n°1 s'accorde en disant que la consultation d'intervenants se fait toujours « [...] *en concertation avec eux (parents).* » Comme je l'explique dans mon cadre de référence, l'intérêt est d'obtenir l'adhésion des parents afin d'en venir à leur proposer l'orientation de leur enfant vers des services extérieurs et des dispositifs correspondant à leurs besoins.

Le dernier élément qui ressort de mes entretiens concerne l'orientation de cette famille. A ma question « *Avez-vous déjà orienté des parents vers une structure adaptée et si oui, laquelle ?* », Madame P-M. me répond « [...] *on oriente pas forcément les parents et leur enfant vers une structure. Par contre, on peut proposer qu'ils revoient leur médecin traitant.* » Pour permettre

⁴⁴ CRA : Centre de Ressource Autisme

à ces parents de s'impliquer dans le suivi de leur enfant et de « [...] les rendre acteurs [...] », la professionnelle m'indique d'abord les rediriger vers leur médecin traitant ou le pédiatre de leur enfant pour faire un point sur la situation et les observations relatées par l'équipe. Le but étant d'accompagner leur parentalité tout en leur laissant le choix du professionnel qui va s'assurer du suivi et du bien-être de leur enfant. Elle poursuit tout de même en me soulignant que si « [...] les parents viennent nous chercher en disant 'Vous avez pas un nom de tel professionnel ? Où est-ce que je peux m'adresser ? », elle reste à leur écoute et en mesure d'« avoir des noms à proposer pour des psychologues, des spécialistes à consulter en cas de trouble du développement ou si l'enfant semble en difficulté. Par exemple pour le CMPI⁴⁵, CMPP⁴⁶ ou le CAMSP. Donc là, on peut les orienter en fonction de nos contacts et à la demande des parents. » A cette même question, Madame M. répond qu'elle est un peu plus directive. Elle explique qu'il faut « [...] faire prendre conscience aux parents que c'est là, [...] c'est une situation. Peut-être qu'elle est transitoire, on en sait rien. Mais à un moment donné, il faut y aller pour qu'on puisse déclencher les aides, les soutiens, le suivi dont a besoin l'enfant. », comme pour « [...] une demande d'orientation pour voir s'il y a pas un trouble de l'audition par exemple. » ou « [...] une demande de suivi au CAMSP. » Tandis que Madame J. de son côté, tend vers l'acceptation que parfois, les parents ne souhaitent pas recevoir d'aide pour leur enfant et qu'ils sont dans leur droit. Elle explique que les professionnels peuvent ressentir un « sentiment de frustration » mais, que « [...] si le parent ne prend pas, ne veut pas prendre ou n'est pas en capacité de prendre. A nous d'accepter qu'on aura essayé et que à un moment donné, de toute façon, leur enfant va aller à l'école et que si on leur en reparle, bah ils vont cheminer quoi. » L'avis divergent de ces trois directrices remet donc en question l'intervention précoce définit dans ma première partie comme les soins et l'accompagnement mis en place dès la suspicion ou la découverte des troubles et dont un des premiers acteurs est l'établissement d'accueil du jeune enfant.

L'objectif pour l'ensemble de ces puéricultrices est donc d'obtenir et d'optimiser l'implication des parents dans la prise en soin de leur enfant. Celle-ci réside dans l'information des parents sur les apprentissages et les étapes de développement pour deux de ces puéricultrices. Toutes s'accordent aussi et surtout, sur la volonté de les rendre acteurs du suivi

⁴⁵ CMPI : Centre Médico-Psychologique Infantile

⁴⁶ CMPP : Centre Médical Psycho-Pédagogique

et des choix qu'ils prennent pour leur enfant. C'est d'ailleurs cette quête d'implication des parents qui en vient parfois à retarder l'intervention précoce auprès de leur enfant.

G. Validation des hypothèses émises

L'étude et la rédaction de mon cadre de référence m'ont permis de déterminer ma problématique et conduite à la rédaction de mes deux hypothèses. Grâce aux données recueillies lors de mes entretiens avec trois puéricultrices directrices de crèche et de leur analyse, je suis maintenant en capacité de pouvoir les confirmer ou les infirmer.

La première hypothèse que j'avais soumise était que la puéricultrice prévenait les comportements d'opposition et l'apparition de mécanismes de défense chez les parents par la mise en place d'une relation d'aide. D'après les informations que j'ai recueillies et l'analyse que j'en ai faite, il s'avère que les puéricultrices sont plus souvent confrontées à l'apparition de processus de défense et d'émotions comme la colère. J'ai aussi pu mettre en avant qu'elles mettent toutes en place des notions relatives à la relation d'aide pour les prévenir, telles que la confiance, l'utilisation d'un vocabulaire adapté, la transparence et la mesure. Même si ce n'est pas sous la même forme, la puéricultrice intègre la relation d'aide à son accompagnement et influence le comportement des parents lors de la découverte des troubles de développement de leur enfant. Mon hypothèse peut ainsi être validée.

La seconde hypothèse que j'avais émise était que la puéricultrice par son accompagnement, communique des observations factuelles aux parents afin de les amener à mieux appréhender le développement de leur enfant et de les impliquer dans un processus d'intervention et d'orientation. Après analyse du contenu des réponses des puéricultrices, je m'aperçois qu'elles accordent toutes une grande importance à la fiabilité des faits relatés aux parents et qu'elles s'entourent de professionnels compétents pour rassembler les observations qui serviront de support pour faire prendre conscience aux parents des difficultés de leur enfant et du développement attendu dans le respect de son rythme. Cela permet aux parents d'en arriver à leur propre questionnement. La volonté de rendre ces parents acteurs de l'intervention et de l'orientation est d'ailleurs mis en avant par les puéricultrices. Ce qui me permet de confirmer partiellement mon hypothèse. En effet, si la communication de ces observations permet aux parents de mieux appréhender le développement, la volonté et les moyens mis en place par ces professionnelles ne suffisent parfois pas à l'implication dans la prise en soin de leur enfant,

selon les trois directrices. Le choix final appartient aux parents qui peuvent tout à fait décider de ne pas entamer ou d'interrompre le suivi de leur enfant. Ils peuvent à tout moment « [...] être dans le déni, dans le refus, fuir et ne plus donner de signe. » comme l'explique Madame M. en fin d'entretien.

VII. Conclusion

Je vais à présent conclure ce travail de recherche sur la thématique de l'accompagnement des parents dans le vécu de la découverte des troubles du développement de leur enfant. Dans une première partie, j'ai établi progressivement mon cadre de référence en m'aidant de différents auteurs que j'ai étudié au cours de ma formation ou que j'ai été amenée à découvrir au cours de la construction de ce travail. Cette partie purement théorique m'a permis de mettre en exergue l'importance de l'accompagnement de la parentalité par la puéricultrice. De ce cadre théorique sont nées une problématique et deux hypothèses dont une où la puéricultrice met une place une relation d'aide avec les parents et l'autre où la puéricultrice communique ses observations aux parents.

Afin de pouvoir répondre à ces hypothèses dans ma seconde partie, j'ai mené mon enquête auprès de trois puéricultrices et directrices travaillant en crèche. Celle-ci a été réalisée par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs dont j'avais ordonné les questions dans une grille d'entretien. Par le biais de ces entretiens, j'ai cherché à évaluer si les trois puéricultrices interrogées possédaient un avis similaire ou divergent et si elles faisaient part des mêmes notions que les auteurs cités dans mon cadre de référence. Je suis maintenant en mesure de dire que ces professionnelles caractérisent toutes leur accompagnement quotidien des familles par l'accueil et les différents temps de rencontre avec les familles, au cours desquels elles mettent en place une relation d'aide. Cette relation peut être basée sur la confiance et la transparence ou encore sur la mesure, l'usage d'un vocabulaire adapté et le respect du rythme des parents, selon les professionnelles. C'est d'ailleurs ce qui signe la validation complète d'une de mes hypothèses, la validation partielle de l'autre et la fin de mon projet professionnel. Celui-ci m'aura appris que l'objectif final derrière l'accompagnement des parents à mieux appréhender le développement et la découverte des troubles de leur enfant, est l'intérêt commun du bien-être et de la santé de l'enfant.

Dans ce même intérêt, j'ai souhaité ouvrir ce projet à l'annonce du diagnostic. En effet, l'accompagnement de la puéricultrice ne s'arrête pas à l'intention de dépister et d'orienter l'enfant et ses parents afin d'intervenir précocement. Une fois les troubles évoqués et le suivi par un professionnel adapté débuté, un diagnostic peut potentiellement être annoncé. Il s'agit alors de maintenir la relation d'aide avec la famille lorsque celui-ci viendra à être posé et bouleverser ces parents. L'accompagnement durant cette nouvelle étape revient en partie à la puéricultrice qui l'a déjà mis en place et qui doit s'assurer de sa continuité tant que l'enfant sera accueilli dans sa collectivité.

VIII. Perspective professionnelle

La conception de ce travail de recherche durant mon année de formation de puéricultrice, m'a demandé beaucoup de rigueur et de persévérance. Néanmoins, sa rédaction m'a apporté un enrichissement sur le plan professionnel mais aussi, personnel.

Sur le plan professionnel, l'ensemble de mes recherches m'a permis d'acquérir des connaissances plus approfondies sur le développement affectif, intellectuel et moteur de l'enfant âgé de moins de 3 ans et des troubles qui peuvent y être associés. Mais également, sur les notions de collectivité, de parentalité et d'accompagnement par la puéricultrice. Les éléments principaux qui émanent de mes recherches sont l'information et l'implication des parents lors de la découverte des troubles du développement de leur enfant. Lorsque j'ai commencé la rédaction de mon cadre théorique, je savais que l'accompagnement des parents par la puéricultrice dans cette situation était primordial mais, je n'imaginai pas l'impact qu'il pouvait avoir sur l'appréhension du développement de leur enfant, la compréhension, le comportement, le vécu et bien sûr l'implication de ces parents. Les différents concepts et notions étudiés dans mon cadre conceptuel, m'ont permis de mettre en évidence les éléments qui étaient mis en place par la puéricultrice pour optimiser leur accompagnement et obtenir une prise en soin précoce de l'enfant.

Sur le plan personnel cette fois, il est vrai que ce projet professionnel m'a demandé un investissement important. Mais, les compétences que j'ai développées au cours de sa rédaction, m'ont appris à me dépasser et à surmonter mes craintes et mes doutes. Aujourd'hui, je me sens fière de la réalisation de ce projet et mieux armée pour ma future pratique professionnelle.

Durant ma pratique en tant que puéricultrice, je serai amenée à accompagner la parentalité dans des situations comme celle que je viens d'aborder dans ce travail. Ce projet professionnel me permet donc de pouvoir mieux appréhender la découverte des troubles du développement chez un enfant, d'avoir les connaissances et le retour d'expérience des puéricultrices que j'ai interrogées, afin de pouvoir optimiser ma pratique en y impliquant les parents. Mes recherches m'ont permis de me rendre réellement compte de l'importance de la place des parents dans la prise en soin de l'enfant et ainsi de l'orienter vers des structures spécialisées afin d'intervenir précocement.

Ce projet a été réalisé dans le cadre de la collectivité et des structures d'accueil du jeune enfant mais, peut bien entendu être appliqué à d'autres services de pédiatrie. Il a d'ailleurs permis de confirmer ma volonté et mon projet d'aller travailler en service de pédiatrie.

Bibliographie

OUVRAGES :

- BLANC, Romuald, et al. *Les troubles du jeu symbolique et du développement de la communication chez les enfants autistes : à propos de la dysrégulation de l'activité*. In *Régulation, autorégulation, dysrégulation. Pistes pour l'intervention et la recherche*. Pratiques psychologiques. Mardaga, 2007, p. 161-171. URL : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/regulation-autoregulation-dysregulation--9782870099322-page-161.htm>
- BILMAN, Jean, A. SHERMAN, Janice. *Observation et participation dans milieux de la petite enfance. Guide pratique*. 2^e édition, Pearson, 2003, p.34-37.
- CARON, Alfred. *Introduction à la puériculture et l'hygiène de la première enfance*. 1865, p. 45.
- DAVID, Myriam, APPELL, Geneviève. *Loczy ou le maternage insolite*. 1001 BB – Bébés au quotidien. Eres, 2012, p.215-242.
- DUPONT, Marc, REY-SALMON, Caroline. *Les unités pédiatriques*. In *L'enfant et l'adolescent à l'hôpital. Règles et recommandations applicables aux mineurs*. Hors collection. Presses de l'EHESP, 2014, p.197-205. URL : <https://www-cairn.info/l-enfant-et-l-adolescent-a-l-hopital--9782810901500-page-197.htm>
- FRIARD, Dominique. *Mécanismes de défense*. MANGEMATIN, Vincent. *Confiance*. MOTTAZ, Anne-Marie. *Accompagnement*. SELLENET, Catherine. *Parentalité*. Hors collection. 2^e édition, Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012, p. 42-43, 118-120, 213-217, 231-233. URL : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>
- JALLEY, Émile. *Actualité de la pensée d'Henri Wallon (1879-1962)*. In *La Pensée*. Vol. 3, N°. 391. Fondation Gabriel Péri, 2017, p. 27-38. URL : <https://www-cairn.info/revue-la-pensee-2017-3-page-27.htm>
- MAURY, Liliane. *Le développement de l'enfant et le langage*. In *Le développement de l'enfant*. Que sais-je ? Presses Universitaires de France, 2008, p. 75-103. URL : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/le-developpement-de-l-enfant--9782130565697-page-104.htm>
- NADER-GROSBOIS, Nathalie, CAPPE, Émilie. *Être parent d'un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme : du stress... à une vie de meilleure qualité*. In *Stress et*

défis de la parentalité. Thématiques contemporaines. Carrefour des psychothérapies. De Boeck Supérieur, 2015, p. 169-188. URL : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/stress-et-defis-de-la-parentalite--9782807300149-page-169.htm#>

- ROGERS, Carl. *La relation d'aide et la psychothérapie*. ESF, 1996, p.33.
- SELLENET, Catherine. *Les puéricultrices au cœur de l'enfance*. Hommes et perspectives, 2002, p.19, 22 et 30.
- THOMAS, R. Murray, MICHEL, Claudine. *La psychanalyse de Sigmund Freud et La théorie du développement cognitif de Piaget*. In *Théories du développement de l'enfant. Études comparatives*. Questions de personne. De Boeck Supérieur, 1994, p. 203-239. URL : <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/theories-du-developpement-de-l-enfant--9782804115951-page-203.htm> / <https://www-cairn.info/theories-du-developpement-de-l-enfant--9782804115951-page-265.htm>
- WINTGENS, Anne, HAYEZ, Jean-Yves. *Guidance psychopédagogique des parents d'enfants atteints d'autisme*. In *La psychiatrie de l'enfant*. Presses Universitaires de France, Volume 49, N°1, 2006, p. 207-226. URL : <https://www-cairn.info/journal-la-psychiatrie-de-l-enfant-2006-1-page-207.htm>

ARTICLES :

- BONNAUD, Michelle. *L'« adaptation » à la crèche*. In *Enfance*. Tome 41, N°2, 1988, p.91-94.
- ROGE, Bernadette. *Troubles du développement*. In *Encyclopædia Universalis*.
- SENS, Dominique. *Les liens parents-enfants-professionnels en crèche collective*. In *Le journal des psychologues*. Tome 2, N°265, Martin Média, 2009, p. 47-50.

DOSSIERS :

- ANESM, Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services Médico-sociaux. *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)*. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, 2014.

- CNAF, Caisse Nationale des Allocations Familiales. *Résultats du Rapport 2017 de l'Observatoire national de la petite enfance*. Dossier de presse, 2018.
- FILE asbl, Fédération des Initiatives Locales pour l'Enfance. *L'inclusion des enfants en situation de handicap dans les milieux d'accueil de la petite enfance*. Guide de formation à l'attention des professionnels de la petite enfance 0-3 ans, 2013.
- HAS, Haute Autorité de Santé. *Autisme et autres troubles envahissants du développement. État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*. Synthèse, 2010.
- PMI, Protection maternelle et infantile de l'Aube. *Observer et accompagner le développement de l'enfant de 0 à 6 ans*. Guide, 2004.

ENSEIGNEMENTS :

- Enseignement sur les *Concepts en communication dans un contexte de soin* dispensé en 2017 par un psychologue clinicien lors de ma première année d'études en soins infirmiers.
- Enseignement sur le *Développement, troubles psychologiques de l'enfant et rôle de la puéricultrice* dispensé du 05 au 22/03/21 par une psychologue clinicienne lors de ma formation de puéricultrice.
- Enseignement sur les *Établissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE)* dispensé le 18/01/21 par une formation de ma formation de puéricultrice.

SITES INTERNET :

- Autisme & Familles Hauts de France. *Qu'est-ce que l'autisme ?* Disponible sur : <https://www.autisme-et-familles.fr/l-autisme/> (Consulté le 31/01/21).
- Gouvernement. *Comprendre la Covid-19*. Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/comprendre-la-covid-19> (Consulté le 15/10/20).
- Haut-commissariat des Nations Unies. *Droits de l'Homme*. Disponible sur : <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx> (Consulté le 15/10/20).
- INSERM, Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. *Autisme*. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme> (Consulté le 31/01/21).

- Larousse. *Dictionnaire de langue française*. Disponible sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue> (Consulté tout au long de l'élaboration de ce travail de recherche).
- ONI, Ordre National des Infirmiers. *Infirmière puéricultrice*. Disponible sur : <https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/les-metiers-infirmiers/infirmiere-puericultrice.html> (Consulté le 07/03/21).
- Robert. *Dictionnaire de langue française*. Disponible sur : <https://dictionnaire.lerobert.com> (Consulté tout au long de l'élaboration de ce travail de recherche).

TEXTES LEGISLATIFS :

- Nations Unies. Assemblée générale. *Convention internationale des droits de l'enfant du 20 novembre 1989*.
- France. Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports. *Article L131-1 du Code de l'éducation, loi n°2019-791 du 26 juillet 2019*.
- France. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. *Article R4311-3 du Code de la santé publique, décret n°2008-877 du 29 août 2008*.

Annexes

Annexe 1 : Exemple de grille d'observation en crèche

Enfant :

Age :

Depuis combien de temps est-il à la crèche :

L'anonymat de l'enfant et du personnel est garanti.

		Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
COMPORTEMENT GENERAL	1 - Il a un bon appétit et mange de tout				
	2 - Son sommeil est de bonne qualité				
	3 - Il prête attention à ce qui l'entoure				
	4 - Il va facilement vers l'adulte				
	5 - Il va facilement vers les autres enfants				
<u>COMPREHENSION</u>					
NON VERBALE	6 - Il réagit aux bruits du quotidien				
	7 - Il réagit aux voix familières (sourire, orientation vers la personne ...)				
	8 - Il se tourne quand on l'appelle				
	9 - Il réagit quand vous lui faites les gros yeux (changement de mimique ...)				
	10 - Il imite des petits gestes (coucou, bravo ...)				
	11 - Il réagit quand l'adulte s'intéresse à lui (sourire, arrêt de l'activité en cours, regard ...)				
VERBALE	12 - Il réagit à des petites consignes en contexte (ex : tu me donnes le jouet?)				
	13 - Il réagit au « non »				
ATTENTION CONJOINTE	14 - Il suit le regard de l'adulte quand celui-ci regarde un objet				
	15 - Il manifeste de l'intérêt pour les livres				
	16 - Il manifeste de l'intérêt pour les jeux de marionnettes				

<u>EXPRESSION</u>					
NON VERBALE	17 - Il peut utiliser des petits gestes pour se faire comprendre (au revoir, non de la tête ...)				
	18 - Il sait attirer l'attention de l'adulte vers un objet qui l'intéresse (regard, pointage du doigt ...)				
VOCALE	19 - Il aime jouer avec sa voix (voix chantante, cri, appel ...)				
	20 - Il babille, dit des petits mots (papapa, mamama, oh ...)				
POINTAGE	21 - Il pointe du doigt un objet qui l'intéresse pour l'obtenir				
	22 - Il pointe du doigt un objet pour en « parler » avec vous, vous demander des informations à son sujet				
<u>INTÉRÊTS</u>					
	23 - Il aime les jeux de coucou/caché				
	24 - Il aime jouer à la dînette, à la ferme, à la marchande, à la poupée (jeux de rôle) ...				
	25 - Il manifeste de l'intérêt pour les comptines				

Grille d'observation à destination des crèches, annexe du mémoire « De l'observation vers la prévention : apports d'un partenariat entre orthophonistes et professionnels de la petite enfance. Enquête auprès des professionnels pour définir des signes d'appel. » en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie (CCO) de l'Université de Lille 2, présenté par L. GAILLARD et C. GUIET.

Annexe 2 : Grille d'entretien

1) Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?

Questions de relance :

- Quels sont vos nom et prénom ?
- Quel âge avez-vous ?
- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état infirmier et votre diplôme d'état puéricultrice ?
- Quels sont les services au sein desquels vous avez exercé ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous en crèche ?

Objectif : Obtenir le nom et le prénom, l'âge, les années d'obtention du diplôme d'état infirmier et du diplôme d'état puéricultrice, les services où le professionnel a exercé et depuis combien de temps le professionnel travaille en crèche.

2) Selon vous, quelles sont les spécificités de l'exercice de la puéricultrice en crèche ?

Objectif : Connaître les représentations que la puéricultrice se fait de son rôle et de ses missions dans la structure dans laquelle elle travaille.

3) Comment décririez-vous votre accompagnement auprès des parents d'enfants que vous accueillez ?

Question de relance :

- Identifiez-vous des moyens et/ou méthodes que vous mettez en place dans l'accompagnement de ces parents ?

Objectif : Mettre en évidence les différentes notions et concepts utilisés (relation d'aide, relation de confiance, communication) par la puéricultrice dans son exercice pour accompagner au mieux les parents des enfants qu'elle accueille.

4) Avez-vous déjà identifié des situations difficiles dans votre exercice auprès des enfants et de leurs parents et qu'avez-vous mis en place ?

Questions de relance :

- Avez-vous déjà été confronté à la découverte de troubles du développement chez un enfant de moins de 3 ans accueilli ?
- Si oui, quel a été votre questionnement ? Si non, quel aurait été votre questionnement ?
- De quelles aides vous êtes-vous servis pour identifier ces troubles ?

Objectifs : Identifier des situations telles que l'observation et la découverte de troubles du développement d'un enfant de moins de 3 ans. Connaître le raisonnement de la puéricultrice dans cette situation. Mettre en évidence les méthodes employées, les outils utilisés et les professionnels consultés pour caractériser ces troubles du développement.

5) Avez-vous déjà fait part de vos inquiétudes sur le développement d'un enfant à ses parents ?

Question de relance :

- Si oui, de quelle manière et dans quel objectif l'avez-vous fait ? Si non, de quelle manière et dans quel objectif l'auriez-vous fait ?

Objectifs : Savoir s'il est important pour la puéricultrice d'informer les parents de ses observations et pourquoi. Prendre connaissance des méthodes utilisées (grille d'observation, faits datés et notifiés, transmission d'informations claires et fiables, échange en équipe, confirmation par un professionnel médical) pour transmettre cette information aux parents.

6) Avez-vous déjà fait face à comportements d'opposition et/ou à l'apparition de processus inconscients lors de la communication de vos observations à ces parents ?

Question de relance :

- Si oui, quels étaient-ils et par quels moyens auriez-vous pu les prévenir ? Si non, quels sont les moyens que vous avez mis en œuvre afin de les prévenir ?

Objectifs : Identifier l'existence de comportements adverses et/ou la mise en place de mécanismes de défense lors de la communication des observations de la puéricultrice à ces parents. Mettre en évidence les moyens utilisés pour palier à ces comportements (mise en place d'une relation d'aide, instauration d'un climat de confiance, usage d'une communication adaptée).

7) Quelles démarches avez-vous entrepris pour cet enfant et ses parents ?

Questions de relance :

- Comment avez-vous pu intervenir à votre échelle ?
- Vous paraît-il important d'agir rapidement et en conséquence ?
- Avez-vous orienté ces parents vers une structure adaptée et laquelle ?
- Comment avez-vous impliqué ces parents dans les démarches entreprises ?

Objectifs : Démontrer l'intervention précoce de la puéricultrice. Identifier les structures de référence (PMI, CAMSP) vers lesquelles la puéricultrice peut se tourner et orienter ces parents. Connaître la place et le rôle que la puéricultrice donne aux parents dans son intervention.

8) Avez-vous d'autres éléments que vous souhaiteriez ajouter ?

Objectif : Permettre à la personne interrogée de faire part d'éléments supplémentaires permettant d'enrichir l'entretien ?

Annexe 3 : Retranscription de l'entretien de Madame M.

Enquêteur : Bonjour, alors du coup [blanc] *je peux commencer par une petite question simple en vous demandant de vous présenter et de me parler un petit de votre parcours professionnel ?*

Enquêté : Bonjour. Oui, donc moi je suis infirmière puéricultrice. Je suis diplômée depuis 89. J'ai travaillé en néonatalogie ensuite, J'ai travaillé en santé scolaire, service promotion de la santé en faveur des élèves. J'ai travaillé en PMI dans un service de mode d'accueil du jeune enfant. Je me suis spécialisée à la fois dans les agréments pour les assistantes maternelles et dans le suivi des structures petite enfance sur le département. Et puis, je suis à ma troisième direction de crèche, voilà. Donc c'est une crèche, c'est un multi-accueil puisqu'on accueille à la fois de l'accueil familial donc, crèche familiale et crèche collective. Le multi-accueil a une capacité d'accueil de plus de 80 enfants, 87 ouais, voilà.

Enquêteur : Très bien. *Est-ce que je peux vous demander votre âge et la date d'obtention de votre diplôme d'IDE ?*

Enquêté : Eh bien, j'ai 51 ans et j'ai obtenu mon diplôme en 88. J'ai enchaîné ma formation de puéricultrice une fois diplômée infirmière.

Enquêteur : *Et à partir de quelle année du coup vous avez commencé à exercer au sein de votre structure actuelle ?*

Enquêté : Dans ma structure actuelle, le multi-accueil, en 2018.

Enquêteur : Je vous remercie de vous être présenté succinctement, c'était très clair et très concis. Je peux commencer sur le vif du sujet. *Ma première question est selon vous qu'est-ce que vous pouvez identifier comme spécificité à l'exercice de puéricultrice en crèche ?*

Enquêté : Alors c'est vrai qu'on a une formation qui est à la fois médicale fin, paramédicale avec une bonne connaissance de la physio-biologie et du corps humain je dirais hein. Déjà ça, je trouve que c'est des points qui nous aident énormément quand on fait du diagnostic infirmier. Donc ça me permet d'être rassurée ou rassurante pour les parents. Je trouve que c'est quelque chose qui est souvent renvoyé par les équipes de professionnels notamment, par les auxiliaires de puériculture qui ont pour certaines, déjà depuis longtemps cette culture un peu paramédicale hein, médico-sociale. Les parents aiment s'appuyer sur une professionnelle qui va les rassurer ou qui va prendre les bonnes décisions rapidement, voilà. Ils ont une espèce d'assurance qu'ils peuvent se reposer sur un avis qui sera éclairé. Alors nous, on agit pas seul hein bien sûr, on est bien conscient de notre limite. Donc, on a des médecins référents et on va faire appel à des tiers pour pas agir de façon aveugle sans prendre la mesure de ce que ça peut avoir comme incidence derrière, de se tromper ou justement d'être trop rassurant ou pas assez. Donc, je pense qu'on

arrive quand même à bien doser entre trop rassurer et au contraire, être alarmiste juste quand il faut l'être. Donc là, au niveau des parents on a aussi une voix qui va porter, on va pouvoir leur dire « *Bah écoutez on vous appelle, c'est pas pour vous inquiéter mais voilà, y'a quelque chose qui nous de notre côté, avec la connaissance qu'on a de l'enfant qu'on accueille régulièrement* ». On les connaît bien donc, on va leur expliquer que là on a un petit côté inquiet et que ce serait bien de prendre un rendez-vous par exemple. On est plus entendu aussi. Je pense que le fait de poser ça parce qu'on a cette connaissance-là, c'est important hein. Moi quand je présente la crèche, je reçois les familles, je présente bien les différentes fonctions de l'équipe, les différentes professions qui sont présentes, les spécificités [blanc]. Je rassure énormément les parents concernant l'aspect sanitaire, santé, développement de l'enfant et surtout, sur le côté soin, le côté sécurité. Ça c'est quelque chose qui va énormément les rassurer et qu'ils ont besoin d'entendre.

Enquêteur : Oui tout à fait. Eh bien justement vous avez répondu à peu près et vous avez commencé à répondre à ma deuxième question qui était : *Comment est-ce que vous pouvez me décrire votre accompagnement au quotidien auprès des parents dont vous accueillez les enfants ?* J'ai bien pris en note que vous parliez surtout de vous présenter, d'annoncer les soins qui vont être faits. *Il y a d'autres choses que vous voudriez décrire sur cet accompagnement ?*

Enquêté : Dans notre formation, il y a aussi le volet développement et psychologie de l'enfant. Donc ça, je voulais pas l'occulter. C'est vrai que nous on a une spécificité en tant que puer, c'est de repérer au niveau sanitaire, au niveau santé, voilà. Ça c'est des choses qu'on sait, c'est notre base mais, il y a aussi toute la psychologie de l'enfant. Moi dans mon parcours si vous voulez, quand je suis sorti de l'école de puer, j'ai donc fait 3 ans et demi en néonate. Après je suis partie en Allemagne où j'ai vécu pendant 6 ans et j'ai fait une formation de psychologie de l'enfant. Donc je suis allé à l'université, j'ai eu besoin d'approfondir des points de la psychologie qu'on aborde en formation de puériculture mais, qui ne sont pas suffisants à mon avis. C'est vraiment aller chercher plus en profondeur en fait. Et c'est vrai qu'on a des notions intéressantes, on a vraiment des pistes pour aller chercher des infos quand on s'intéresse à ce que c'est la relation mère-enfant, ce que c'est que l'attachement, toutes ces notions de psychologies qui sont fondamentales, qui sont la base de notre travail. Et ça, c'est le deuxième gros point je trouve. A partir de ça, on va vraiment en réunion d'équipe, d'après nos observations des enfants, être aussi un support de réflexion en complémentarité avec d'autres professions, puisque nous avons la chance d'avoir la supervision d'une psychologue et ça c'est super. On a vraiment des équipes qui sont dans une capacité euh [réflexion] une maturité professionnelle j'appelle ça. Donc neutralité, écoute, positionnement non jugeant vis-

à-vis des familles, capacité de distanciation professionnelle, d'élaborer vraiment des hypothèses, d'écouter vraiment et du coup aussi de changer leur vision des choses. Quand une collectivité comme la mienne par exemple, fait le choix de proposer de la supervision à ses agents de crèche, c'est un outil de travail qui est indispensable et qui permet de tout comprendre. Parce qu'en fait, on gagne énormément de temps. Du coup, quand on doit annoncer [blanc] même si nous, on est pas là pour annoncer quoi que ce soit aux familles mais, les orienter, les diriger, leur faire part de nos interrogations sur un développement d'enfant, on va commencer à élaborer ça aussi en réunion de supervision.

Enquêteur : D'accord. *Et justement est-ce que ça vous est déjà arrivé de faire face à ce genre de situation et du coup d'avoir identifié des situations plus difficiles dans votre exercice auprès d'enfants et des parents ?* Notamment là, vous parliez de la découverte de troubles du développement par exemple.

Enquêté : Oui, oui, tout à fait. On a eu un cas dernièrement. C'est un petit garçon qui était accueilli chez une assistante maternelle donc, de la crèche familiale, avec des troubles du développement qui étaient repérés. Alors, on a la chance aussi de travailler avec une psychomotricienne hein, qui est embauchée par la ville, qui intervient au domicile des assistantes maternelles ou lors des activités d'éveil, pour pouvoir observer les enfants à la fois en collectif et en familial. Et donc nous aider aussi soit à voir, soit à confirmer quelque chose qu'on pressent ou encore à relativiser, ou à proposer des activités complémentaires de stimulation. Parce que, c'est jamais évident le découverte, parlons d'une situation de handicap par exemple hein. Euh [blanc] c'est vrai que quand on le découvre dans la toute première enfance, c'est très long comme parcours pour les parents. C'est long et puis, pour nous quand on est les premiers à révéler ça ou en tout cas à mettre le doigt sur quelque chose qui n'est pas tout à fait dans les standards, parce que y'a pas d'âge, y'a pas de norme on est bien d'accord que le développement de l'enfant il est individuel mais, ce n'est jamais simple pour nous. Donc, on consulte d'abord le médecin référent. Et parfois, il va plutôt dire « *Non, non, laissez-le se développer, y'a rien d'affolant si l'enfant ne marche pas à 2 ans* » par exemple. Effectivement des fois, il suffit d'un petit déclic. C'est parce qu'on a parlé avec la famille, parce que la famille a été en complément des activités d'éveil avec une psychomot et d'un coup, des choses se développent. Bon [blanc] quand la famille arrive à en parler et que c'était lié à autre chose, peut-être un blocage psychologique, bon bah oui ça me confirme que des fois ne pas marcher à deux ans n'est pas synonyme de handicap vous voyez ?

Enquêteur : Oui, absolument.

Enquêté : Mais, on peut avoir aussi intérêt à dépister l'enfant qui permet d'obtenir de l'aide notamment, pour l'autisme. Dans ce cas, on a pu travailler avec un centre spécialisé dans l'autisme, qui nous a fait une formation qui nous a vraiment transmis comme message, qu'il est important de dépister tôt en fait, le plus tôt c'est le mieux. Donc avec cette connaissance-là, on peut se dire que c'est difficile, parce qu'on a pas le même temps que les parents. Nous on repère des choses puis, on part sur une piste comme l'autisme par exemple mais, y'a tout une batterie de test à faire au préalable pour éliminer d'autres choses. Et ce qui est toujours compliqué, c'est quand les parents sont dans le déni et c'est très courant. Le parent est pas sur le même tempo que nous, il ne voit pas les mêmes choses que nous et c'est ça qui est compliqué. Donc là, c'est tout l'intérêt aussi d'avoir la supervision de la psychologue, qui peut aussi un petit peu nous alerter sur des signaux renvoyés par les parents. Dans une situation d'enfant en situation de troubles du développement comme vous le décrivez, ça peut être vécu comme insupportable et insurmontable par les parents. Du coup, ça peut devenir un peu compliqué dans la gestion c'est vrai. La difficulté est alors de pouvoir poser des mots pour cette famille qui ne soient pas mal vécus ou mal interprétés comme de la discrimination.

Enquêteur : Eh bien justement, c'est ce que j'allais vous demander. Dans une situation comme celle-là, *comment est-ce que vous amenez et faite part de vos inquiétudes sur le développement de l'enfant et dans quel objectif du coup ?*

Enquêté : Alors, au tout démarrage, il y a déjà plusieurs rendez-vous avec la famille avec une demande d'orientation pour voir s'il y a pas un trouble de l'audition par exemple. Il peut y avoir une demande de suivi au CAMSP. Ce qu'il faut savoir, c'est qu'ici le CAMSP est débordé, alors les rendez-vous trainent. Ça peut s'avérer compliqué, surtout quand la famille ne comprend pas forcément les enjeux parce qu'elle perçoit pas l'enfant de la même façon. Pour les parents, ça peut être lié à un manque de sommeil, au fait qu'il est hyper-sensible mais c'est vrai qu'en grandissant, ils peuvent commencer à le comparer et à voir un petit peu qu'il y a des choses différentes. En fait, la dynamique pour les parents, c'était aussi et on peut pas leur reprocher, de se dire « *En fait nous on pense que c'est rien et que ça va se rétablir et puis de toute façon le fait de penser positivement, on va le tirer vers le haut* ». C'est certes une spirale dynamique. Et quelque part, c'est juste en même temps ! Si on se projette sur un truc qui est sombre et où il n'y a pas de possibilité d'évolution, c'est terrible pour des parents. Surtout si c'est leur premier enfant à tous les deux. Je peux prendre l'exemple d'un petit garçon dont le dossier a la MDPH⁴⁷ n'était pas lancé parce qu'il y avait du déni et que les parents tardaient à

⁴⁷ MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

faire les démarches alors que toutes les pistes avaient été explorées mais, c'est juste pour eux en même temps. On peut pas leur reprocher, encore une fois, de vouloir explorer toutes les pistes possibles et de se dire « *Bah voilà, qu'est-ce que c'est ?* » Et nous on ne peut pas se permettre d'aller dans un autre sens et d'étiqueter ça comme de l'autisme par exemple. Parce que d'abord, on a pas le droit hein, c'est pas dans nos compétences. Même s'il y avait quand même de fortes suspicions. Donc, on a fait intervenir un organisme spécialisé qui s'appelle euh [blanc] je me rappelle plus du nom [réflexion] je crois que c'est le CRA⁴⁸, qui a fait une observation au domicile de la maman et puis ensuite, qui a fait venir les parents. Ce qui était bien, c'est qu'à un moment donné, ils ont pris notre relais pour qu'il y ait un tiers connaissant bien ce type pathologie ou en tout cas trouble du développement et qui puisse poser les bons mots en attendant le diagnostic. Parce que le diagnostic ne venait pas, il y avait des tests génétiques en cours. Donc les parents attendaient de côté-là aussi et donc, ça a pris beaucoup de temps. La reconnaissance MDPH on l'a attendu très longtemps également. Une fois cette reconnaissance, on a pu poser les mots pour les parents, et que petit à petit, ils intègrent la notion d'enfant différent et qu'il soit pleinement intégré dans la collectivité. Après ça, ils ont commencé à mesurer qu'effectivement, il avait un développement qui n'était pas tout à fait le même que les autres, voilà. Mais on a fait ça avec je dirais, ces parents-là ont évolué avec de la colère au départ. Il y avait de la colère, il y avait des mots comme la discrimination. Ça peut nous mettre dans une situation inconfortable qui risquerait de l'être pour l'enfant aussi. Il faut entendre cette difficulté exprimée par les parents qui est certainement réelle et les aider avec l'appui de la psychologue. Donc, on a gardé cet enfant un an de plus en crèche afin qu'il soit scolarisé dans les meilleures conditions notamment, avec une AVS⁴⁹ après une reconnaissance par la MDPH. Je pense que l'accompagnement qu'on a fait auprès de ces parents et de leur enfant leur a permis de progresser.

Enquêteur : D'accord. Vous dites que vous êtes intervenue finalement avant une entrée à l'école et que vous lui avez permis de rester un an de plus. *Ça vous paraît important d'agir assez rapidement et en conséquence dans ce genre de situation ?*

Enquêté : Tout à fait. Bah oui, oui. Ce qui est pour nous très difficile, c'est quand il n'y a pas de place au CAMSP et que ça traîne. Il y a aussi la volonté pour certains parents que leurs enfants intègrent l'école pour des raisons financières et parce que ça les normalise. Mais voilà, on déplace seulement le problème quelque part hein. Nous on souhaite vraiment, que les enfants

⁴⁸ CRA : Centre de Ressource Autisme

⁴⁹ AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire

puissent rester le plus longtemps possible et qu'on leur propose une alternative avec un maintien en crèche co ou un maintien en crèche familiale pour justement leur permettre d'aller à leur rythme. Quand on voit un problème de développement notamment. Mais quand les familles s'y opposent, on a beau développer tous les arguments, tirer tous les arguments, le parent qui ne veut pas, ne voit pas.

Enquêteur : Oui c'est sûr. Du coup, c'est ce que j'allai vous demander. *Par quels moyens et comment est-ce que vous arrivez à intégrer les parents dans ces prises de décisions et ces démarches par rapport au fait de les orienter vers une structure comme le CAMSP ou de convenir avec eux de laisser l'enfant une année de plus à la crèche ?*

Enquêté : En fait, ça dépend des discours que vont avoir aussi nos partenaires. Ça veut dire que si le parent va voir un professionnel psychomot ou autre, dépendant de la crèche ou en dehors hein et qu'en face on lui dit « *Non, non, ça va aller, c'est un petit retard de développement mais, il est dans les standards, vous inquiétez pas, il faut juste le temps.* » Le parent se sent rassuré et il va se raccrocher à ça. Et en fait, nous dans nos discours on voit l'intérêt de l'enfant, son développement, on a nos critères à nous. Mais pour le parent, il va se raccrocher au fait qu'il a juste besoin d'un peu plus de temps pour se normaliser [silence]. Moi je peux vous le dire car, je suis dans cette situation là en tant que maman d'enfant en situation de handicap. Ce qui est compliqué, c'est que moi j'avais pas de diagnostic pour mon garçon et on savait pas ce qui allait pas, il y avait quelque chose au niveau du développement qui collait pas. C'est très compliqué quand on sait pas ce qu'a son enfant. Donc, il y aussi toute cette inconnue parce qu'on peut pas mettre encore de diagnostic. Ça peut prendre énormément de temps de savoir et d'être sûr à 100% que c'est de l'autisme par exemple. Et lorsque l'on a bien entamé la réflexion avec la famille avant, le suivi de l'enfant est difficile à obtenir de la part de ces parents sans diagnostic. Donc c'est long hein. Et c'est vrai qu'en tant que parent, il est difficile parfois d'étiqueter son enfant handicapé, reconnaissance MDPH [blanc]. C'est quand même une reconnaissance de statut de handicap. C'est compliqué, parce que les parents se fixent sur ce que ça véhicule dans la société, d'avoir un enfant différent. Est-ce qu'on va lui garder cette étiquette-là. Alors ce qui est très important pour moi, c'est ce que je dis aux familles, je leur explique que c'est une situation de handicap. On a transformé le vocabulaire du justement [blanc]. On dit plus un enfant handicapé, on dit un enfant en situation de handicap. Parce que tout un chacun peut se retrouver en situation de handicap dans sa vie, même de façon momentanée. C'est-à-dire que vous vous cassez une jambe, vous êtes en situation de handicap mais, ça va peut-être prendre 6 semaines et après vous êtes de nouveau valide. Donc c'est vraiment, faire prendre conscience aux parents que c'est là, voilà mais, qu'il faut essayer

d'oublier le côté handicap, c'est une situation. Peut-être qu'elle est transitoire, on en sait rien. Mais à un moment donné, il faut y aller pour qu'on puisse déclencher les aides, les soutiens, le suivi dont a besoin l'enfant. Il faut qu'il soit pris en charge avant l'école. Et que cela peut-être bien plus que bénéfique pour l'enfant, si on peut engager déjà certains suivis avant l'école. Mais, la problématique reste toujours la même, le même cheminement. Comment faire adhérer les parents quand les parents ne voient pas et ne savent pas ou ne veulent pas savoir. Ils peuvent décider de laisser le suivi où il en est à tout moment, ne plus donné de signe, être dans le déni, dans le refus et fuir.

Enquêteur : Je ne sais pas si vous voyez d'autres éléments à ajouter. Je vous remercie déjà d'avoir pris le temps et la disposition de faire cet entretien en tout cas. *Est-ce qu'il y a des choses que vous voyez à ajouter ?*

Enquêté : Je pense que ce qui est important c'est le travail d'équipe, le travail d'observation croisée. On a eu la chance de faire venir en journée pédagogique des intervenants sur l'observation et on en profite pour prendre ce temps de travail en équipe pour parler de l'observation d'enfants que l'on accueille. Il ne faut pas oublier malgré les tâches administratives, que notre travail de directrice [blanc]. C'est l'enfant, nous on est puer à la base hein et donc, c'est important de garder aussi ce contact là avec notre cœur de métier. Moi c'est quelque chose que j'apprécie énormément ici, ces temps de réunion qu'on prend. On a 3 unités de vie et on prend un temps toutes les 6 semaines avec chacune pendant 1h30 pour débattre et parler des enfants. Donc, pour chaque enfant on va voir où est-ce qu'il en est de son développement. La psychomot qui est avec nous va aussi échanger là-dessus. C'est vraiment un travail de puer, d'auxiliaire de puer, de psychomot, de se poser et d'observer l'enfant, où il en est de son développement, comment est-ce qu'on va poursuivre dans la relation avec les parents, comment est-ce qu'on avance avec lui, qu'est-ce qu'on peut lui proposer de plus au travers de nos pratiques. Ça c'est important, ce travail d'équipe et d'observation qu'il faut absolument garder quand on travaille en crèche. Moi je pense que c'est par là que passe la reconnaissance de notre profession [silence].

Enquêteur : Je vous remercie encore pour votre temps et votre participation à mon projet de recherche. Je vous souhaite bon courage pour la fin de votre journée et une bonne continuation pour la suite. Encore merci [blanc], au revoir.

Enquêté : Merci à vous et bon courage pour la fin de vos études et le rendu de votre mémoire. Au revoir.