



HAL
open science

Se construire après une naissance difficile, les bénéfices de la séance de groupe pour le parent et son enfant

Léa Dochy

► **To cite this version:**

Léa Dochy. Se construire après une naissance difficile, les bénéfices de la séance de groupe pour le parent et son enfant. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03735842

HAL Id: dumas-03735842

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03735842>

Submitted on 21 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Institut de Formation en Psychomotricité
De la Pitié Salpêtrière
Faculté Médecine Sorbonne Université
91, Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris



Se construire après une naissance difficile, les bénéfices de
la séance de groupe pour le parent et son enfant.

Mémoire de fin d'études présenté par Léa Dochy
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Maître de mémoire :
Bérengère Botros

Session : 2021/2022

Remerciements

Je tiens à remercier Bérengère, ma maître de stage et maître de mémoire, sans qui ce travail n'aurait pu exister. La qualité nos échanges, sa bienveillance et son accompagnement tout au long de l'année m'ont permis d'étayer ma future pratique professionnelle.

Un grand merci à toute l'équipe du CAMSP, pour leur accueil et la transmission de leurs connaissances et de leurs savoirs qui m'ont permis de faire évoluer mon regard.

Je remercie chacun des enfants et parents que j'ai pu rencontrer lors de ce stage. J'ai beaucoup appris à leur contact et ainsi pu enrichir ma pratique.

Je remercie les différents relecteurs de ce mémoire qui ont pris de leur temps pour apporter de précieuses suggestions.

Je remercie mes parents et mon frère pour leur soutien sans faille, tout au long de ces années.

Merci à Thomas pour sa présence et son soutien depuis les concours d'entrée en école jusqu'à la fin de ces trois années d'étude.

Je remercie enfin mes amis, futurs psychomotriciens, rencontrés tout au long de ce parcours et que je serai ravie de retrouver dans ma vie professionnelle.

Sommaire

INTRODUCTION	9
1 LE GROUPE PARENT-ENFANT	11
1.1 LE CONTEXTE	11
1.1.1 PRESENTATION DU CENTRE D'ACTION MEDICO-SOCIALE PRECOCE	11
1.1.2 LE ROLE DE MA MAITRE DE STAGE AU SEIN DE CE CAMSP	12
1.1.3 MA PLACE DE STAGIAIRE	13
1.2 DESCRIPTION DU GROUPE PARENT-ENFANT	14
1.2.1 LE PROJET DE CE GROUPE	14
1.2.2 LES OBJECTIFS	15
1.2.3 PUBLIC	16
1.2.4 LE CADRE	17
1.2.5 LE DEROULEMENT D'UNE SEANCE	18
1.3 LA PRESENTATION DES ENFANTS ET LEURS PARENTS	20
1.3.1 PAOLO ET SON PAPA	20
1.3.2 ARTHUR ET SA MAMAN	22
1.3.3 CAPUCINE ET SA MAMAN	24
1.3.4 VICTOR ET SA MAMAN	26
1.4 APPORT THEORIQUE SUR LE GROUPE ET LE JEU	28
1.4.1 LE GROUPE	28
1.4.2 LE JEU	30
2 LES BESOINS DES PARENTS DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE LEUR ENFANT.	33
2.1 LA PARENTALITE	33
2.1.1 DEFINITION, ETRE PARENT	33
2.1.2 L'ARRIVEE D'UN ENFANT	34
2.1.3 CONSTRUCTION DU LIEN D'ATTACHEMENT	35
2.1.4 SENTIMENT DE SECURITE DU BEBE	37

2.2	LA PARTICIPATION DES PARENTS DANS LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE LEUR ENFANT	39
2.2.1	LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR	40
2.2.2	RENDRE LE PARENT ACTIF DANS LEUR QUOTIDIEN	42
3	<u>LA SEANCE DE GROUPE PARENT-ENFANT EN PSYCHOMOTRICITE, LE ROLE DES PROFESSIONNELS</u>	46
<hr/>		
3.1	LA PREVENTION	46
3.2	OBSERVER ENSEMBLE	47
3.3	UN SOUTIEN A LA PARENTALITE	48
3.3.1	ÊTRE A L'ECOUTE	48
3.3.2	L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE	49
3.3.3	LA GUIDANCE PARENTALE	50
3.3.4	LIBERATION DE LA PAROLE	51
4	<u>AU FIL DES SEANCES</u>	52
<hr/>		
4.1	LES MOTS AUTOUR DES NAISSANCES	52
4.2	LES CONSEILS DES PROFESSIONNELLES, MAIS AUSSI ENTRE PARENTS	53
4.3	APPRENDRE A VOIR	55
4.4	ACCEPTER LE FAIT QUE SON ENFANT EST UNIQUE	56
4.5	SORTIR DE L'ISOLEMENT	57
4.6	PREMIERS PAS VERS LA SOCIALISATION	58
4.7	L'IMITATION	59
4.8	PREMIERS PAS VERS LA SEPARATION	60
5	<u>LA FIN DE CE TEMPS EN GROUPE</u>	62
<hr/>		
5.1	DE MANIERE GENERALE	62
5.2	POUR NOS PATIENTS	63
5.2.1	PAOLO	63
5.2.2	ARTHUR	64
5.2.3	CAPUCINE	65
5.2.4	VICTOR	67

<u>CONCLUSION</u>	68
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	70
<u>SITOGRAFIE :</u>	73
<u>ANNEXES</u>	I
<u>ANNEXE A</u>	I

Table des illustrations

Vignette 1 - Comportement d'attachement	37
Vignette 2 - Être actif au quotidien	42
Vignette 3 - Être compris et soutenu	51
Vignette 4 - Naissances mises en mots	52
Vignette 5 - Conseiller, être conseillé	53
Vignette 6 - Chaque enfant est différent	56
Vignette 7 - Les premières approches	58
Vignette 8 - L'imitation	59
Vignette 9 - L'éloignement	60

Glossaire

Âge corrigé	Quand un enfant est né prématuré nous allons jusqu'à ces deux ans prendre en compte son âge corrigé au sein du milieu médical. C'est l'âge qu'il aurait selon la date probable de l'accouchement. Le calcul se fait en enlevant à l'âge réel les semaines de prématurité.
Clonie	Est une contraction musculaire brève involontaire et soudaine. Nous observons régulièrement des clonies dans le cadre de troubles neurologiques.
Dysplasie broncho-pulmonaire	Est une affection chronique des poumons fréquemment retrouvée chez les enfants prématurés suite à l'utilisation d'un respirateur.
Epicanthus	Est un repli cutané semi-lunaire, au départ de l'angle interne de l'œil jusqu'au bord du nez.
Grossesse monochoriale biamniotique	gémellaire Est une grossesse multiple comportant un seul placenta et deux poches amniotiques.
Macrosomie	Est généralement définie par un poids de naissance supérieur à 4000g.
Rétinopathie	Est une atteinte des vaisseaux sanguins de la rétine pouvant à terme générer une cécité.
Syndrome d'alcoolisation fœtale	Désigne l'ensemble des répercussions (à la fois physiques, cognitives et comportementales) liées à l'exposition à l'alcool pendant la grossesse.
Tocolyse	La tocolyse est utilisée afin de poursuivre la grossesse lorsqu'il existe une menace d'accouchement prématuré.

Introduction

Depuis maintenant des années, je réalise des gardes d'enfant régulièrement. J'ai rencontré, selon l'application que j'utilise, cinquante familles différentes. J'ai donc découvert cinquante environnements différents, cinquante types de famille, des familles monoparentales vivant dans une maison à la campagne, des familles homoparentales vivant à Paris dans un appartement, des familles nucléaires vivant entre Paris et New-York... J'ai également pu observer différentes relations parent-enfant, allant de parents absents mais très présents psychiquement à des parents présents mais parfois en décalage avec les besoins de leur enfant. Dans toutes ces situations, je n'ai fait qu'observer, et apporter ce dont ces parents avaient besoin, du temps pour eux. J'ai pris conscience à quel point l'environnement de l'enfant a une influence sur son développement psychomoteur, et peut ainsi favoriser celui-ci en proposant une liberté de mouvement et des propositions variées. Mais toutes ces observations me permettent aujourd'hui de n'avoir aucun préjugé lorsque je rencontre une famille, car je sais qu'il est impossible de rentrer dans une catégorie. Chaque enfant est différent, chaque parent est unique, chaque famille est singulière.

Ce mémoire prend son origine dans un questionnement qui m'est apparu lors de cette troisième année. Je réalise alors un stage dans un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP). C'est alors la première fois que j'effectue un stage dans lequel la place du parent est centrale dans la prise en charge de l'enfant. En septembre débute le groupe parent-enfant, mis en place depuis des années au CAMSP. Il regroupe plusieurs couples parent-bébé pour qui la relation semble à soutenir, avec un éveil psychomoteur à surveiller chez l'enfant.

J'ai au début concentré mon regard sur le tout petit et son développement, découvrant alors, de manière pratique, les conséquences des complications pouvant survenir à la naissance d'un enfant. Puis, j'ai ouvert mon regard vers les parents présents et j'ai réalisé le rôle essentiel que joue le parent dans le développement psychomoteur de son enfant. J'ai pu entendre les difficultés rencontrées par ces parents ainsi que les traumatismes de la naissance qu'ils devaient surmonter. Je me suis questionnée sur l'importance de ce groupe dans ces situations. En tant que future professionnelle je me suis interrogée sur le soutien que l'on pouvait apporter dans cette dyade afin de soutenir la parentalité en construction et ainsi de favoriser le développement psychomoteur de l'enfant.

J'ai réalisé après plusieurs séances de groupe que ce temps partagé profitait autant aux parents qu'aux enfants. Mon parcours en psychologie, préalablement à mes études de psychomotricité, a très certainement contribué à orienter mon regard sur le parent et ses difficultés. Les questions qui me sont venues suite à ces observations sont les suivantes. Comment le parent peut-il soutenir son enfant dans ses apprentissages ? Dans cette dynamique, dans quelle mesure ce groupe est-il bénéfique pour le parent et son enfant ? Quels sont les avantages mais aussi les inconvénients peut-être de ce suivi en groupe plutôt qu'en individuel ? La problématique que j'ai choisie pour ce mémoire est en quoi la séance de groupe parent-enfant soutient le parent dans sa participation au développement psychomoteur de son enfant ?

Je m'efforce tout au long de ce mémoire de répondre à cette question à l'aide de mes observations mais également au travers des mots des parents. Sachant que je réalisais un travail sur ce groupe, sans pour autant en connaître le sujet, ils ont pris plaisir à répondre à mes questions à l'oral mais également auprès d'un questionnaire (cf. Annexe A) dont j'ai utilisé les réponses à des fins qualitatives. Dans le cadre de ce mémoire, des vignettes cliniques sont présentées, elles sont encadrées en noir. Je m'appuie également sur des notions apprises durant l'enseignement. Mon mémoire s'oriente ainsi dans le cadre dynamique de la psychomotricité dans une orientation clinico-théorique.

Pour répondre à ces questions, comme une histoire, j'aborderai d'abord le contexte en décrivant le cadre, le groupe ainsi que les différents couples parent-enfant que j'ai eu la chance de rencontrer cette année. J'expliquerai ensuite quelques notions qui nous permettront de mieux comprendre les intérêts de ce groupe. Je mettrai en avant l'importance de la relation parent-enfant mais également du soutien que le parent peut avoir dans le développement psychomoteur de son enfant. Puis j'évoquerai le rôle que les professionnelles peuvent avoir au sein de ce groupe. Ensuite, en m'appuyant sur ce que j'ai pu voir jusqu'à aujourd'hui, je développerai les différents intérêts de ces séances que j'ai pu découvrir tout au long de l'année. Enfin, je décrirai les derniers mois de mon expérience, ainsi que l'état d'avancement du cheminement de ces enfants ainsi que de ces parents à l'heure où j'achève ce travail.

1 Le groupe parent-enfant

1.1 *Le contexte*

1.1.1 Présentation du Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) sont des structures qui accueillent les enfants de 0 à 6 ans ayant une fragilité et susceptibles de présenter ou présentant des difficultés motrices, sensorielles, mentales ou des handicaps associés. Ces services spécifiques et adaptés ont été créés dans le cadre de l'adoption de la loi n°75-534 d'orientation du 30 juin 1975¹. Toutes les interventions réalisées par le CAMSP sont prises en charge par l'Assurance Maladie. En effet, le CAMSP est financé à 20% par le Conseil Général par l'intermédiaire d'une dotation globale et à 80% par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Ces lieux peuvent être spécialisés dans l'accompagnement d'enfants présentant le même type de handicap ou ouverts à tout type de déficit. Celui dans lequel j'ai réalisé mon stage est polyvalent.

D'après le site de l'assemblée nationale (Le Callennec, 2016), ils ont pour objet « le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premiers et deuxièmes âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci ».

Les missions sont donc multiples : la prévention du handicap chez des enfants nés dans un contexte difficile, le dépistage d'éventuels troubles, le soutien dans le développement de leurs capacités, de leur autonomie et de la communication ainsi que leur orientation à l'avenir. L'enfant peut y être adressé à l'initiative des parents, du service hospitalier à la naissance, d'un médecin, ou sur les conseils de la crèche ou de l'école maternelle. Il suffit par la suite de prendre contact avec le CAMSP afin que la demande soit étudiée.

J'ai réalisé mon stage dans un CAMSP comprenant 22 professionnels. Il est composé d'une équipe de direction, d'un service administratif et d'une équipe pluridisciplinaire. Cette dernière est composée de médecins, pédiatres, neuro pédiatres et pédopsychiatres, de

¹ Loi n°75-534 d'orientation du 30 juin 1975 relative aux personnes handicapées, disponible à l'adresse suivante : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000333976>

personnel de rééducation, de psychologues, de kinésithérapeutes, d'orthophonistes, d'un ergothérapeute, d'orthoptistes, d'éducateurs de jeunes enfants, d'assistantes sociales et de psychomotriciennes. Cette équipe est présente pour le suivi de l'enfant mais également pour l'accompagnement de la famille. Le CAMSP permet de centraliser les informations et de coordonner les actions afin de faciliter les avancées de l'enfant ainsi que les démarches administratives pouvant découler de son handicap. Il fait le lien avec les autres structures hospitalières et aide à l'intégration dans les structures d'accueil de la petite enfance et à l'école. Le CAMSP peut aussi orienter les enfants dans des institutions spécialisées.

Le CAMSP a mis en place deux types de suivis.

Il existe tout d'abord un suivi préventif qui consiste à observer l'évolution de l'enfant à risque neuro-développemental, comme une souffrance fœtale, un retard de croissance intra-utérin ou une naissance prématurée. Si nécessaire, il est ensuite mis en place un suivi thérapeutique.

Dans le cadre du suivi thérapeutique, l'enfant ayant un trouble ou une pathologie se voit offrir une prise en charge hebdomadaire avec différents professionnels pour l'accompagner dans son développement.

Pour répondre aux besoins de ces deux suivis, le CAMSP met en place des consultations médicales, des séances individuelles, des prises en charge groupales, ainsi que des visites à domiciles, au sein des structures d'accueil de la petite enfance et des écoles. Il existe ainsi plusieurs groupes parent-enfant : un groupe danse, un groupe lecture et comptine, et notre groupe parent-bébé. Un enfant peut donc être présent au CAMSP à différents jours de la semaine et avec différents professionnels. Les réunions de synthèse permettent de réunir toutes les observations faites sur un enfant, ses évolutions, ses difficultés, cela afin d'élaborer de nouveaux axes thérapeutiques et de préparer son devenir.

1.1.2 Le rôle de ma maître de stage au sein de ce CAMSP

Les psychomotriciennes sont au nombre de trois au sein de ce CAMSP. Lorsque le médecin référent juge nécessaire une prise en charge en psychomotricité, une première séance d'évaluation est proposée. La psychomotricienne met alors en place un bilan psychomoteur souvent qualitatif. Elle peut se baser sur des bilans officiels mais également sur de

l'observation de l'activité spontanée. Par la suite, il est établi un cadre ainsi que les objectifs thérapeutiques dépendant du projet de soins du patient. La prise en charge peut être individuelle ou groupale et mise en place de manière plus ou moins régulière. Les séances individuelles durent en moyenne 45 minutes durant lesquelles les parents sont généralement présents compte tenu du jeune âge des patients. De plus, ces séances ont à la fois un objectif d'accompagnement pour l'enfant mais également pour le parent, nous pouvons alors parler de guidance parentale. Les séances en psychomotricité tournent autour de deux axes : la prévention et le soutien du développement de l'enfant, en prenant en charge la symptomatologie psychomotrice ainsi que les potentiels troubles psychomoteurs.

Le CAMSP accorde une grande importance au travail en équipe pluridisciplinaire. A ce titre, la psychomotricienne se doit de participer aux synthèses et de partager à propos de l'enfant dès que cela semble nécessaire. Un travail de liaison se fait également avec les autres professionnels en dehors du CAMSP comme le personnel des structures d'accueil de la petite enfance, de l'école, ou des spécialistes libéraux participant à la prise en charge de l'enfant. Enfin, ma maître de stage porte une attention particulière sur la formation des étudiants, d'où ma présence ici cette année. Elle a à cœur de former les psychomotriciens en devenir.

1.1.3 Ma place de stagiaire

Ce stage a été la première occasion pour moi de réaliser des séances en présence des parents. Mes habitudes en tant que stagiaire ont été quelque peu bouleversées au début. Lors des séances individuelles, n'étant pas encore suffisamment expérimentée, il m'était difficile de m'affirmer auprès des parents. J'ai dû apprendre à trouver mon rôle dans ce trio d'adultes. Ma place était plus aisée à trouver auprès des enfants, en créant une relation de confiance avec eux. J'ai alors pu débiter des séances et m'investir davantage dans les propositions. Ainsi, j'ai permis au parent et à ma maître de stage d'échanger sur des sujets variés concernant l'enfant. De plus, lorsque ma maître de stage explique une idée, je tente de me coordonner et de la mettre en action auprès de l'enfant afin de permettre au parent une meilleure compréhension.

Cela nous a également permis de mettre au travail la séparation enfant-parent suite à la demande de ce dernier. En effet, dans certaines familles, la séparation peut s'avérer

problématique au quotidien. Nous créons alors une distance au rythme de l'enfant en lui proposant de passer un moment avec moi pendant que le parent partage avec la professionnelle. Dans un premier temps, cela peut être dans la même pièce puis nous pouvons aller jusqu'à être séparés physiquement lorsque cela nous semble possible.

Tout au long de l'année, nous avons réalisé un travail de double observation. A la fin de chaque séance, un temps de partage sur l'instant passé nous permettait de dialoguer sur nos ressentis et sur ce que nous avons pu voir. Il s'agissait d'un moment important autant pour moi que pour ma maître de stage. Deux regards en valent mieux qu'un, nous n'avons pas toujours observé les mêmes choses ou de la même manière, ce qui nous a permis après discussion de faire avancer la prise en charge dans la bonne orientation.

1.2 Description du groupe parent-enfant

1.2.1 Le projet de ce groupe

Le groupe parent-enfant a été mis en place il y a quelques années au sein du CAMSP par une psychomotricienne et une infirmière-puéricultrice. En effet, ces deux métiers se complètent et permettent un accompagnement pertinent du couple parent-jeune enfant. L'infirmière puéricultrice a un rôle important dans ce qu'on appelle la période de surveillance de l'enfant. Lorsqu'un patient entre en dépistage dans le CAMSP, suite à une naissance prématurée ou compliquée, la puéricultrice sert de coordinatrice entre les parents et les différents professionnels. Elle organise les rendez-vous, participe aux consultations avec les médecins, et retrouve certaines de ces familles dans le cadre de notre groupe. Lors de ce temps, elle est présente dans le *continuum* de ce suivi de dépistage. Elle porte une attention particulière à la relation parent-enfant et est ainsi disponible auprès des parents pour leur apporter des réponses aux questionnements du quotidien. Ces derniers peuvent concerner le sommeil, l'allaitement, ou d'autres sujets pratiques. La psychomotricienne apporte, quant à elle, son regard psychomoteur sur l'enfant. Elle va observer l'enfant, dans le cadre de la prévention et du dépistage des troubles liés au développement psychomoteur. Et, lorsque cela est nécessaire, elle va guider à la fois l'enfant dans ses acquisitions mais également le parent dans le soutien du développement psychomoteur de son enfant. En ce sens, elle réalise un

travail d'accueil et de soutien à la parentalité. Les deux professionnelles sont aujourd'hui encore présentes à chaque séance.

L'indication pour ce temps groupal est posée lors d'une consultation conjointe avec un pédiatre et une infirmière-puéricultrice. Le groupe est présenté aux familles comme un espace de rencontre entre parents avec un temps de jeu au tapis pour les bébés. C'est un groupe pour les enfants et leurs parents autour de la psychomotricité. Il permet d'offrir un temps de jeu parent-bébé mais également entre pairs pour les enfants. Ces dernières années, pour des raisons sanitaires, seul l'un des deux parents était présent lors de ces temps en groupe. Les professionnelles ont ainsi remarqué que cette proximité et cette intimité permettait d'accomplir plus de choses au sein du groupe. Lorsque nous sommes nombreux, certaines personnes ont tendance à s'effacer et un trop grand nombre d'adultes autour des enfants semble moins bénéfique. Le parent présent à ces séances est généralement le parent disponible à ce moment-là mais il s'agit aussi souvent du parent pour lequel ce groupe s'avère avoir le plus de sens.

De cette manière, le groupe propose un temps d'éveil aux petits enfants dans un espace stimulant. Il permet aux parents de rencontrer d'autres familles confrontées à des situations similaires, et d'échanger ensemble autour du vécu quotidien. Nous marquons également un point d'attention au portage et à l'installation du bébé et son parent.

1.2.2 Les objectifs

Ce groupe a pour objectif d'accompagner le développement global de l'enfant. Il permet aux professionnelles de proposer une guidance psychomotrice au tout petit, tout en soutenant la parentalité. D'autre part, il offre un lieu convivial aux parents, propice aux échanges et aux conseils. Enfin, dans un but préventif, il permet de veiller au développement psychomoteur de certains enfants, chez qui une prise en charge individuelle n'est pas, ou pas encore, nécessaire.

En effet, « un accompagnement psychomoteur centré sur une perspective développementale doit se poursuivre après l'hospitalisation, durant les premières années de vie de l'enfant, afin de distinguer une trajectoire développementale typique, atypique ou

normale. Ainsi, l'objectif est de mettre en place un accompagnement précocement, avant que ces particularités ne s'inscrivent durablement et finissent par devenir invalidantes pour l'enfant, sa famille et leur relation. » (Buil A., 2019, p. 58).

Aude Buil aborde ici le cas particulier des enfants nés prématurés, mais cette notion est pour moi transposable à tous les enfants ayant eu une naissance compliquée et nécessitant par la suite un suivi médical. Ce groupe trouve alors tout son intérêt dans cette perspective de surveillance lors d'un temps d'éveil psychomoteur.

Ce groupe parent-enfant permet également de soutenir la parentalité. Au travers de conseils, de guidance parentale, les professionnelles viennent rassurer l'adulte dans son rôle de parent et l'accompagner dans ce nouveau quotidien. Car ce dernier s'avère bouleversé par ce nouveau membre de la famille mais également par les spécificités de celui-ci. Ce temps nous permet de soutenir la relation parent-enfant qui a pu être mise à mal au cours des derniers mois. Il s'agit d'un temps privilégié pour la dyade parent-enfant durant lequel le parent va pouvoir observer son enfant et partager des moments uniques sans être parasité par le quotidien comme il pourrait l'être à la maison.

Enfin, ce groupe permet d'offrir un lieu convivial à des familles qui sont parfois isolées socialement pour des raisons diverses telles que l'immigration récente ou le manque de temps consacré à eux-mêmes. Cela permet d'atténuer le sentiment de solitude face aux obstacles et, parfois, de dédramatiser la situation au contact d'autres parents traversant les mêmes difficultés.

1.2.3 Public

Les familles accueillies dans ce groupe doivent répondre à certains critères. En effet, ce temps est mis en place pour des tout-petits dont la marche autonome n'est pas encore acquise. La prescription fait souvent suite à une naissance difficile, dans le cadre d'une nécessité de surveillance du développement psychomoteur. Il peut également servir de première approche pour des enfants ayant un besoin particulier de soutenir l'éveil. C'est le cas par exemple de certains enfants porteurs d'une pathologie telle que la trisomie 21 ou le syndrome de Prader Willi. Ces patients passent par ce groupe avant d'entreprendre une prise

en charge individuelle en psychomotricité. Ce groupe est alors comme une “piste d'atterrissage” dans le CAMSP, un premier “tremplin” à la prise en charge globale de l'enfant. Dans une perspective de soutien aux parents, ce groupe peut faire suite à une annonce difficile ou à des difficultés majeures lors de la naissance. Les prédictions des médecins à la maternité peuvent être une vraie épreuve pour certains parents. Une maman, qui a pu participer à ce groupe il y a quelques années, m'a dit « *Nous étions perdus après la naissance de Sarah, et même avant lorsqu'on nous a annoncé sa trisomie 21. Le CAMSP nous a permis de mieux comprendre ce handicap, et le groupe de rencontrer d'autres parents dans la même situation. Nous avons pu, à notre rythme, mettre en place les différentes prises en charge nécessaires* ». En effet, l'accueil de certains parents au groupe leur permet de prendre le temps d'intégrer les informations et de se préparer à une prise en charge plus importante au fil des semaines. Le parent se rend souvent compte par lui-même que le groupe seul n'est pas suffisant, mais cela nous permet de respecter leur temporalité.

Ce groupe est aussi prescrit lorsque le médecin identifie un besoin particulier dans la relation parent-enfant, quand le couple mère-enfant ou père-enfant semble devoir être soutenu. Il est généralement réservé aux familles isolées dont l'enfant n'est pas socialisé. Nous leur permettons alors de rencontrer d'autres parents, d'échanger autour du vécu quotidien tout en observant des moments d'interaction entre les enfants.

Ces différents critères nous permettent d'avoir un groupe homogène au sein duquel nous pourrions consacrer un même temps à chacun et dans lequel les différents acteurs se sentiront en confiance. Il est aussi essentiel que l'enfant ne marche pas encore afin que ses déplacements se limitent à cette ronde autour du tapis ou au sol. A défaut, un couple parent-enfant pourrait être mis plus à l'écart du fait des explorations plus éloignées de l'enfant.

1.2.4 Le cadre

Ce groupe se déroule chaque mardi (hors vacances scolaires) de 9h30 à 10h30. Il est mis en place de manière constante dans une salle de psychomotricité identique à chaque fois, afin que les enfants l'appréhendent comme un lieu sécurisant et puissent y faire leurs explorations.

Au sein de la pièce, un grand tapis est déposé au centre. Cela permet de dessiner un cadre avec des limites rassurantes car chaque séance s'oriente principalement autour de ce tapis. Sur celui-ci, quelques modules moteurs et des coussins sont disposés. Ces derniers sont minutieusement choisis en fonction des observations faites la semaine précédente sur les capacités des enfants. Ainsi, chaque semaine, la mise en place peut être différente afin de permettre aux enfants de s'éveiller au fil des séances dans un espace stimulant. En septembre, cela correspondait principalement à des coussins plats pour aider l'enfant à se positionner sur le ventre ou des coussins d'allaitement pour permettre à l'enfant d'être bien installé et de se rassembler. Ces dernières semaines la question se pose plutôt sur la hauteur des modules. Nous avons agrandi le cercle autour des enfants afin de répondre à leurs besoins d'explorer le monde.

Enfin, les jeux sont également adaptés aux compétences de chaque bébé, en tenant compte de leur niveau de développement. Ils ont donc évolué au fil des séances. Au début, cela concernait plutôt les premières manipulations avec des jeux sensitifs tels que des hochets, des balles d'éveil ou des objets sensoriels. Puis, au fil du temps, nous sommes entrés dans des jeux demandant un accès à une motricité plus fine comme les boîtes d'encastrement, les toboggans à voiture, les bouliers ou encore les anneaux sur tige.

1.2.5 Le déroulement d'une séance

Un temps de préparation d'une demi-heure, entre professionnelles uniquement, permet de mettre en place la pièce tout en discutant à froid de la séance passée, et de celle à venir. Cela nous permet ainsi de répondre au mieux aux besoins de chacun. Des jeux et des coussins sont alors mis en place, afin de créer un espace stimulant en adaptant nos choix aux enfants. Ainsi, nous leur laissons la possibilité d'explorer leur motricité librement tout en étant en sécurité.

Chaque couple parent-enfant arrive dans la salle et vient s'installer au tapis au début de la séance. Le travail commence déjà ici, chaque parent a sa propre façon de venir déposer l'enfant au sol, ce qui peut parfois nécessiter une réadaptation en fonction des besoins de l'enfant. Certains vont le déposer en arrivant dans la pièce puis enlever son manteau plus loin

ou au contraire d'autres vont garder leur enfant près d'eux sans jamais le poser au sol. Cela permet d'aborder les sujets du portage et de la sécurisation de l'enfant.

Souvent les premiers temps, les parents racontent la semaine passée, nous échangeons ensemble autour du vécu quotidien. Nous remarquons un réel soutien entre les différents parents présents. Les professionnelles, quant à elles, apportent une écoute, des conseils, soutiennent et guident la parentalité.

Un travail d'observation est réalisé, les parents apprennent à regarder et comprendre leur enfant. Nous faisons remarquer des choses chez chacun. Les parents aussi se prêtent au jeu et vont verbaliser les observations faites chez leur enfant mais aussi celui des autres. Nous échangeons ainsi autour des bébés durant toute la séance.

La psychomotricienne vient passer un moment avec chacun des enfants, elle suit ainsi son développement au fil des semaines et éclaire les parents dans la guidance de leur enfant dans l'acquisition des différents niveaux d'évolution motrice (NEM, que je développerai un peu plus loin) comme le retournement ou la position assise. Elle les conseille dans les jeux à choisir en fonction des étapes ou dans les positions dans lesquelles ils peuvent mettre leur bébé pour lui permettre d'être attentif à l'environnement qui l'entoure. Elle porte également un point d'attention au portage et à l'installation du bébé et de son parent.

La puéricultrice, quant à elle, reste davantage auprès des parents. Elle travaille ainsi le début du processus de séparation en proposant un thé aux parents et une écoute attentive. Elle observe et étaye la relation parent-enfant.

Enfin, pour marquer la fin de la séance, à la fois pour les enfants mais aussi pour les parents qui peinent parfois à intérioriser cette temporalité établie, des comptines sont chantées pour se dire « au revoir ». Elles permettent de réunir à nouveau le couple parent-enfant car les bébés sont chacun sur les genoux de leur parent respectif. C'est un moment en ronde qui marque la fin de la séance et au cours duquel nous pouvons tous nous voir pour se dire au revoir. Par la même occasion, nous travaillons l'imitation, la coordination ainsi que les temps d'attention avec les enfants. En cette fin d'année, même si l'enfant est petit, nous montrons au parent qu'il peut s'autoriser à avoir des exigences envers lui en allant le chercher, malgré parfois son désaccord et en sollicitant son attention. Quelle fierté des parents lorsque son enfant tape dans les mains pour la première fois !

Après chaque séance, lorsque les parents et leurs enfants ont quitté la pièce, nous prenons un moment entre professionnelles pour discuter et se questionner sur ce que nous avons vu au cours de la séance. Cela permet de réunir nos observations, de nuancer nos avis et d'apprendre du regard de chacun. Si cela est nécessaire, des informations peuvent être remontées au pédiatre dans l'intérêt de l'enfant.

1.3 La présentation des enfants et leurs parents

Cette année, dans le cadre de ce groupe, nous avons accueilli quatre enfants et leurs parents. Les deux premiers qui seront décrits ici, Paolo² et Arthur, sont arrivés au début de l'année. Capucine et Victor les ont quant à eux rejoints au cours de l'année. Dans le développement de cette partie, beaucoup de termes médicaux sont utilisés. Chacun de ces termes est défini dans le Glossaire.

1.3.1 Paolo et son papa

1.3.1.1 Paolo, son histoire et anamnèse

Paolo est un petit garçon, né le 26 décembre 2020. Il est adressé au CAMSP dans le cadre d'une surveillance neuro-développementale suite à une naissance prématurée à 26 semaines d'aménorrhées (SA). Il entre donc dans ce que l'on appelle la très grande prématurité.

Paolo est issu d'une grossesse gémellaire monochoriale biamniotique spontanée, compliquée par une rupture spontanée des membranes puis d'un échappement à la tocolyse. À sa naissance, Paolo pèse 830 g, une taille de naissance de 34,5 cm et un périmètre crânien de 23,5 cm. Son score d'Apgar est de 6 à 1 min de vie, 8 à 5 minutes, et enfin 10 à 10 minutes. Ce qui signifie que Paolo s'est bien adapté à la vie extra-utérine. La période néonatale a été compliquée par une maladie des membranes hyalines sévères ayant évolué vers une dysplasie broncho-pulmonaire sévère ainsi que par une rétinopathie stade II bilatérale. Ces

² Tous les prénoms des patients cités dans ce mémoire ont été modifiés dans un souci d'anonymat.

complications ont suscité beaucoup d'angoisses chez ses parents. Tout au long de la période néonatale, les explorations neurologiques sont restées normales.

Quinze jours après la naissance, le frère jumeau de Paolo est décédé des suites de complications. Nous pouvons alors imaginer la très forte angoisse de mort éprouvée par les parents de Paolo à son égard.

Le retour à domicile a eu lieu le 23 avril, c'est-à-dire 4 mois après la naissance de Paolo. À la maison, les premiers jours sont difficiles. Paolo pleure beaucoup et demande à être dans les bras continuellement. Toute la famille doit se réorganiser autour de ce nouveau membre tout en faisant le deuil d'un enfant.

Paolo vit au domicile familial avec ses deux parents et son grand frère. Il est gardé à la maison par ses parents qui sont actuellement, de leur propre choix, sans emploi. Ils sont tous les deux originaires d'Asie mais ont vécu une grande partie de leur vie aux Etats Unis. Ils sont arrivés avec leur premier fils en France juste avant l'accouchement des jumeaux.

1.3.1.2 La première consultation au CAMSP

Lors de la première consultation en juillet dernier, avec le médecin et la puéricultrice, Paolo a 7 mois d'âge réel, soit environ 3 mois et demi en âge corrigé.

Dans les interactions, Paolo a un très bon contact oculaire, il suit bien des yeux. Il interagit avec les adultes en souriant en réponse, il rit aux éclats, gazouille et interpelle de la voix. Au niveau moteur, il garde encore des schémas en hyper extension dû à sa prématurité, il a notamment les poings souvent fermés. Mais sa gesticulation est variée et symétrique. Il peut se regrouper et participe bien aux retournements guidés. Au niveau de la préhension, il attrape au contact mais ne tend pas encore la main vers l'objet. Selon ces éléments, il a donc un bon développement psychomoteur pour son âge.

Il est proposé aux parents d'intégrer le groupe d'éveil psychomoteur parent-enfant à la rentrée, afin de suivre les acquisitions de Paolo mais également pour atténuer l'isolement de cette famille, d'autant plus éprouvant au cours de ces derniers mois difficiles.

1.3.1.3 Présentation de son parent accompagnateur

Le père de Paolo l'accompagne chaque mardi matin au groupe. C'est un papa très investi qui consacre son quotidien à son fils. Il est très présent à la maison et prend plaisir à rester auprès de Paolo pendant que ce dernier fait ses expérimentations dans le salon. Il est juste dans ses observations et nous partage avec précision les acquisitions de son fils.

Au sein du groupe c'est un papa acteur. Il demande des conseils, observe la manière de faire et réutilise régulièrement les propositions à la maison. De ses propres mots : « *Il y a eu des petits déclics après chaque session. Beaucoup de bons conseils, sur comment le porter mais aussi les gestes pour l'aider dans son développement* ». Il est aussi présent auprès des autres parents. Il partage facilement au sujet de la naissance de Paolo et du temps passé en service néonatal, malgré que la présence d'un frère jumeau soit souvent esquissée.

Récemment arrivée en France, cette famille peut parfois nous sembler isolée. La mère parle très peu français, c'est d'ailleurs l'une des raisons pour laquelle elle ne se rend pas au groupe. Nous l'avons rencontrée une fois durant l'année. Malgré la barrière de la langue, elle était très attentive aux gestes de la psychomotricienne et semblait réceptive aux propositions. « *Il est pertinent que ce soit en groupe pour l'interaction avec les autres enfants* » nous dit le père. Cela montre l'importance pour eux de la socialisation et souligne aussi la problématique de l'isolement dans ce nouveau pays.

1.3.2 Arthur et sa maman

1.3.2.1 Arthur, son histoire et anamnèse

Arthur a été adressé au CAMSP par l'Hôpital où il est né à la suite de son hospitalisation en néonatalogie. Il est né à 33 SA, le 4 janvier 2021.

Arthur est né d'une grossesse tardive, la maman étant âgée de 43 ans. Cette grossesse s'est avérée marquée par un retard de croissance intra-utérin (RCIU) d'allure vasculaire à partir de 22 SA. La prématurité a été induite à 33 SA par une césarienne en urgence pour cause d'anomalies du rythme cardiaque fœtal. Arthur est donc de prématurité dite moyenne ou

simple. Il pèse alors 1155 g, ce qui le situe dans la zone inférieure au premier percentile pour son âge, une taille de 39cm (3^{ème} percentile), ainsi qu'un périmètre crânien de 27,5 cm (1^{er} percentile). Cette dernière mesure nous indique que le cerveau n'a pas été bien vascularisé lors de la grossesse.

Il s'adapte vite à la vie extra-utérine. Il souffre les premières 24 heures de détresse respiratoire transitoire mais acquiert une autonomie respiratoire après un jour de vie. Durant ses premiers jours de vie il souffre d'hypoglycémie, secondaire à un hyperinsulinisme transitoire attribué au RCIU. Aujourd'hui encore, il souffre de problème de régulation de sa glycémie et est suivi à ce sujet. Arthur est sorti de néonatalogie à J55 (40SA+6).

Arthur est le dernier enfant d'une fratrie de quatre, ses frères et sœurs ont 16, 12 et 10 ans. Sa mère, anciennement podologue, consacre actuellement son quotidien à ses enfants et le père est chef d'entreprise. Ils vivent tous ensemble au domicile familial. Depuis ses 7 mois, Arthur et sa maman participent assidûment au groupe du mardi matin.

1.3.2.2 La première consultation au CAMSP

Lors de la première consultation au CAMSP, en juin dernier, avec le médecin et la puéricultrice, Arthur est âgé de 5 mois et demi d'âge réel c'est-à-dire 3 mois et demi en âge corrigé.

Lors de la consultation Arthur gazouille de manière riche et variée et fait de nombreux sourires. C'est un enfant très observateur, qui « *ne râle pas pour rien* » dit sa mère. Au niveau de la préhension, il n'attrape pas encore totalement les objets. Lorsqu'il est mis sur un coussin, il parvient à attraper et à porter les mains à la bouche. Les mains sont plutôt ouvertes. Au niveau moteur, en décubitus dorsal, il a pour habitude de pousser sur les jambes. Dans le bain, il peut bouger les jambes pour faire vaciller les objets à la surface de l'eau. En décubitus ventral, Arthur ne redresse pas la tête, mais il peut passer un bras. Il a une tendance à l'hyper extension et rencontre des difficultés à se regrouper. Il n'ébauche pas de retournement. Il régurgite fréquemment, cela ayant diminué par la suite. À la maison, il est positionné surtout sur le dos.

Il est proposé à Arthur et sa mère le groupe parent-enfant en séance hebdomadaire. Cela dans un but préventif, en veillant au bon développement psychomoteur d'Arthur.

1.3.2.3 Présentation de son parent accompagnateur

La mère d'Arthur l'accompagne chaque mardi matin au groupe parent-enfant. Soucieuse de ses acquisitions, elle décrit le groupe comme « *Un endroit à lui, il semble ravi de venir. Cela permet un suivi de son développement, une aide pour le faire évoluer.* » La mère d'Arthur est très présente lors des séances, elle observe beaucoup les autres enfants et remarque régulièrement les acquisitions de chacun.

« *C'est très bien que ce soit en groupe, le professionnel seul avec l'enfant aurait un caractère plus médical et sûrement plus fatiguant pour [Arthur]. En groupe cela donne une impression de légèreté comme une séance de gym hebdomadaire.* » Ces mots que nous a dit cette maman peuvent paraître insignifiants à ce niveau de rédaction. Mais nous avons compris au fil de l'année la complexité pour cette mère d'admettre les difficultés de son petit garçon et le caractère plus « médical » nécessaire à son développement.

1.3.3 Capucine et sa maman

1.3.3.1 Présentation de Capucine, histoire et anamnèse

Capucine est née en Ukraine, le 26 juin 2020, à 38 SA. Elle est abandonnée à la naissance et placée à l'orphelinat. Ses parents adoptifs l'ont rencontrée en février 2021 en Ukraine. Ils ont par la suite pu lui rendre à nouveau visite en mai et Capucine est arrivée en France fin juin 2021. Nous avons peu d'informations sur ses antécédents, nous avons simplement quelques détails sur la naissance avec un score d'Apgar 8/8 et un poids de naissance de 2Kg500. Capucine est adressée au CAMSP pour un retard de développement psychomoteur dont les raisons semblent multifactorielles. En effet, le médecin remarque une éventuelle exposition à l'alcool et autres produits nocifs lors de la grossesse, ainsi qu'une probable hypostimulation à l'orphelinat.

Capucine a une sœur aînée de 9 ans et demi, qui est née en Russie et qui a été adoptée elle aussi à l'âge d'un an. Les deux sœurs vivent avec leurs parents au domicile familial. Les parents ont tous deux un poste à responsabilité mais avec la possibilité de télétravailler

plusieurs jours dans la semaine. La mère a pris la décision de reprendre à mi-temps seulement.

1.3.3.2 La première consultation au CAMSP

Lors de sa première consultation au CAMSP, Capucine est âgée de 14 mois. Elle est adressée par un médecin, à la suite de son arrivée en France, 2 mois et demi auparavant. Depuis son arrivée, elle progresse beaucoup.

Capucine répond à son prénom et babille de manière non dirigée d'après sa mère mais elle ne babillera pas lors de cette consultation. C'est une enfant, gaie, sociable, qui rit beaucoup. Elle a un très bon contact visuel et des réactions adaptées aux actions des adultes présents. Elle commence à signer « au revoir » sur imitation.

Lors de la consultation, Capucine explore toute la salle à quatre pattes, en transportant des objets. Elle tente succinctement de se mettre debout. D'après sa mère, au niveau moteur, Capucine commence tout juste à se mettre debout avec une aide. Elle apprécie de marcher tenue par les deux mains et commence à utiliser le chariot de marche.

S'agissant de la préhension, Capucine est curieuse et aime manipuler les objets. Elle retire des objets de la boîte seule mais n'enfile pas encore sur tige. Elle ne donne pas sur demande. Elle manque d'intérêt pour les jeux de cause à effet. Elle commence à porter les aliments à sa bouche et montre son envie de manger seule. Nous pouvons observer l'utilisation du pointage. Lorsqu'elle est occupée dans ses jeux, la réaction aux bruits n'est pas systématique.

Lors de cette première consultation, nous abordons l'hypothèse d'un syndrome d'alcoolisation fœtale devant certains éléments morphologiques. En effet, Capucine présente un épicanthus, une lèvre supérieure fine, ainsi qu'un petit poids et une petite taille depuis la naissance (8,5kg pour 75 cm lors de cette consultation). Il est expliqué à la maman que, quand bien même cette hypothèse serait confirmée, ce n'est pas une forme sévère. Capucine a en effet lors de cette consultation un développement psychomoteur dans les limites de la normale avec une absence de microcéphalie.

Le groupe d'éveil psychomoteur parent-enfant est proposé à la maman afin de suivre le développement psychomoteur de Capucine et de lui permettre d'accéder à un premier lieu de socialisation avant son entrée en crèche.

1.3.3.3 Présentation de sa maman

La mère de Capucine l'accompagne au groupe chaque mardi matin. C'est une maman très protectrice, elle a parfois du mal à confier Capucine à la surveillance des autres parents ou des professionnelles. Elle veille à rester physiquement à proximité de Capucine pour pouvoir la rattraper parfois même avant qu'elle tombe.

Du fait du développement plus avancé de Capucine par rapport aux autres enfants du groupe, cette maman se retrouve mise un peu à l'écart du tapis. De plus, le passage de Capucine dans le groupe fut relativement bref mais nous en parlerons davantage plus tard dans la rédaction.

Capucine est pour le moment gardée à la maison avec l'aide d'une nounou trois fois par semaine. Sa maman voit donc le groupe comme « *un endroit où elle peut retrouver ses pairs* ». Cette mère n'aborde pas lors de ce groupe les inquiétudes sur le syndrome de Capucine. Cependant, ce groupe lui permet de réaliser rapidement que des besoins plus personnalisés sont nécessaires pour aider son enfant dans ses acquisitions et nous en fera la demande de sa propre initiative.

1.3.4 Victor et sa maman

1.3.4.1 Présentation de Victor, histoire et anamnèse

Victor est né le 4 juillet 2021, à 39 SA. Le déclenchement de la naissance fait suite à la découverte d'une duplicité rénale, puis d'un risque de macrosomie. Il est né par césarienne en urgence à la suite d'une stagnation de la progression et des anomalies du rythme cardiaque fœtal. Son poids de naissance est alors de 3620g et son score d'Apgar 8/10/10. En salle de naissance, sont remarquées une hypotonie et une pâleur.

Il a présenté des clonies des membres inférieurs et du membre supérieur gauche à deux jours de vie, qui l'ont conduit à une hospitalisation en néonatalogie. Suite à la récurrence de ces épisodes de mouvements cloniques, il a ensuite été transféré en réanimation néonatale. Les

imageries datant de deux jours après sa naissance ont révélé un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique fronto-pariéto-temporal droit. Il n'y a pas eu de récurrence de convulsion par la suite.

Victor est rentré à la maison le 12 juillet, en hospitalisation à domicile. Il bénéficie d'une surveillance neuro-développementale au CAMSP en raison de son AVC périnatal ischémique sylvien droit.

Victor vit au domicile familial avec ses parents ainsi que son frère de 4 ans et sa sœur de 12 ans. Cette dernière est la nièce de la maman et a été adoptée par ses parents à ses trois ans. Victor est gardé à la maison par sa maman qui est en congé parental. Le père est technicien et la mère est agent territorial spécialisé des écoles maternelles (ATSEM).

1.3.4.2 Les premières consultations au CAMSP

Lors de la première consultation au CAMSP, Victor est âgé de 2 mois et demi. Il présente alors un bon contact oculaire, il suit des yeux le visage des adultes et s'oriente à la voix en gazouillant. Placé en décubitus ventral, il commence à tenir sa tête et peut se redresser sur ses avant-bras. Au niveau moteur, il sait se regrouper et mobilise ses quatre membres de façon harmonieuse. Sa gesticulation est variée et symétrique. Le médecin note la persistance de certains réflexes archaïques comme les positions de l'escrimeur. Au niveau de la préhension, il attrape au contact.

Lors de cette séance, il est proposé à la maman le groupe « temps massage ».

Lors de la deuxième consultation, il est proposé notre groupe parent-enfant à Madame. Victor est alors âgé de 5 mois. Il interagit avec les adultes, rit aux éclats. Il s'intéresse à son reflet dans le miroir et aux objets qu'on lui propose, il les porte à la bouche ou les passe d'une main à l'autre. Le médecin remarque que l'ouverture de la main gauche est moins spontanée et complète qu'à droite. Au niveau moteur, Victor tient bien sa tête, il se retourne du décubitus dorsal au décubitus ventral en passant par la droite et a besoin d'une petite aide pour passer par la gauche.

Il a donc un développement psychomoteur satisfaisant pour son âge mais une petite asymétrie au niveau des préhensions. Le groupe d'éveil psychomoteur est alors proposé dans une perspective de soutenir cette maman tout en accompagnant le développement de Victor.

1.3.4.3 Présentation de sa maman

La mère de Victor l'accompagne au groupe le mardi matin. C'est une maman qui malgré leur arrivée plus tardive, s'est rapidement intégrée au groupe. Elle s'est très vite livrée sur les difficultés qu'elle rencontrait à la maison avec ses enfants et est avide de conseils de la part des professionnelles mais aussi auprès des autres parents.

Madame a vécu une naissance compliquée, marquée par une séparation précoce de son petit garçon pour les raisons médicales évoquées précédemment. Elle a pu verbaliser la brutalité de l'hospitalisation et de la séparation lors d'une séance du mardi matin.

Cette maman voit le groupe comme un lieu de rencontre avec d'autres familles, elle apprécie de retrouver ces parents chaque mardi. Victor n'ayant pas de difficulté particulière au niveau moteur, nous entreprenons surtout un travail d'écoute et de conseil. C'est une mère qui a eu besoin d'être guidée notamment au niveau du portage et de l'endormissement.

1.4 Apport théorique sur le groupe et le jeu

Afin de mieux comprendre le fond et la forme de ce groupe, il me semble essentiel de préciser ces deux termes que sont le groupe et le jeu. Mon but étant de clarifier l'importance du fait que ces séances se déroulent en groupe autour de la médiation jeu.

1.4.1 Le groupe

Entrer en relation avec autrui fait partie de nos besoins de base. Dès le début de la vie, le nourrisson appelle sa mère afin d'assouvir ses besoins physiologiques mais également psychologiques. Une relation affective de qualité est nécessaire à la satisfaction de ces

derniers. Ils sont aussi importants que les autres besoins, ils permettent une sécurité émotionnelle. Dans les besoins psychologiques simples nous retrouvons le besoin de sens, c'est-à-dire le besoin de savoir et comprendre les événements personnels et sociaux, le besoin de sécurité ou encore le besoin de communication qui peut être verbal et non-verbal. Ce dernier élément prend tout son sens dans ce groupe dont deux des objectifs sont de proposer un premier lieu de socialisation aux enfants mais également d'éviter l'isolement de ces parents face aux difficultés éprouvées. La temporalité du groupe parent-bébé permet d'apporter un repère au quotidien à ces parents, à l'aide de son cadre fixe et rassurant. Après un temps de pose comme les vacances, il est parfois difficile de revenir, autant pour les parents que pour leur enfant car l'aspect sécurisant semble s'être brisé.

La définition commune du terme groupe selon le Larousse en ligne est : «Ensemble de choses, d'animaux ou de personnes, formant un tout et définis par une caractéristique commune ». Cependant, en psychologie sociale la définition est plus précise. En effet, certains critères doivent être respectés selon P. Gosling (1997), pour pouvoir parler de groupe :

- la présence de relations interpersonnelles, ce qui signifie que les membres du groupe sont en interactions.
- La poursuite d'un but commun, en effet, l'objectif personnel est le même que celui du groupe.
- l'influence réciproque, c'est-à-dire que les membres du groupe sont en osmose.
- la mise en place d'une organisation, ce qui implique que des statuts, des valeurs et des normes se présentent.

C'est ce que l'on retrouve dans notre groupe parent-enfant, nous sommes tous présents dans l'intérêt du bien-être des enfants. Nous avons des rôles différents, mais que nous soyons professionnels ou parents, les interactions s'organisent autour de ce même objectif. Les différents membres du groupe, s'influencent les uns et les autres, s'adaptent à chacun et forment ainsi une osmose.

Selon D. Anzieu (1971) « l'illusion groupale est un état psychique collectif que les membres du groupe formulent ainsi : « nous sommes bien ensemble, nous constituons un bon groupe, et (si le chef ou le moniteur du groupe partage cet état nous avons un bon chef (ou un bon moniteur) ». »

Cette illusion groupale est importante car elle permet aux membres de ressentir une confiance envers le groupe mais aussi envers eux même. Dans ce cas précis, cela permet à chacun de déposer ses doutes, ses angoisses et ses questionnements sans crainte. La mère peut par exemple s'alléger dans ce bain groupal de l'événement de la naissance.

Selon Campbell (1958), les groupes de personnes peuvent différer en entitativité. Cette dernière est la capacité de ces individus à former une unité. Trois critères objectifs président à l'entitativité ; le fait d'avoir un sort commun, la ressemblance entre les membres, la proximité physique et spatiale. Cette notion d'entitativité a dans ce groupe varié au fil de l'année. En effet, certains couples parent-enfant sont arrivés plus tardivement, cela demande alors un temps d'adaptation tant pour les nouveaux que pour les habitués. Durant quelques séances les sujets pouvaient alors paraître plus impersonnels avant que la parole reprenne plus librement. Nous veillons à la ressemblance entre les membres et le sort commun au moment de proposer le groupe en respectant nos critères de recrutement et ainsi permettre une osmose au sein des séances.

1.4.2 Le jeu

Il a été choisi pour ce groupe parent-enfant la médiation jeu. Cela nous permet de veiller au développement psychomoteur de l'enfant au travers d'observations qualitatives. Mais également de considérer les interactions entre les partenaires de jeux, qui peuvent être deux enfants ou une dyade parent-enfant. En effet, en observant la manière dont l'enfant joue, nous comprendrons sa façon de fonctionner ou de dysfonctionner (Joly, 2015).

La spécificité du jeu en thérapie psychomotrice concerne cinq niveaux distincts : le niveau sensori moteur, le niveau présymbolique, le niveau symbolique, le niveau d'habileté corporelle et le niveau cognitif. Le niveau le plus utilisé dans ce groupe parent-enfant est le jeu sensori moteur, ce sont les premiers jeux de l'enfant. Ils lui permettent de se découvrir et de découvrir son environnement. Nous nous concentrons alors sur l'aspect sensoriel du jeu. Nous utilisons ce type de jeux principalement avec les jeunes enfants comme dans ces séances mais également avec des enfants présentant des pathologies comme l'autisme. C'est le cas par exemple des balles sensorielles, des jeux lumineux ou des plaques sensorielles. Le jeu est moteur dans le développement des compétences de l'enfant (Joly, 2015).

Ce groupe permet la mise en place d'un espace stimulant avec des activités ludiques pour les enfants, nous les poussons à l'exploration ce qui amène des déplacements et donc l'éloignement physique avec le parent. Ils sont ainsi amenés à accéder au langage, à l'intersubjectivité et à la symbolisation. En psychomotricité, l'activité ludique de l'enfant est considérée comme un enjeu de son développement et de son équilibre psychologique. Le jeu peut permettre l'interaction et l'intériorisation des rôles d'autrui comme dans les jeux d'imitation par exemple. Sous l'influence de la théorie analytique, il sera rapidement utilisé en psychomotricité et considéré comme l'une des bases de l'action thérapeutique. Il peut amener l'émergence de phénomènes inconscients et ainsi permettre leur compréhension. Sous cet angle, la salle de psychomotricité peut être aussi comprise comme un réel terrain de jeu.

Selon D. Winnicott (2015), jouer est une expérience faisant systématiquement appel à la créativité il parle de « forme fondamentale de la vie » qui sollicite les deux grandes notions que sont l'espace et le temps. C'est selon lui « une thérapie en soi ». Il décrit le jeu comme un espace potentiel entre l'enfant et sa maman puis entre l'enfant et les autres. Le jeu de l'enfant est d'abord tout puissant avant d'être partagé. Pour que le jeu soit affectivement investi, il faut que l'enfant ait la certitude que la personne avec qui il joue soit focalisée sur le jeu. Il est important d'observer l'enfant qui joue tout autant que le jeu de l'enfant.

Quelle que soit la modalité thérapeutique, le jeu implique toujours une dimension corporelle. De la même façon, Aristote avance : « on devrait prescrire le jeu comme on prescrit des médicaments » (cité par Joly, 2005, p. 20). Lorsqu'on met notre corps en mouvement, nous activons l'activité psychique. Je «peux» donc je suis, d'où l'utilisation du jeu en thérapie psychomotrice. C'est une expérience intersubjective, un « faire ensemble » constituant une communauté d'émotions. Le jeu est un processus de production et de transformation psychique pour chaque niveau de la psyché.

Au même moment, le parent prend conscience qu'il peut laisser son enfant s'éloigner, il apprend à s'ajuster, à avoir la bonne distance. Dans un autre intérêt, le jeu peut également permettre au parent de développer ses qualités relationnelles avec son enfant. C. Potel Baranes (2019) décrit le jeu comme essentiel lors des séances parent-enfant. Car le fait de jouer avec son enfant au sol peut conduire le parent à se saisir du jeu. Et cela, à la fois dans sa qualité instrumentale, pour les acquisitions motrices à venir de leur enfant, mais également, dans ses capacités d'échange et de communication.

Les enfants sont curieux de découvrir le monde, ils font des expériences et ils sont en relation avec leur entourage ; cela favorise l'acquisition de compétences qui nourrissent leur développement. En synthétisant, le jeu permet le développement global de l'enfant : social et affectif, cognitif, langagier et physique. Néanmoins il est essentiel que les propositions soient adaptées, sans être trop en avance pour ne pas orienter l'enfant dans son développement, ni trop en retard ce qui risquerait de le limiter et créer un décalage dans ses apprentissages. Enfin, la médiation du jeu permet de favoriser les interactions entre le parent et son enfant et ainsi leur permettre de s'éloigner d'une relation qui privilégie le corps à corps. Il sert finalement de fonction tiers. De plus, la verbalisation, les félicitations des parents au travers du jeu vont venir soutenir l'autonomie et les initiatives du jeune enfant. Selon une étude menée sur un groupe thérapeutique parents-jeunes enfants, satisfait de ce moment de partage et de jeu avec le parent, le petit va pouvoir s'éloigner plus sereinement (Wendland J., et al. 2011).

2 Les besoins des parents dans l'accompagnement de leur enfant.

2.1 *La parentalité*

2.1.1 Définition, être parent

La « Parentalité » désigne selon le dictionnaire Larousse en ligne la « fonction de parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel.». Ce terme est exposé pour la première fois par le psychiatre et psychanalyste Racamier en 1961. Il s'inspire alors du terme anglais « *parenthood* » dont l'inventeur est la psychanalyste américano-hongroise Benedek (Lambooy, 2009). Afin de clarifier ce terme Houzel (2009) dégage trois axes de la parentalité : l'exercice, l'expérience et la pratique :

L'exercice de la parentalité correspond au fondement juridique de ce terme. Cela correspond au nom de la loi, à la désignation du parent, l'autorité parentale, le droit de filiation, la transmission du nom, etc. En effet, le Code Civil français définit l'autorité parentale comme « un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant, pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne »³.

L'expérience de la parentalité est selon Houzel (2009), « l'expérience subjective impliquée dans l'état de parent et dans les fonctions qui en découlent ». En effet, la parentalité ne se résume pas à donner naissance à un enfant. De plus, il n'est pas nécessaire d'être le parent biologique de l'enfant pour s'en sentir le parent. C'est le cas dans ce groupe de Capucine et sa maman. Ici, devenir parent, semble être un *processus de parentification* qui commence au début de la démarche d'adoption. Je trouve que la définition de Barraco de Pinto et Lamour (2021, p.36) prend tout son sens ici :

« La parentalité peut se définir comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique. C'est un processus maturatif ».

³ Article 371-1 modifié par LOI n°2019-721 du 10 juillet 2019-art relative à l'autorité parentale repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038746663>

La pratique de la parentalité, Houzel décrit ici le quotidien d'être parent. Donner les «soins maternels » comme les décrit Winnicott. Il ne s'agit ici pas uniquement des soins prodigués par la mère mais l'ensemble du cercle autour du bébé, ce sont des soins physiques mais également psychiques. Car, « un bébé ne peut pas exister tout seul, il fait essentiellement partie d'une relation » (Winnicott, D. W., 2001, p. 107), par cette phrase il admet qu'un bébé ne peut exister de lui même, il est forcément en relation avec sa mère, une autre personne ou encore un milieu.

2.1.2 L'arrivée d'un enfant

Comme l'écrit Sylvain Missonnier (2008) dans son livre, la naissance d'un bébé est souvent un grand moment de bonheur mais également un réel chamboulement pour toute la famille. D'après lui, il n'y a pas de norme statistique ; chaque naissance est unique et elle aura un impact unique sur chaque individu ; nous ne pouvons généraliser.

Le sentiment de détresse du bébé lors de sa naissance, décrit par Freud (cité par Missonnier, S., 2008) est très certainement partagé avec la jeune mère. C'est la rupture du premier lien, qui est le cordon ombilical, nous pouvons parler de séparation biologique. La mère devient alors son donneur de soin, ce qui crée l'état de préoccupation maternelle. Winnicott (2017) appelle cela la « *préoccupation maternelle primaire* », c'est-à-dire une capacité à s'identifier à l'enfant pour le comprendre. Au cours de cette période, elle est littéralement en résonance avec les besoins du bébé. Elle éprouve une irrépressible nécessité de les satisfaire. La détresse de son enfant lui est intolérable. Le nourrisson et sa mère forment une dyade. Et cet amour est le carburant du lien parent-enfant.

Cette première rencontre vient bouleverser les places de chaque membre de la famille qui doivent ensuite se resituer autour du bébé. Cette onde de choc dont le nouveau-né est le centre peut prendre plusieurs formes et être sujet à des problèmes qui dans certains cas engendrent des crises ou des traumatismes familiaux, ce qui peut entraver les liens avec le nouveau-né. Par exemple, dans le couple nous parlons de « baby clash », en effet la naissance d'un enfant devient dans ce cas source de disputes. Ou encore l'accouchement peut être sujet à des dépressions pour la mère mais également pour le père. Arnold Van Genneep (2011),

socio-anthropologue a mis en évidence une structure formelle des rites de passages, décrits comme une série d'épreuves à passer afin de contenir le grand bouleversement de la naissance. Il les décompose en trois phases :

- La séparation physique, du ventre de la mère et de l'enfant : coupure du cordon, bain rituel... C'est la séparation des corps. L'enfant devient alors un être à lui seul.
- La période de grande proximité entre la mère et l'enfant, premier contact. L'enfant devient réel aux yeux de sa mère.
- Puis dans la dernière phase nous parlons de séparation des psychismes, qui se fait suite à la présentation du bébé au cercle communautaire. L'enfant commence à émettre des interactions avec les membres de son entourage, c'est pour la mère une seconde naissance, la naissance du psychisme de son bébé.

Durant les neuf mois de grossesse, les parents vont fantasmer leur futur bébé, ce sont alors les prémises des liens. Cette anticipation peut être absente chez la mère qui met au monde son enfant prématurément, ce qui peut affecter le lien mère-enfant. De plus, l'enfant imaginé peut à la naissance ne pas répondre aux attentes de l'enfant parfait fantasmé par les parents. Dans ces cas, un travail peut être à réaliser à l'arrivée de l'enfant, dès le service de néonatalogie, mais aussi plus tard comme c'est le cas au sein de notre groupe.

2.1.3 Construction du lien d'attachement

Dès la naissance, le bébé est dépendant de ses parents pour satisfaire ses besoins physiologiques tels que manger, boire, dormir, avoir chaud, être propre. Ils sont essentiels à la survie du corps, si nous privons un humain de la satisfaction de ses besoins physiologiques, le manque entraîne des douleurs physiques et une angoisse ce qui motive le désir de proximité à son objet d'attachement. Ils rendent l'enfant dépendant de ses parents et des autres «*caregiver*» qui signifie donneurs de soins, qui eux même possèdent leur histoire personnelle. Parfois, ces derniers ont vécu des manques au niveau relationnel et sont donc en difficulté pour reconnaître les besoins de leur enfant. Ces besoins perdurent toute notre vie, cependant en grandissant, nous devenons capable de les satisfaire de manière autonome. Cet équilibre physiologique est le support biologique pour un bon fonctionnement psychologique. L'enfant a besoin pour un développement psycho-affectif et psychomoteur harmonieux de recevoir de

l'attention de façon continue et adaptée afin de développer un attachement sécurisant avec notamment des relations sécurisantes et stables.

Dans le domaine de la création du lien, Winnicott (2001) a apporté deux termes importants que sont le « *holding* » et le « *handling* ». Le holding est le portage, la façon dont l'enfant est tenu par sa mère ou l'adulte qui prend soin de lui. C'est un soutien à la fois physique et psychique de l'enfant. Le holding a d'abord une fonction de protection contre les dangers physiques puis contre les dangers psychiques. Il permet à l'enfant de faire l'expérience de la sécurité, en étant porté correctement, les tensions disparaissent et il est apte à recevoir les informations du monde extérieur mais aussi intérieur. Le handling correspond quant à lui à la manière dont l'enfant est manié et manipulé dans le cadre des soins prodigués, de l'habillage et tout autre échange tactile.

La figure parentale doit respecter certains critères pour permettre une qualité relationnelle. En effet, selon Ainsworth (2015) la sensibilité parentale se développe selon quatre aptitudes dans l'interaction parent-enfant :

1. Reconnaître les signaux émis par l'enfant
2. Leur accorder une signification juste
3. Offrir une réponse appropriée
4. Dans un délai approprié

Ces différents critères permettent une qualité relationnelle. Mais l'anxiété liée à la naissance prématurée, la séparation précoce pour des raisons médicales et l'environnement hospitalier peuvent mettre en difficulté les parents dans le développement de leurs compétences pour répondre aux besoins de leur bébé (Buil, A., 2019). L'impuissance des parents face aux difficultés de leur enfant peut parfois fragiliser le lien qui les unit. Notre groupe parent-bébé peut venir répondre à ces difficultés, et laisser émaner l'accordage relationnel au premier plan.

Victor commence à fatiguer à la fin de la séance, il tombe, s'agace, pleure, sa maman le prend dans les bras pour le calmer. Il vient alors enfouir sa tête dans les seins de sa mère, il les attrape avec ses mains. Sa maman lui propose le sein, qu'il prend volontiers durant quelques instants puis se blottit dans les bras et s'apaise. Sa maman nous dit alors « *c'est simplement pour se rassurer, il ne tire pas vraiment le lait, il n'a pas faim. Mais il a besoin de se reconforter* ».

Bowlby (cité par Tereno, S. et al, 2007) énumère cinq comportements qui contribuent à l'attachement : la succion, l'agrippement, les cris et la poursuite de l'objet d'attachement. Dans cette vignette, Victor illustre bien ces conduites auxquelles sa mère répond de façon appropriée.

Selon Tereno S. et al. (2007), Bowlby décrit quatre phases du développement de l'attachement chez l'enfant. Lors de la première (8 à 12 semaines), l'enfant différencie peu ses figures parentales, il s'oriente vers l'humain de manière globale afin de satisfaire ses besoins. Lors de la deuxième phase (12 à 24 semaines), l'enfant commence à les reconnaître. Il dirige ses signaux vers ses parents et établit avec eux une relation singulière. La troisième phase (6 à 36 mois), est la période de l'exploration et de l'expérimentation, ici l'attachement prend toute son importance, il tend à le protéger ce qui permet à l'enfant de ressentir un sentiment de sécurité. La dernière phase (après 36 mois), est la phase dite de « formation d'un partenariat réciproque », l'enfant prend conscience du point de vue de la figure d'attachement et adapte son comportement. Nous remarquons donc au fil des mois que l'enfant va devenir un acteur adhérent dans la relation. La réponse adaptée du parent à ces comportements va permettre l'émanation d'une enveloppe suffisamment contenant à l'enfant. Au travers de ces soins, un sentiment de sécurité interne et de continuité d'existence est ressenti par l'enfant.

2.1.4 Sentiment de sécurité du bébé

Emmi Pikler (2017), initiatrice de la motricité libre a constaté qu'à condition de réaliser ses expériences et apprentissages dans un environnement sécurisant et ajusté, l'enfant

peut réaliser toutes ses acquisitions seul dans le cadre de son développement psychomoteur. Cela signifie sans aide ou éducation d'un adulte. Il est cependant nécessaire que cette liberté soutienne chez l'enfant une sensation d'accomplissement et de sécurité.

L'expérience et l'exploration du monde par l'enfant est possible grâce au sentiment de sécurité de l'attachement, ce dernier montre un état de confiance dans la disponibilité de la figure d'attachement (Ainsworth, et al, 2015). Au contraire, une relation insécure, va créer chez l'enfant une anxiété et limiter le bébé dans ses explorations. La capacité d'être seul est donc paradoxale car c'est l'expérience d'être seul en présence de l'autre (Winnicott, D. W., 2015).

Selon Missonnier. S (2008), c'est la séparation qui permet l'individualisation. L'individualisation est un point de maturation comportemental, émotionnel et social. Il faut savoir que la séparation peut se faire uniquement si l'attachement parent-enfant est suffisamment fort et sûr. Cette individualisation est à la base du conflit de séparation. Le rôle de la mère est alors de désillusionner l'enfant, cela nécessite l'empathie de la mère envers son enfant, ce qui contribue à son bon développement. Pour Winnicott (2015), la capacité d'être seul se fonde dès les premiers mois de la vie. Lorsque le bébé sort progressivement de la symbiose avec sa mère, il peut faire l'expérience de petites frustrations et séparations dont l'importance est élevée. Winnicott (2017) parle à ce sujet de « *mère suffisamment bonne* » : c'est la mère qui sait doser ces expériences, de façon à ce que le bébé ne se perde ni dans la solitude (mère trop absente), ni dans l'étouffement (mère omniprésente). L'enfant construit alors progressivement un sentiment de continuité interne, d'existence propre qui lui permet de prendre peu à peu de l'autonomie. Selon Winnicott (2015), « être seul en présence de quelqu'un » est la situation la plus adaptée pour l'exploration de l'enfant. Cela débute lorsque l'enfant babille sur son tapis, ou dans son lit, pendant que sa mère près de lui prête attention à d'autres activités du quotidien. Puis plus tard, la mère peut être dans une pièce différente, l'enfant est rassuré par son environnement.

René A. Spitz (2002), à travers ses études sur les conséquences du manque d'affection chez les nourrissons montre le rôle fondamental de la figure maternelle dans le développement psychomoteur de son enfant. Cela au travers de ses attitudes psychiques maternelles, des contrôles et des facilitations que la mère présente de façon naturelle et

spontanée à son bébé. L'enfant va venir s'appuyer sur ces conduites pour créer ses mécanismes de défense.

Au contraire, certains troubles du lien peuvent entraîner des difficultés pour l'enfant de par son sentiment d'insécurité. Bowlby (selon Tereno, S. et al. 2007), parle notamment des « carences affectives », qui selon lui entraînent un attachement insécuré qui peut provoquer des troubles du développement, de la personnalité ainsi que dans la relation à l'autre. Au niveau psycho affectif, le sentiment de sécurité du bébé est possible grâce à ses différents «caregiver». Lorsque ce sentiment est absent, et cela malgré un contexte stimulant, l'enfant va être limité dans ses explorations. La prématurité est un facteur de risque dans l'absence de sécurité de base, en effet ils n'ont pas le même matériel que les autres et ont du mal à s'autoréguler émotionnellement. Le comportement des parents ou de la figure parentale de l'enfant doit alterner entre comportement sécurisant et comportement qui soutient l'exploration. Car s'il est livré à lui-même, il n'acquiert pas la sécurité interne suffisante pour explorer son environnement, au contraire surprotégé il n'en aura pas la volonté. De ce fait, au sein de notre groupe nous allons soutenir la sensibilité et la capacité de répondre des parents aux besoins de leur enfant.

2.2 La participation des parents dans le développement psychomoteur de leur enfant

« L'originalité de la psychomotricité est de prendre en compte le corps traumatisé du bébé, d'en parler avec les parents, de chercher conjointement ce que l'on peut faire pour ce bébé, dans le but d'une réappropriation, afin qu'ils retrouvent le plus rapidement possible une place essentielle de soutien de leur enfant » (Arnaud C., 2005, p. 9). Ce processus peut être plus ou moins long, mais il est au centre des préoccupations lors de notre groupe. Les connaissances développées dans cette partie peuvent être étayées sur les enseignements reçus en formation.

2.2.1 Le développement psychomoteur

Comme l'indique le terme « psychomoteur » nous ne pouvons dissocier le corporel et le psychique dans le cadre du développement. Différents aspects doivent progresser de façon intriquée et indissociable : le domaine intellectuel, moteur, relationnel et sensoriel. Si l'une de ces fonctions venait à être pathologique, cela retentirait sur les autres. Le développement psychomoteur dépend de multiples facteurs environnementaux et génétiques. Selon Bullinger (2004), « le développement est un processus qui s'alimente à travers les interactions que l'organisme entretient avec le milieu dans ses composantes physiques, biologiques et humaines. Ces trois composantes constituent un équilibre sensori-tonique. Cet équilibre correspond à l'état interne de l'organisme qui permet de se sentir exister de manière stable. » De nombreux auteurs ont participé à l'enrichissement théorique du développement psychomoteur. Ne pouvant toutes les énumérer au sein de ce mémoire, je vais ici me concentrer sur les théories qui m'ont le plus inspiré durant ces études.

Les rythmes des acquisitions sont semblables d'un enfant à l'autre ce qui permet l'élaboration de tableaux de développement. En effet, ces étapes successives sont programmées dans notre système nerveux. Ces tableaux nous permettent d'avoir quelques points de repères afin de déterminer si les progrès de chaque enfant sont harmonieux. Nous pouvons nous référer notamment aux niveaux d'évolution motrice (NEM) qui ont été décrits par Le Metayer (1993). Ce sont des successions de redressements, de maintiens, d'enchaînements et de déplacements qui vont amener l'enfant vers l'acquisition de la marche. Ces divers mouvements représentent « des situations actives où les aptitudes, cérébro-motrices innées, interviennent d'une manière évidente dès les premiers niveaux pour permettre des ajustements automatiquement régulés dans l'exécution des mouvements » (Le Metayer M., 1993, p. 35).

Dans le cadre de la maturation neuromusculaire qui comprend la myélinisation et la mise en place de relations inter-neuronales, c'est la zone buccale qui est la première investie. Toute la motricité va venir s'établir autour de cet espace en suivant une loi céphalo-caudale. La tête sera donc la première à être investie puis nous assisterons à une diffusion au niveau du dos jusqu'à obtenir la station assise, une position intermédiaire de la bipédie. D'abord désorganisée, sa motricité va s'ordonner autour du regard, dans un premier temps tourné vers

ses mains cela va permettre l'enrichissement des coordinations. Celles-ci seront d'abord oculo-manuelle, puis bucco-manuelle, pédo-manuelle, bi-manuelle etc...

Selon Ajuriaguerra le tonus joue un rôle central dans le développement psychomoteur. Il décrit en 1977, le « dialogue tonico émotionnel » qui dès les premiers instants de vie, s'instaure entre la mère et son enfant. Ce dernier sera la base corporelle sur laquelle l'enfant se développe. En tant que psychomotricien, nous travaillons particulièrement sur cette base tonique. Selon lui le développement se fait en trois phases : l'organisation de la charpente motrice puis du plan moteur et enfin l'automatisation des acquis.

Dans le cadre du développement cognitif, les théories de Piaget ont permis de grandes avancées. Selon lui, les aptitudes du bébé à la naissance sont très limitées, il arrive dans un monde dans lequel il dépend entièrement de l'adulte. Mais, par son action sur l'environnement, il va rapidement développer son intelligence. Il expose alors trois périodes principales dans le développement de l'enfant : sensori-motrice, de préparation et d'organisation des opérations concrètes et des opérations formelles (Thomas, R. & Michel, R., 1994). Ainsi, le développement cognitif de l'enfant lui permet de passer d'une intelligence sensorielle à la maîtrise d'opérations concrètes telles que les mathématiques.

D'après Coeman, A. et Raulier H de Frahan, M. (2004), se développer signifie acquérir des compétences de plus en plus complexes par lesquelles nous pouvons agir sur nous même et sur notre environnement. Ces acquisitions sont possibles grâce aux expériences, aux ressentis mais aussi aux répétitions, au niveau psychomoteur, psycho-émotionnel et relationnel et enfin au niveau cognitif.

Lorsqu'on parle de retard de développement psychomoteur, cela signifie que les compétences attendues pour l'âge de l'enfant ne sont pas acquises. Les causes peuvent être variées et ne sont pas toujours connues. Dans notre groupe la prématurité, l'abandon, et les complications durant la grossesse, peuvent en être les causes. Dans ce cas, des propositions adaptées vont permettre de soutenir le développement psychomoteur.

Car, « le développement psychomoteur n'est pas le seul résultat de la maturation du système nerveux central, aboutissant à des compétences innées et à des stades de développement progressifs déterminés génétiquement. [...] Il est la résultante d'interactions circulaires entre compétences perceptives, présentes très précocement d'une part, et

sollicitation de l'environnement d'autre part. » (Miernon, A. Benois, C & Jover, M., 2011, p.28).

2.2.2 Rendre le parent actif dans leur quotidien

Vignette 2 - Être actif au quotidien

Nous sommes en mars, Arthur a 14 mois (12 mois en âge corrigé) et Victor 9 mois. La psychomotricienne est près de Victor, il s'est mis debout en s'appuyant sur un support, en passant par la position du chevalier servant. De cette posture, il joue quelques instants puis commence à montrer son mécontentement, nous sentons qu'il tente de s'asseoir à nouveau. Sa mère nous fait remarquer que cela arrive souvent ces derniers jours « *il râle et s'agite, comme s'il n'arrivait pas à revenir par terre. Je suis obligée de venir pour le rasseoir* ». Ce qu'observe la psychomotricienne c'est que Victor a du mal à fléchir les jambes pour redescendre. Elle propose donc à la maman de lui présenter différentes hauteurs autour de lui. En la conseillant, elle propose à Victor un fauteuil un peu plus bas, de là il positionne ses mains dessus et redescend au sol avec l'aide de la psychomotricienne.

La maman d'Arthur observe la scène et réalise que le problème semble similaire chez son petit garçon. Elle questionne la maman de Victor sur les différentes hauteurs qu'elle pense proposer à son fils. Elles finissent par énumérer ensemble ce qu'elles pourraient utiliser à la maison. La psychomotricienne en profite également pour leur montrer la possibilité de prendre les mains de leur enfant et de les descendre doucement vers le sol. Elle leur explique qu'ainsi sécurisé par leur parent, les enfants vont pouvoir fléchir les jambes et intégrer ce nouveau mouvement au fil des essais à la maison.

Les parents sollicitent souvent les professionnelles pour des conseils sur comment agir au quotidien auprès de leurs enfants pour les aider dans leur développement psychomoteur. Il est certain que ce sont eux qui ont le plus d'influence sur leurs enfants, ils peuvent reproduire à la maison au quotidien ce que l'on peut faire uniquement durant 45 minutes de manière hebdomadaire. De plus, d'après Suzanne Robert-Ouvray (1997), lorsqu'on donne à la mère un

rôle de responsabilité dans l'étayage psychocorporel de son enfant, cela l'amène à être davantage disponible pour s'occuper de lui.

Grâce à ses capacités d'observation, la psychomotricienne va appréhender le fonctionnement psychomoteur de l'enfant. Et à l'aide de ses connaissances, elle va juger de ce qui est nécessaire d'encourager pour permettre à l'enfant de s'améliorer.

La psychomotricienne doit également s'ajuster à la famille, à leur moyen, notamment en termes de matériel. Il arrive que certaines familles manquent de possibilités, dans ce cas la psychomotricienne cherche toujours à faire avec l'équipement auquel ils ont accès. Le lit des parents, des oreillers, des couvertures, des capuchons et une vieille boîte de lait en poudre pour servir de boîte d'encastrement, tous ces objets du quotidien peuvent donner à l'enfant ce dont il a besoin.

Sans énumérer les difficultés de l'enfant, nous pouvons dresser avec le parent les différentes étapes à parcourir avant d'atteindre le but élaboré ensemble. Il s'agit de rendre le parent actif dans le développement psychomoteur de leur enfant sans pour autant passer de parent à rééducateur au quotidien. Lors de ce groupe et tout au long de l'année différentes choses sont mises en place. Les premières séances, et selon l'âge des enfants, s'orientaient principalement sur le plan moteur global avec notamment l'acquisition des différentes étapes des NEM. Puis au fil du temps sur le développement psychique de l'enfant, nous avons pu travailler sa capacité à s'éloigner sous le regard de son parent. Enfin, aujourd'hui en cette fin d'année, c'est le développement des coordinations manuelles qui occupe principalement les séances.

2.2.2.1 Au niveau moteur

Au niveau moteur, nous nous sommes beaucoup appuyés sur les NEM pour expliquer au parent l'enchaînement des acquisitions de leur enfant. Il faut que ce soit parlant, et qu'ils comprennent les successions entre les positions afin d'accompagner leur enfant au mieux lorsqu'il rencontre des difficultés, mais également d'adapter leur sollicitation au développement de leur enfant. Une meilleure compréhension permet au parent de s'investir pleinement. Il faut tout de même faire attention à s'adapter à chacun, et de ne pas engendrer d'angoisse lorsque le développement n'est pas harmonieux.

Lorsque cela est nécessaire nous faisons une démonstration sur l'enfant de la manœuvre à réaliser ou les jeux à développer, le parent à son tour peut essayer. Lorsque l'enfant n'est pas dans de bonnes dispositions, nous proposons également un poupon sur lequel expérimenter. De cette façon, nous pouvons par exemple aider certains dans l'acquisition des retournements en montrant au parent comment le soutenir sans pour autant faire à sa place, ou en proposant des stimulations sur le côté pour le motiver dans ce mouvement.

En guidant les parents de cette façon ils vont pouvoir reproduire et utiliser ces gestes au quotidien ce qui aura davantage d'impact sur l'enfant. Car nous savons que « le bébé a besoin de répéter de nombreuses fois la même structure de coordination avant que celle-ci soit installée et opératoire » (Coeman et al. 2004, p.20).

2.2.2.2 Au niveau psychique

Les soins apportés par l'entourage de l'enfant et répondant à ses besoins physiologiques tels que la faim, la sensation de froid, la douleur vont aider l'enfant à progressivement réunir son corps et sa psyché et ainsi devenir un individu à part entière. Cette construction psychique est le sentiment de continuité qui se met en place malgré l'absence de la mère.

C'est au travers de progrès moteurs que l'enfant va se construire psychiquement. Lorsque nous offrons à l'enfant une liberté de mouvement dans un cadre sécurisant, ce dernier va pouvoir faire ses expériences, notamment motrices, seul. Selon Bullinger (2004), l'axe corporel va se mettre en place et former un point d'appui significatif qui constitue une étape essentielle dans le processus d'individuation et permet ainsi les activités instrumentales. Au travers de l'action du corps nous activons l'activité psychique. C'est aussi grâce au jeu avec son enfant que le parent va venir soutenir sa construction psychique comme j'ai pu le développer précédemment.

Comme expliqué précédemment, la mère a un rôle prépondérant dans le dosage de sa présence auprès de son enfant. Elle lui permet ainsi de faire ses propres expériences et de construire progressivement un sentiment de sécurité interne. Cette alternance entre présence et absence est observée mais également guidée au sein du groupe. Nous allons regarder puis

verbaliser ce que nous tirons de nos observations et ce que l'enfant semble solliciter à ce moment précis. Ainsi le parent va pouvoir s'approprier ces remarques et adapter sa réponse, son comportement.

2.2.2.3 Au niveau des coordinations manuelles

Deux choses semblent essentielles pour permettre à un enfant de s'épanouir dans ses coordinations manuelles : l'adaptation de l'objet et la position de l'enfant. C'est sur ces deux éléments indispensables que nous pouvons avoir un rôle dans les acquisitions de l'enfant.

Le jeu doit en effet être adapté aux capacités de l'enfant en termes de développement mais également ergonomiquement. Nous observons dans ce groupe les enfants et guidons les parents dans l'appréciation des besoins de leur enfant. Suite à cela la maman d'Arthur nous a amené au mois d'octobre une petite balle dans laquelle nageait deux canards en nous disant « *C'est la seule balle qu'Arthur arrive à tenir, elle est petite et tient dans sa main minuscule, il adore l'agiter et je me suis dit que d'autres enfants pourraient l'apprécier* ».

Nous portons aussi une grande importance à la position. Pour cela, la psychomotricienne a pu montrer au parent lors du groupe différentes positions permettant de libérer les mains de leur enfant tout en respectant son développement. Ainsi, elle utilise des coussins et des modules afin que l'enfant soit bien positionné sur le dos, le ventre ou le côté lorsqu'il était encore au sol puis plus tard debout sur une petite hauteur ou assis. Ces positions permettent de limiter la fatigabilité en le rendant disponible toniquement et ainsi concentrer ses efforts sur les coordinations. Car « la posture est le support de l'activité motrice spontanée, des coordinations sensorimotrices et de la vie relationnelle » (Vasseur R., et Delion P., 2010, p.61). Nous devons donc porter une grande importance au soutien mais aussi à la sécurité de l'enfant tout en lui permettant une ouverture sur ce qui l'entoure. Nous pouvons alors renouer avec l'importance qu'a le parent dans la sécurisation de son enfant. Ainsi, la psychomotricienne leur présente différentes positions sur les genoux comme la position du Bouddha ou dans les bras permettant à l'enfant de s'ouvrir sur le monde.

3 La séance de groupe parent-enfant en psychomotricité, le rôle des professionnels

3.1 La prévention

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1948 écrit que « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (cité par Chapelle, F., 2018, p. 223). André Flajolet dans son rapport de 2008 décrit trois types de prévention selon l'OMS :

- La prévention primaire a pour objectif d'agir sur les causes (individuelles, environnementales ou sociétales) d'une maladie pour en éviter l'apparition.
- La prévention secondaire a pour but de diagnostiquer rapidement la pathologie pour intervenir efficacement.
- La prévention tertiaire intervient quant à elle le risque d'incapacité chronique ou de récurrences dans une population. Ainsi elle tente de limiter les complications et rechutes.

Nous avons un impact important en tant que psychomotricien, dans la prévention. En effet, l'importance de la mise en place des bases du développement psychomoteur de l'enfant pour les acquisitions et le développement futurs nous rend acteur essentiel de ce domaine (Collin-Betheuil, N. 2019, p. 69). Au travers de notre posture d'observation, et à l'aide de nos connaissances, nous allons être attentifs au potentiel décalage de l'enfant dans son développement. Notre vigilance sera portée davantage sur les éléments qualitatifs en prêtant «une attention particulière au développement psychomoteur dans toutes ses modalités : tonus, axe corporel, sensorialité, motricité globale et motricité fine, équilibre, communication verbale et non verbale ; développement cognitif et affectif ; espace, temps, rythme » (Collin-Betheuil, 2019, p. 73). Car chaque enfant est différent, malgré des débuts de vie similaires. Prenons l'exemple des enfants prématurés, « deux enfants de même terme, au même poids de naissance et présentant une symptomatologie similaire, n'évoluent pas forcément de façon identique, même s'ils bénéficient de la même qualité de soins » (Vanier C., 2013, p. 38).

L'objectif de la prévention est de mettre en place les conditions nécessaires pour éviter un mal. En effet, plus la prise en charge est mise en place précocement et moins les troubles

auront le temps de s'installer ou du moins nous pourrons en limiter l'aggravation ainsi que leurs conséquences.

Notre groupe permet de voir l'enfant chaque semaine et de compléter les rendez-vous qui sont seulement tous les trois mois avec le médecin. De plus, l'enfant peut lors de cette consultation de médecine être dans de moins bonnes conditions et de ce fait moins montrer ses capacités. Cela arrive également lors de notre groupe mais nous avons l'avantage d'avoir des séances hebdomadaires, la rencontre de la semaine suivante nous permet de réadapter notre regard.

3.2 *Observer ensemble*

Dans ce groupe nous sommes 3 professionnelles (ou future professionnelle) mais également quatre parents dont les regards sont tournés vers les enfants. La co-observation est un outil essentiel de notre travail. En verbalisant et étayant ce que fait l'enfant et notamment dans sa relation avec son parent, nous permettons à ce dernier de se rendre compte des capacités de son enfant et de développer sa sensibilité aux signaux de celui-ci. En effet, « le thérapeute se positionne comme un observateur, un lecteur des mots du corps qui s'enchaînent, cohérents ou non, pour raconter l'histoire de la rencontre entre le corps de la mère et le corps de l'enfant » (Gauberti, M., 1993, p. 74). Nous allons ainsi repérer avec les parents les manières de faire et de réagir de leur enfant. Car nous ne cherchons pas à énumérer ce qu'il sait faire ou ne pas faire mais bien à comprendre pourquoi ça lui fait défaut et comment l'aider. Cela va permettre à d'autres parents de prendre conscience des difficultés que rencontre leur enfant et parfois les conduire à demander une prise en charge plus complète et personnelle.

Par l'observation nous pouvons attirer l'attention du parent sur une difficulté de l'enfant. C'est parfois même un autre parent qui se permet un commentaire tel que « *Oh alors Victor, tu aimerais retourner voir maman mais tu n'y arrives pas* ». Le parent peut alors à la fois être acteur en soutenant son enfant à revenir vers lui mais aussi observateur. Car lorsque cela semble nécessaire, la psychomotricienne va guider l'enfant selon ses besoins. Ainsi en montrant et expliquant aux parents ce qu'elle observe elle va venir étayer le processus d'identification, et ainsi permettre au parent de reproduire le geste plus tard.

Le groupe nous permet d'entendre les réactions des parents, leurs émotions, les doutes qui peuvent émaner de ce qu'ils voient. Dans certains cas, cela permet de rassurer les parents dans les compétences de leur enfant. Car à la suite d'une naissance difficile, et une hospitalisation de leur bébé les parents perçoivent leur enfant comme fragile. La psychomotricienne réalise donc une lecture des capacités motrices et relationnelles de l'enfant en le présentant comme un être en devenir et non plus le bébé en néonatalogie.

3.3 *Un soutien à la parentalité*

3.3.1 Être à l'écoute

Ecouter ce n'est pas seulement entendre, qui signifie « percevoir par l'ouïe les bruits, les sons produits par quelque chose ou quelqu'un » selon le dictionnaire Larousse en ligne, mais bien « prêter attention à ce que quelqu'un dit pour l'entendre et le comprendre ». Au travers de cette posture nous permettons aux parents de se sentir suffisamment en confiance pour laisser émerger leurs doutes et questionnements. L'une des caractéristiques essentielles du métier de psychomotricien est l'empathie qui est « la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent ». Ainsi, nous mettons en place une écoute bienveillante auprès des patients mais surtout de leur parent.

Au sein du groupe, nous sommes tous lors des séances dans la même position, assis par terre plus ou moins près du tapis. Il n'y a pas de posture hiérarchique dans la pièce, nous sommes tous égaux. Nous débutons toujours une séance de groupe en demandant « *comment vont les enfants ? Comment s'est passée la semaine ?* ». Ce qui permet de créer un espace de parole, en accueillant les ressentis, les émotions, les angoisses, leurs vécus mais aussi leurs joies, les nouvelles acquisitions, etc. Nous échangeons sur les difficultés du quotidien tous ensemble, parents et professionnelles. Nous questionnons afin d'affiner ce que nous percevons de ces dires. Ces moments de partage nous permettent d'établir une alliance thérapeutique avec le parent.

Il arrive que tous n'arrivent pas en même temps ou au contraire repartent en décalés ce qui peut parfois permettre un petit moment en individuel au début de la séance. Les parents ont alors tendance à aborder les sujets plus médicaux qui entourent leur enfant comme les

rendez-vous ou les derniers bilans réalisés avec le médecin. Mais c'est au sein du groupe que sont verbalisés les sujets qui sollicitent davantage les émotions.

3.3.2 L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est le partenariat qui se met en place entre le patient et son thérapeute pour atteindre les objectifs fixés. Pour cela une relation de confiance est nécessaire ainsi qu'un accord pour avancer ensemble dans la même direction. Au sein du CAMSP nous parlons également d'alliance thérapeutique avec le parent. Car ce sont eux qui font les choix pour leur enfant, notre patient.

Dans son travail, le psychomotricien a une attitude psychique particulière, l'empathie est au premier plan en suspendant toute forme de jugement du parent. Nous sommes attentifs à ce qui se dit et se vit au sein de ce groupe afin d'y répondre de manière avisée et réfléchie. Nous adaptons nos réponses aux parents, car au fil des séances nous apprenons à les connaître. Nous savons que les mots sont à manier avec délicatesse. Il faut parfois savoir ne pas aller trop vite. Certains peuvent demander des théories plus scientifiques, d'autres des paroles plus pragmatiques. C'est à partir de cela que s'instaure la relation de confiance, lorsqu'on arrive à répondre aux besoins spécifiques du parent.

Il faut savoir s'ajuster sur ce qu'ils peuvent dire ou entendre sur l'instant. Il arrive aussi que nous n'ayons pas la réponse à la question, mais ce n'est pas pour autant qu'il faut simplement ne pas y répondre. Au contraire, en discuter peut parfois nous aider à trouver la réponse ensemble.

Il faut les laisser émettre leur doute et mettre des mots sur ce qui les inquiète. La psychomotricité est parfois le premier moyen pour certains parents d'adhérer au CAMSP et à la prise en charge. En effet, c'est une discipline encore peu connue qui n'est pas assimilée à un caractère médical comme pourrait l'être le kinésithérapeute ou l'orthophoniste. C'est donc souvent ce qui est préconisé en premier lieu afin de permettre la mise en place d'une alliance thérapeutique avant de proposer une prise en charge globale de l'enfant si nécessaire.

3.3.3 La guidance parentale

« La guidance parentale, étroitement liée à l'enfant, s'inscrit dans le cadre d'un soutien du dispositif thérapeutique et d'une compréhension plus globale des difficultés de l'enfant en le situant dans un contexte général. Elle cherche à mettre en évidence les comportements, les attitudes et les affects des parents. En discutant, les parents arrivent à percevoir leur participation réelle dans le développement de leur enfant » (Bénavidès, T., 2015, p. 12).

Il s'agit de se positionner de façon à les accompagner tout en étant attentif à ne pas faire à leur place. Cela sans faire preuve de jugement. Nous cherchons ainsi à leur faire prendre confiance dans leur rôle de parent, en les rendant acteur dans le développement psychomoteur de leur enfant. Pour cela, nous soutenons leur compréhension des besoins évolutifs de leur enfant pour leur permettre de mieux y répondre. De cette façon nous soutenons un caregiving sensible et efficient chez l'adulte et la construction d'un attachement sécure chez le bébé. Nous aidons le parent à cheminer dans la parentalité tout en donnant l'espace nécessaire au bébé pour qu'il puisse se développer harmonieusement.

Nous insistons sur le rôle du parent dans le développement psychomoteur de leur enfant. Afin de leur faire prendre conscience qu'ils peuvent influencer sur son développement et les défis qu'il implique. Pour cela nous pouvons théoriser le développement psychomoteur en expliquant la notion d'étape de développement et permettre ainsi une meilleure compréhension des difficultés que leur bébé peut traverser. Nous pouvons alors donner des astuces au parent pour aider l'enfant à améliorer ses fragilités. Mais donner des conseils n'est pas suffisant, il se construit sur la base d'observations et de réflexions autour de l'enfant, de la famille et de leur histoire. De plus, il est souvent plus parlant pour le parent d'expérimenter par lui-même, au sein du groupe, guidé par la psychomotricienne.

Nous devons être attentifs à ne pas opter pour une attitude trop éducatrice et normative auprès des parents. Il est impératif de s'adapter à chacun, tout en évitant d'impacter leur estime d'eux même en tant que parent. Mais donner des gestes adaptés aux besoins de son enfant leur permet de réduire leur sentiment d'impuissance.

3.3.4 Libération de la parole

Vignette 3 - Être compris et soutenu

En janvier, cela fait déjà plusieurs séances que Victor et sa mère participent au groupe parent-enfant. Les parents abordent le sujet de l'hospitalisation des enfants qui a eu lieu précocement. La maman de Victor se lance alors dans le récit de la naissance de Victor mais également des jours qui ont suivi et de l'angoisse d'être séparée de son petit garçon. Les autres parents comprennent mieux que personne ce qu'elle a traversé et répondent de façon bienveillante. À la fin de cette séance, cette maman nous dira à quel point cela lui a fait du bien de parler de ce qu'elle a traversé, du fait qu'elle se soit sentie soutenue par le groupe.

À l'arrivée d'un enfant puis durant ses premières années, les jeunes parents sont généralement en demande d'échange et de conseils avec d'autres parents et professionnels. Cela semble d'autant plus vrai que ces parents sont parfois isolés socialement ou coupés de leurs racines culturelles et familiales. Ce groupe permet ce partage, il prend parfois presque un aspect de groupe de parole. Cette forme semble être appréciée par les parents.

Les premières séances, les échanges se faisaient plutôt de professionnelle à parent en individuel mais au sein du groupe puis petit à petit une dynamique groupale s'est créée laissant place à des échanges entre les parents. Les parents font régulièrement des associations entre ce qui est dit et ce qui se passe dans le groupe et leur quotidien à la maison. Aujourd'hui nous retrouvons même une forme de soutien entre parents, ils demandent comment se sont passés les derniers jours, se conseillent entre eux et partagent leur expérience.

4 Au fil des séances

Dans cette partie, j'aborderai des événements plus particuliers à ce groupe et aux familles qui y ont participé cette année. En m'appuyant sur la description de faits que j'ai pu observer lors des séances, j'expliciterais comment, selon moi, ils ont permis de soutenir le parent dans son rôle tout au long de l'année.

4.1 Les mots autour des naissances

Vignette 4 - Naissances mises en mots

Le groupe parent-enfant s'est mis en place depuis quelques semaines, les parents commencent à s'approprier. La parole se libère et ils engagent des échanges plus personnels en entrant dans les détails au sujet de l'arrivée de leur enfant. C'est le cas notamment de la maman d'Arthur et du père de Paolo. Ils savent réciproquement que leurs enfants sont nés prématurément mais n'ont encore jamais abordé le sujet. Ils commencent par partager des détails plutôt superficiels tels que le lieu de naissance, la durée de l'hospitalisation ou encore la possibilité de rester ou non dans la chambre la nuit. Puis, au fil de la conversation, ils entrent dans une directive plus émotionnelle en abordant le sujet du poids des bébés, des relations avec les soignants, du stress généré par les tuyaux entourant son enfant, des différents soins médicaux et de cette boîte qui impose une distance avec son bébé.

Au fur et à mesure de ces temps de groupe, ils ont réalisé que beaucoup de leurs ressentis étaient similaires malgré des parcours en néonatalogie différents. Durant plusieurs séances, ils semblent "vider leur sac" sur ce sujet. Ils évoquent leur sentiment d'impuissance face au personnel soignant, le fait d'être maladroit face à tous ces tuyaux et machines qui entourent leur enfant ou encore la peur de lui faire mal en le prenant dans les bras.

« Il faut envisager que la prématurité ne se limite pas qu'au bébé mais également à la grossesse non terminée des parents et particulièrement de la mère physiquement engagée dans ce processus de crise maturative et identitaire » (Buil A., 2019). Une naissance prématurée implique un contexte d'urgence et une séparation précoce de la mère et de l'enfant mettant à

mal le lien si important entre cette dyade. L'image de l'enfant passé à côté de la mort reste longtemps difficile à extirper de la pensée des parents. Il arrive encore aujourd'hui que l'angoisse de la prise de poids ressurgisse chez la maman d'Arthur, avec une inquiétude que son petit garçon ne soit pas assez fort.

Aujourd'hui, le sujet ne revient plus dans les conversations, les enfants grandissent et la période de la néonatalogie s'éloigne, mais ils semblent aussi avoir pu suffisamment verbaliser sur ce sujet pour l'assimiler. Ces conversations ont permis de désacraliser l'hospitalisation en néonatalogie, cette période où le parent est plongé dans un univers inconnu pour lui. Ces conversations sont également l'occasion pour ces parents d'aborder des sujets qui pourraient sembler tabous avec des personnes n'ayant pas traversé la même expérience.

4.2 Les conseils des professionnelles, mais aussi entre parents

Vignette 5 - Conseiller, être conseillé

Lors d'une séance en février nous avons abordé le sujet du portage, en conseillant notamment de ne pas orienter trop tôt son enfant vers l'extérieur mais au contraire de le garder tourné vers soi. À la suite des conseils de la psychomotricienne, la maman de Victor semble un peu sceptique. A son sens, Victor montre un intérêt à regarder ce qu'il se passe autour. La maman d'Arthur est alors intervenue pour soutenir les propos de la professionnelle en évoquant plusieurs exemples concrets. Tout d'abord celui d'Arthur qui, depuis qu'elle a investi dans une poussette tournée vers elle, semble beaucoup plus apaisé. Mais aussi celui de sa nièce qui, n'ayant pas l'habitude des toits ouvrant dans la voiture a été très perturbée à la vue de tous ces immeubles parisiens durant leur trajet. En fermant le rideau occultant, ils se sont rendus compte que c'était ce qui l'agitait. Ces exemples ont permis à la maman de Victor de mieux comprendre l'importance d'attendre que l'enfant soit prêt avant de le tourner vers le monde extérieur. La maman d'Arthur lui a alors conseillé d'essayer de porter Victor dans le dos. Ainsi, il pourra peut-être voir davantage tout en étant sécurisé au contact de sa maman.

Chaque semaine, les parents viennent avec leurs questionnements, leurs difficultés auxquelles la psychomotricienne et la puéricultrice vont tenter de répondre. Mais il arrive régulièrement que les parents se répondent et trouvent des solutions entre eux.

Lorsque les familles nous sollicitent pour des conseils, il est de notre devoir d'être à l'écoute et d'adapter notre réponse. Ainsi, nous ne proposons pas de solution unique mais nous accompagnons le parent dans la recherche de sa propre réponse. Celle qui lui conviendra le mieux et qui lui semblera la plus adaptée pour lui mais aussi pour son enfant et ses particularités. Les questions tournent souvent autour du développement psychomoteur de leur enfant, ou sur la "normalité", selon leurs propres mots, de ces potentielles difficultés. Ils sont souvent en recherche de conseils sur des activités adaptées à proposer à leur enfant, sur les postures à prendre ou encore sur le portage comme dans le cas présenté ci-dessus. Entre parents, les conseils concernent surtout la gestion du quotidien à la maison avec des sujets comme le sommeil, les relations avec les frères et sœurs ou même les difficultés rencontrées avec les animaux domestiques. Il est parfois rassurant pour les parents de voir que les autres ont rencontré des problèmes similaires et ont pu y faire face.

Les conseils doivent être étayés d'exemples et de notions, afin que le parent puisse prendre conscience du réel intérêt de ce que nous lui proposons. Ils peuvent ainsi s'approprier les conseils donnés. Le cas évoqué plus haut entre la maman de Victor et la maman d'Arthur est tout à fait caractéristique de cette situation. La maman de Victor avait du mal à s'imprégner de ce que lui disait la psychomotricienne mais les exemples concrets apportés par la maman d'Arthur lui ont permis de le visualiser. En apportant leurs propres expériences et en utilisant leurs propres mots, les parents s'entraident. Les conseils permettent aux parents d'avoir des outils pour soutenir le développement de leurs enfants, ils sont rassurants. Le papa de Paolo nous a dit un jour « *souvent je n'ai pas l'idée, mais je réalise que j'ai ce qu'il faut à la maison et je peux le réutiliser dans la semaine* ».

Cependant il est important que les conseils ne soient pas donnés seuls sans un soutien de la parentalité. Ils risqueraient alors de ne pas les investir. Nous ne devons pas entrer dans un rôle d'éducateur, mais bien accompagner le parent dans sa fonction.

4.3 Apprendre à voir

Lors d'une séance en décembre le père de Paolo nous a dit : « *Quand il vient ici il fait pleins de nouvelles choses* ». Il est vrai que l'environnement est propice aux acquisitions, adapté à chacun, chaque objet est stimulant. De plus, nous proposons régulièrement de nouvelles choses, ce qui engendre de nouveaux mouvements.

Cependant, je pense que la raison de cette observation vient également du fait que nous l'aidons à voir ce qu'il ne voit pas à la maison. En effet, chez eux, le quotidien l'emporte et par manque de temps, par habitude, ils peuvent peut-être passer à côté de certaines nouveautés. Au sein du groupe, le temps est propice à observer avec attention les enfants. C'est le moment opportun pour permettre à chacun, qu'il soit enfant ou adulte, de montrer ses propres capacités et de voir celles de l'autre. Les parents vont venir observer leur enfant, mais aussi ceux des autres, les féliciter lorsqu'ils réussissent, remarquer des acquisitions chez les autres enfants ce qui leur permet de les constater chez leurs propres enfants. Un vrai travail de regards croisés se met en place et favorise l'observation. Nous pouvons parler alors de co-bienveillance, le fait que chaque parent fasse attention à son enfant mais aussi à ceux des autres en les aidant psychiquement et physiquement, les félicitant et en faisant remarquer aux groupes leur comportement.

Il est toujours agréable pour les parents d'entendre les autres parler des aptitudes de leur enfant. Cela valorise l'enfant et son parent, notamment auprès de nos deux enfants prématurés. Lorsqu'on remarque de nouvelles acquisitions chez l'enfant « il s'agit la plupart du temps d'une réelle découverte, merveilleuse, émouvante, et rassurante pour les parents. Ils ont besoin de sentir que, malgré le début de vie extrêmement difficile qu'a connu leur enfant, il n'est pas si « à part » » (Alberge C., et al. 2009, p. 57). Au fil des séances, au travers de notre regard et de nos verbalisations, le bébé devient petit garçon. Il prend son autonomie et devient compétent aux yeux de son parent. « C'est en nous appuyant sur ses capacités révélées et en les mettant en valeur auprès des parents, que l'on va susciter et accompagner leurs nouveaux liens d'attachement à cet enfant, et cela de manière objective » (Mellier D., 1999, p. 30).

4.4 *Accepter le fait que son enfant est unique*

Vignette 6 - Chaque enfant est différent

Nous sommes en janvier, cela fait maintenant cinq mois que ce groupe est mis en place. C'est le retour des vacances, les enfants ont fait beaucoup de progrès. Durant cette période, Arthur a vécu une hospitalisation de plusieurs semaines. Il semble fatigué et a pris du retard dans son développement. Sa maman le verbalise « *j'ai remarqué qu'il babillait très peu contrairement à Victor* ». En effet, Victor (alors 6 mois) est très bruyant et s'exprime beaucoup alors qu'Arthur (12 mois, c'est-à-dire 10 mois en âge corrigé) est plus discret. Elle remarque également : « *Paolo ne s'arrête plus, il se déplace partout à quatre pattes, Arthur ne s'est pas encore décidé à s'y mettre* ». Il est vrai qu'Arthur semble plus dans un statut d'observation tandis que Paolo (13 mois, 9,5 mois en âge corrigé) a découvert le quatre pattes durant la période de Noël et semble ravi de sa nouvelle acquisition. C'est avec beaucoup d'émotions que la maman d'Arthur aborde l'hospitalisation. Elle a conscience qu'Arthur en a souffert physiquement, il semble plus inhibé.

A de nombreuses reprises, il est arrivé qu'un parent compare son enfant à un autre du groupe. Parfois de manière brutale en s'adressant à son enfant « *regarde pourquoi tu ne fais pas comme Paolo ?* » ou d'autres fois en questionnant la psychomotricienne « *pourquoi Arthur n'y arrive pas ?* ». Les parents d'Arthur et de Paolo sont en effet régulièrement tentés de comparer leurs enfants car leur histoire de naissance est similaire du fait de leur prématurité. Arthur ayant plus de difficultés, il est parfois difficile pour sa maman de regarder Paolo franchir les étapes plus rapidement que son fils. La présence des professionnelles permet ici de rassurer une mère inquiète et de l'aider à accepter le fait que son enfant est unique et différent de tout autre enfant. Il est parfois difficile pour les parents de comprendre la subtilité du suivi du développement de l'enfant, avec toutes les étapes à franchir qui sont les mêmes pour chacun tout en ayant notion que les enfants sont tous différents et vont à leur propre rythme. Et cela malgré des histoires de vie similaires.

Nous les accompagnons ainsi dans la considération de la réalité. Leur enfant ne sera jamais comme les autres car chacun est unique. Mais c'est parfois l'occasion d'aborder les

spécificités de l'enfant et peut-être la nécessité d'une prise en charge plus globale et personnalisée.

4.5 Sortir de l'isolement

Tous ces moments de vie, l'adoption, la prématurité, les naissances compliquées, sont des instants où la nécessité d'être entouré est d'autant plus primordiale. Malgré cela, certains parents se retrouvent seuls face à ces situations. Le groupe permet aux parents de venir extérioriser et partager les moments difficiles auxquels ils font face dans un environnement sécurisant. Même entouré, le fait de traverser des moments hors du communs tels que le handicap, la prématurité ou l'adoption peut donner l'impression d'être seul. Le fait de pouvoir échanger avec des personnes partageant la même chose permet de contrer cela.

Nous retrouvons le même schéma de conduite à chaque nouvelle arrivée d'un parent et de son enfant. Les présentations se font et les questions, même les plus personnelles, arrivent un peu plus tard, permettant au parent qui le souhaite de se livrer auprès du groupe. La rapidité avec laquelle les sujets intimes sont évoqués par ces parents montre à la fois leur besoin d'en parler et leur sentiment de pouvoir le faire sans jugement dans ce groupe. C'est important car un parent qui se sent bien favorise l'épanouissement de son enfant.

Du côté des enfants aussi cette notion est importante. Il n'est pas conseillé pour les enfants prématurés d'être en collectivité avant l'âge d'un an du fait de leur fragilité. Ce groupe leur permet d'avoir accès à un premier lieu de socialisation.

4.6 Premiers pas vers la socialisation

Vignette 7 - Les premières approches

Nous sommes en mars, Victor et Arthur sont les deux seuls enfants présents lors de cette séance. Arthur semble très intrigué par Victor, les premières étapes d'observation sont derrière lui et il veut aujourd'hui s'approcher. Il commence par le toucher, puis l'attrape, et finit par poser sa bouche sur sa tête. Victor ne semble pas perturbé du fait que quelqu'un lui tire le t-shirt ou lui bave délicatement sur le visage. Les parents sont en admiration devant leurs deux garçons, un déclic semble se faire. La maman d'Arthur dit alors : « *Il va falloir qu'on te trouve de petits amis avec qui jouer maintenant !* ».

Ce groupe est un premier pas vers la socialisation, une première approche des lieux de garde de la petite enfance. Les enfants présents découvrent, souvent pour la première fois, la vie de groupe. Ainsi, il permet à l'enfant de découvrir ses pairs dans un lieu sécurisant avec la présence d'un parent mais il permet aussi au parent lui-même de se préparer à cette séparation. Selon Castra M., « la socialisation désigne les mécanismes de transmission de la culture ainsi que la manière dont les individus reçoivent cette transmission et intériorisent les valeurs, les normes et les rôles qui régissent le fonctionnement de la vie sociale » (Castra M., 2013, p. 97-98). Il différencie la socialisation primaire et secondaire. La première s'effectue durant l'enfance auprès de la famille qui permet à l'enfant de construire son identité sociale. Puis, ce sera au tour d'un lieu de garde de la petite enfance et plus tard de l'école. La seconde se construit sur les bases de la première, il implique donc que la socialisation primaire soit soutenante et solide.

Au travers de ce groupe, nous encourageons les enfants à entrer en interaction entre eux, ils vont venir partager leur jouer, imiter, toucher. Lors des premières séances, Paolo était facilement effrayé par les autres enfants présents. Il était sensible à leurs babilllements et à leurs cris, à tel point qu'à certaines séances il était difficile pour le père de le laisser seul au tapis car, à chaque bruit émis par l'un de ses pairs, Paolo se mettait à pleurer. Il a fallu de longues séances de tâtonnement et de rapprochements pour qu'il se sente enfin serein au milieu de ses pairs. La présence de Monsieur lui a permis de se sentir davantage en sécurité pour pouvoir aller vers les autres. Le père a pris conscience que leur garçon ne connaissait

que trop peu l'environnement extérieur, il restait beaucoup à la maison. Il en a déduit qu'il était apeuré et a remarqué qu'il était peu moteur en comparaison de ses habitudes motrices au domicile.

De notre côté, nous tâchons de souligner le plaisir que l'enfant peut retirer des interactions en dehors de la dyade parent-enfant. Les parents vont alors prendre conscience de l'importance pour leur enfant d'interagir avec leurs pairs. C'est le déclic que nous attendions et qui a eu lieu pour la maman d'Arthur lors de cette séance de mars décrite un peu plus haut.

4.7 *L'imitation*

Vignette 8 - L'imitation

Nous sommes en mars. Victor (8 mois) est assis sur le tapis et manipule une bouteille remplie de riz. Il l'observe et la découvre. Arthur (12 mois, c'est-à-dire 10 mois en âge corrigé) arrive près de lui et lui vole la bouteille sensorielle des mains. Il l'explore à son tour. Puis il s'intéresse rapidement au bruit qu'elle fait et commence à la secouer. Victor, qui regarde la scène, secoue sa main vide de la même façon. Les parents remarquent cela. Une maman tend alors à Victor une autre bouteille sensorielle qu'il va secouer à son tour en imitant Arthur.

Nous retrouvons souvent des séquences où les enfants s'imitent entre pairs, surtout ces derniers mois. L'imitation se fait par étape, l'enfant va d'abord observer l'autre, parfois il peut même s'orienter vers une activité différente avant de revenir sur celle de l'enfant et l'imiter par la suite. L'imitation est essentielle dans les acquisitions, nous l'utilisons à tout âge. C'est un processus d'apprentissage, « l'idée est que le petit enfant est très intéressé par son environnement, surtout par l'activité humaine, et qu'il est capable d'apprendre de cette activité par les voies de l'imitation » (Pavot Lemoine C., 2018, p. 48).

L'enfant s'identifie à ses pairs, les observe, et reproduit. C'est un processus que nous observons beaucoup en crèche. Nous l'utilisons nous-même par automatisme, pour aider l'enfant à mieux comprendre le fonctionnement d'un jeu, "nous lui montrons". Mais nous remarquons que l'enfant reproduit souvent mieux après avoir observé chez un de ses pairs. Ce

fut le cas avec Capucine. Depuis quelques séances, j'essayais de montrer à Capucine comment taper sur le jeu avec un marteau pour faire sortir l'objet de l'autre côté. Malgré les multiples démonstrations, Capucine préférait utiliser ses mains pour le faire. Finalement un jour, Paolo est arrivé et a utilisé le marteau pour taper. Plus tard dans la séance, j'ai pu voir Capucine le faire à son tour à l'aide du marteau.

4.8 Premiers pas vers la séparation

Vignette 9 - L'éloignement

Lors des séances, Capucine est happée par les différents jeux et modules proposés dans la salle dès son arrivée. Sa maman, très protectrice, la suit, non pas seulement des yeux mais aussi physiquement. Capucine a tendance à trébucher, à tomber, elle se relève ensuite rapidement pour recommencer. Sa mère, quant à elle, essaie de la rattraper à chaque instant, parfois avant même que Capucine ne chancelle.

Nous avons pu travailler sur ce comportement tout au long des séances. Petit à petit, une professionnelle est entrée dans la bulle de cette dyade mère enfant. En surveillant l'enfant elle-même, cela a permis à la maman de s'éloigner. Cette dernière, en prenant de la distance, a pu observer Capucine et prendre confiance dans les capacités de sa fille à être seule. Capucine est tombée, mais s'est relevée et a recommencé. Elle a aussi pu prendre confiance dans les autres adultes, permettant ainsi de commencer à songer à un mode de garde.

Comme dit précédemment, le groupe permet aussi aux parents d'apprendre à laisser leur enfant s'éloigner. Le mode de garde était souvent un sujet de conversation entre les parents. Au début, les parents étaient peu concernés par le sujet, deux des enfants étant prématurés la collectivité n'était pas prévue avant l'âge d'un an. De plus, Capucine venant d'arriver dans sa famille, elle avait d'abord besoin de créer des liens d'attachement sécurisants avant d'envisager une séparation. Lorsqu'Arthur a fêté ses un an, ce sujet est revenu dans les conversations, mais sans que cela ne semble concerner beaucoup les parents.

Nous nous sommes rendues compte de la difficulté pour ces parents de confier leur enfant, pour qui l'inquiétude a été parfois forte et justifiée avec souvent des angoisses de

mort. Nous le ressentons au sein du tapis, les parents étaient au début très présents auprès de leur enfant. Puis, au fil du temps, ils ont appris à le laisser s'éloigner physiquement vers un autre parent ou un professionnel. Mais aussi psychiquement, en se permettant de le quitter des yeux un instant pour s'employer à une conversation avec un adulte. Il arrive même depuis ces dernières semaines que les parents se permettent de boire un thé assis un peu plus en hauteur que sur les tapis. Cela montre leur apaisement face à la distance installée avec leur enfant.

Pour les enfants comme Paolo, pour qui cette séparation est difficile, des conseils ont pu être donnés par la psychomotricienne, tels que celui d'essayer de trouver un doudou pour Paolo. L'objet transitionnel est un concept fondamental de la théorie Winnicottienne, il le décrit comme l'objet permettant un premier décollement de l'enfant et de sa mère, lui permettant ainsi une capacité d'être seul en présence de l'autre. Certains enfants n'investissent jamais d'objet transitionnel et ce dernier ne peut pas être artificiellement amené dans la relation parent-enfant. Car, « il est investi là où une relation affective stable et sécurisante a pu se construire au préalable » (Wendland J., et al. 2011).

5 La fin de ce temps en groupe

Nous arrivons doucement aux vacances d'été, et le processus de fin commence à se mettre en marche chez certains. Conscients que nous arrivons à la fin de ce groupe, les parents commencent à se questionner sur les besoins de leur enfant et leur avenir au CAMSP. Ils réfléchissent également à leur potentielle reprise du travail et aux modes de gardes que cela implique.

5.1 *De manière générale*

Ce groupe est un groupe ouvert où les couples parent-enfant peuvent être intégrés à la séance du mardi tout au long de l'année en fonction de leurs besoins. De la même façon, nous pouvons mettre fin à cette indication lorsque le groupe ne semble plus adéquat pour cette famille. Cela peut donc durer quelques mois, parfois un an. Cette année, les enfants sont pour la plupart arrivés en début d'année, en septembre, et mis à part pour Capucine, la fin se fera au mois de juillet avec les vacances d'été. Cette longue coupure marque souvent la fin. La fin de la prescription pour ce temps groupal apparaît souvent lorsque l'enfant rentre en crèche ou dans une autre structure d'accueil de la petite enfance. A ce moment-là, la dyade parent-enfant est généralement prête pour la séparation, le parent songe alors à une reprise du travail ce qui l'amène à penser à un mode de garde qui permettra à l'enfant d'avoir accès à un lieu de socialisation.

Il arrive également que cela intervienne lorsque l'enfant ne répond plus aux critères du public accueilli, parce qu'il commence à marcher par exemple, ou que le parent n'en ressent plus la nécessité.

La fin de ce temps de groupe ne signifie pas la fin de prise en charge. Nous rappelons qu'il est généralement un tremplin à l'arrivée au CAMSP. Le travail de fin du groupe permet au parent de se projeter dans un avenir proche et ainsi d'envisager une suite au CAMSP. Lorsque nous voyons apparaître de trop grandes difficultés chez l'enfant au niveau du développement psychomoteur, une prise en charge individuelle en psychomotricité s'avère nécessaire afin de continuer un travail d'accompagnement plus spécifique. Ce travail est

réfléchi et mis en place conjointement par la psychomotricienne et le médecin. D'autres axes de prises en charge peuvent aussi être proposés comme un suivi orthophoniste ou éducatif pour traiter d'autres problématiques.

5.2 *Pour nos patients*

5.2.1 Paolo

Nous sommes en avril lorsque j'écris ses lignes. Paolo a alors presque 16 mois, donc 13 mois d'âge corrigé. Le groupe est toujours préconisé pour ce petit garçon et nous n'avons pas encore pris de décisions pour les mois à venir.

Le développement psychomoteur de Paolo est harmonieux. Au niveau moteur, il se déplace à quatre pattes. Il se met debout en s'appuyant sur une petite hauteur en passant par le chevalier servant. De là, il cabote et peut se baisser pour ramasser un objet. Dans le cadre de la motricité fine, Paolo remplit et vide des récipients, il peut tenir les objets avec une pince fine pouce index. Au niveau des interactions, Paolo gazouille mais ne dit pas encore de syllabe. Il signe au revoir et bravo. Sur le plan psycho-affectif, nous repérons des difficultés. Paolo a beaucoup de mal à s'éloigner de son papa, il reste agrippé à lui et pleure de manière plus fréquente en comparaison à il y a quelques mois. Nous observons une réticence, un empêchement d'aller vers l'exploration, ce qui peut le ralentir dans ses expérimentations dans la pièce. Ces dernières semaines, il a été absent plusieurs fois pour diverses raisons ce qui a pu peut-être générer cela. Nous nous questionnons sur les raisons de cette irrégularité de présence au groupe. Comment les parents ressentent-ils la nécessité de venir au groupe à ce stade de l'année ?

Les parents se questionnent sur une prochaine rentrée à la crèche pour septembre, il aurait alors environ 1 an et demi d'âge corrigé. Mais cela semble encore difficile à accepter pour les parents. Cette famille, ne l'oublions pas, a vécu une naissance prématurée à 26 semaines d'aménorrhées, ce qui fait entrer leur enfant dans la très grande prématurité. Cela peut provoquer des traumatismes, l'immersion dans le service de néonatalogie étant souvent source de stress important. D'autant plus qu'ils ont perdu un enfant, le frère jumeau de Paolo. Nous ne pouvons imaginer les angoisses que peuvent ressentir ces parents. Le père de Paolo

semble avoir pu soulager ses angoisses auprès de ce groupe en les exprimant et en ayant réponse à ses questionnements. Mais nous ne savons pas si c'est le cas de sa mère, n'ayant pu être présente au groupe en dépit de nos sollicitations. Paolo serait selon elle encore trop fragile pour faire face à un environnement autre que le CAMSP ou la famille.

Si le groupe venait à cesser pour ce couple parent-enfant, nous songeons à mettre en place des séances une fois par mois, le samedi, à la fois au CAMSP et à domicile de façon alternée. C'est une famille vulnérable, compte tenu de la prématurité, l'isolement et la barrière de la langue pour cette maman et nous ressentons le besoin de continuer régulièrement à leur apporter un suivi. Cela permettrait de suivre le développement psychomoteur de Paolo tout en portant une attention sur son environnement familial.

5.2.2 Arthur

En avril, Arthur a 15 mois, c'est-à-dire 12,5 mois en âge corrigé. Arthur et sa maman viennent toujours régulièrement au groupe.

Au niveau de son développement, Arthur a rattrapé le retard qu'il avait pris après son hospitalisation en décembre. Il se met debout avec un appui en passant par chevalier servant, et cabote. Il peut enjamber un petit obstacle avec aide pour aller chercher un objet de l'autre côté. Il se déplace à quatre pattes. Dans le cadre de la motricité fine, Arthur encastre des petits objets. Il signe bravo et tente de suivre les mouvements des comptines. Il commence à combiner les syllabes ("dada").

On remarque encore régulièrement chez lui une difficulté à dissocier le haut et bas du corps et nous gardons en tête la mauvaise irrigation du cerveau d'Arthur lors de la grossesse ce qui le rend à risque. Cela nous conduit à mettre en place une prise en charge individuelle en psychomotricité pour l'année prochaine.

Une observation de repas en orthophonie pour des soucis d'alimentation va être proposée. En effet, Arthur refuse tout biberon et n'a donc pas accès à des liquides hormis au sein. Il est facilement distrait lorsqu'il mange ce qui implique des temps de repas très longs et compliqués pour chacun. Nous proposons d'être présentes lors de cette séance afin d'observer et de guider Arthur et sa maman dans l'installation durant ces moments.

La maman d'Arthur qui, pendant l'année, avait parfois tendance à dire que son enfant étant un garçon pouvait avoir tendance à être un peu plus fainéant, a aujourd'hui réalisé qu'il avait de réelles difficultés. Elle se questionne sur des potentielles recherches génétiques dont les médecins lui avaient parlé lors de l'hospitalisation d'Arthur en néonatalogie. Elle verbalise le fait qu'Arthur a besoin d'une prise en charge plus complète en individuelle pour lui permettre de grandir dans les meilleures conditions.

Au quotidien, Madame réfléchit à mettre en place un mode de garde à partir de septembre. Le projet n'est pas encore fixé mais la réflexion avance et dépend principalement de la progression d'Arthur dans les temps de repas.

5.2.3 Capucine

C'est au début du mois de mars, que nous commençons à nous questionner sur les bienfaits procurés par le groupe à Capucine. En effet, nous nous demandons si celui-ci ne serait pas arrivé au bout de ce qu'il pourrait lui apporter. Capucine grandit, et commence à dénoter par rapport au groupe. Elle marche désormais et se déplace dans toute la salle, elle n'est plus dans le même espace et la même temporalité que les autres enfants. Une professionnelle doit souvent se rendre disponible pour elle durant la séance et sort donc à son tour du groupe.

Depuis son arrivée en France, Capucine a acquis de nouvelles compétences de façon très rapide. Elle a aujourd'hui 20 mois. Au niveau moteur, elle marche désormais et monte les escaliers à l'aide de la rampe. Elle passe au-dessus d'une petite hauteur pour entrer dans la piscine à balles. Au niveau de la motricité fine, elle enfile sur un fil à embout rigide. Elle peut rester attentive à table le temps d'une activité courte lorsqu'elle est installée de manière contenant avec un appui dos. Elle apprécie de jouer à la pâte à modeler avec laquelle elle réalise des boudins et des petits morceaux. Elle tourne les pages du livre et commence à laisser une trace sur la feuille avec différents outils. À la maison, elle mange seule.

Son développement psychomoteur à 20 mois semble donc satisfaisant pour son âge malgré certaines acquisitions qui sont plus lentes comme le langage. Le syndrome d'alcoolémie fœtale dont est atteinte Capucine peut en être la cause. En effet, ce syndrome

peut être source de difficultés d'apprentissage, de trouble du langage, de troubles du comportement, de trouble des facultés d'adaptation et des conduites sociales ainsi que parfois d'un retard mental. Chez Capucine, ce syndrome ne semble pas être de forme sévère mais certaines difficultés apparaissent comme de légers troubles de l'attention et un manque d'élaboration dans ses jeux. Nous remarquons chez elle une agitation motrice. Il est parfois difficile pour Capucine de maintenir son attention sur un jeu plus de quelques secondes. Les anomalies du système nerveux sont directement liées à l'effet de l'alcool et leurs effets s'expriment de manière variable avec l'âge selon l'HAS (2013). Du fait de ces difficultés actuelles et de son syndrome, un suivi individuel en psychomotricité nous semble essentiel pour Capucine.

Le passage de Capucine dans ce groupe a permis à la psychomotricienne de créer une alliance thérapeutique avec la maman qui était perdue face aux annonces des médecins à l'arrivée de sa petite fille. De plus, ce groupe bienveillant a aidé cette maman à accepter le diagnostic. Elle a pu réaliser les difficultés de sa fille à son rythme et nous a parlé d'elle-même de mettre en place un suivi individuel plus complet.

Le groupe ne répond donc plus aux besoins de cette dyade. La relation entre la mère et sa fille adoptée s'est mise en place de façon harmonieuse au fil des jours. La mère a pu bénéficier de ce dont elle avait besoin au sein de ce groupe et se sent désormais en confiance auprès de l'équipe du CAMSP. À la rentrée prochaine, Capucine entrera en halte-garderie et sera donc entourée de ses pairs dans un environnement stimulant. En effet, Capucine a presque 2 ans et un mode de garde lui permettrait de mettre un premier pied dans la collectivité avant d'aller à l'école. Elle commencerait ainsi à intégrer les règles de vie en société.

Le groupe s'est arrêté fin mars et nous avons mis en place des séances de psychomotricité hebdomadaires afin de soutenir Capucine dans son développement psychomoteur.

5.2.4 Victor

Au mois d'avril, Victor a 9 mois. Ils viennent, avec sa maman, toujours régulièrement au groupe et cela continuera vraisemblablement jusqu'aux vacances d'été.

Nous notons un très bon développement psychomoteur chez Victor. Au niveau moteur, Victor se déplace à quatre pattes et semble être dans la période de bébé sauteur. Il se met debout en se tenant aux meubles en passant par la position du chevalier servant. Il cabote et peut tenir sans appui quelques secondes. Il a tendance à se remettre assis en pliant les jambes et en se laissant tomber mais il semble le faire de façon volontaire et maîtriser son geste. Au niveau de la préhension, Victor attrape en pince supérieur, il donne un jouet sur demande et utilise le marteau pour taper sur l'objet. Dans le cadre du langage, Victor fait des lallations et prononce certaines syllabes (“ba”; “da”).

Tout au long de l'année nous avons surveillé son côté atteint par l'AVC afin de vérifier que des séquelles ne perdurent pas. Nous pouvions remarquer les premières semaines une différence entre les deux côtés, la main gauche était souvent plus fermée et dès lors moins utilisée. Mais cela n'a pas persisté, rapidement nous ne voyons plus de différence. Madame semble apaisée, rassurée, ne parle plus de cette naissance difficile qu'elle semble avoir pu mettre en mots et accepter. Nous pouvons voir ici l'intérêt de la prise en charge précoce qui a permis de réduire rapidement les angoisses et inquiétudes chez cette famille.

Du fait de son développement, et de l'absence de séquelles à l'instant présent de son AVC, nous ne préconisons pas de suivi individuel pour Victor. Nous ne remarquons pas non plus de difficultés au niveau relationnel pour ce couple mère- enfant, le groupe ne semble donc plus nécessaire pour l'année prochaine. Cependant, le suivi médical préventif continuera d'avoir lieu tous les trois mois. Afin d'éviter l'arrêt total de la récurrence hebdomadaire, nous proposerons peut-être avec le médecin une prise en charge mensuelle les samedis matin si la mère en ressent le besoin.

Conclusion

L'arrivée d'un enfant dans une famille est toujours un réel chamboulement. Devenir parents, d'un enfant fantasmé pendant neuf mois et qui présente des difficultés inattendues peut parfois sembler rude. Il arrive que cette naissance soit difficile et accompagnée d'une séparation précoce de l'enfant et sa mère. Cette rupture peut impacter le lien si précieux qui les attache. Ces événements peuvent être source de traumatisme et semblent compliqués à vivre pour certains parents. Notre groupe parent-enfant a vocation à soutenir le remaniement psychique de ces moments difficiles au travers de sa verbalisation, et de l'écoute de la part des professionnels mais aussi des autres parents qui le forment, et ainsi de les surmonter. Cela est rendu possible grâce à la posture employée, permettant une alliance thérapeutique et la libération de la parole. Cette caractéristique du groupe revêt une importance toute particulière auprès de familles isolées socialement.

Pour grandir, l'enfant a besoin d'un environnement bienveillant. Pour cela, un lien d'attachement se développe avec ses parents, conduisant ainsi une relation sécurisante pour l'enfant. Ce sentiment de sécurité est essentiel dans son développement, lui permettant de s'éloigner et d'explorer le monde. Pour cette raison, le groupe accorde une grande importance au lien parent-enfant. Au-delà de cette sécurité, le parent peut accompagner son enfant dans son développement psychomoteur en étant actif au quotidien. L'accompagnement se fait à la fois au niveau moteur et psychique. Les professionnels de ce groupe soutiennent le parent dans ce rôle au travers d'une attitude d'écoute, de conseils et de guidance parentale.

Tout au long des séances, j'ai surpris différents temps bénéfiques à l'enfant et au parent qui m'ont permis de me conforter dans l'idée que ce groupe est essentiel aux parents ayant vécu des moments difficiles lors de l'arrivée de leur enfant. Ces moments ont été partagés avec ce groupe en particulier et j'en suis certaine d'autres encore seront partagés avec les nouvelles familles accueillies prochainement. Au cours de l'année, j'ai remarqué un réel bénéfice dans la verbalisation par les parents des doutes et des questions autour de la naissance mais également du quotidien et des caractéristiques de leur enfant. Les échanges de conseils ont fait partie intégrante des séances ainsi que de l'observation qui a permis à des parents de réaliser le caractère unique et les spécificités de leur enfant.

Tous ces bénéfices pour le parent se répercutent naturellement sur l'enfant. De plus, certains aspects du groupe sont aussi bénéfiques pour l'enfant directement. Lors de ce groupe, les professionnelles sont également là pour veiller au bon développement psychomoteur de l'enfant dans un objectif de prévention. Ainsi, elles peuvent notamment accompagner la famille dans une démarche de prise en charge au CAMSP. Le groupe permet à l'enfant d'avoir accès à un premier lieu de socialisation, stimulant et lui permettant l'exploration, la rencontre avec ses pairs et l'imitation, centrale dans le processus d'apprentissage. L'enfant va s'éloigner grâce à cet environnement sécurisant ainsi que ses acquisitions.

Tout au long de l'année j'ai suivi ces quatre couples parent-enfant, tous différents avec leurs propres problématiques. Ce groupe ne suffit pas à résoudre toutes les difficultés mais j'ai pu voir des évolutions dans les relations, dans les accompagnements des parents auprès de leur enfant, dans leur investissement dans le développement psychomoteur de ce dernier.

Ce groupe, en s'appuyant sur des techniques de guidance parentale, de sensibilisation aux besoins d'attachement de l'enfant, mais également d'accompagnement du développement psychomoteur de l'enfant, crée un cadre particulièrement favorable à ce développement en rassemblant des enfants et leurs parents dans l'objectif de surmonter leurs difficultés communes et singulières au contact de professionnelles. Cette année le groupe semble avoir été particulièrement harmonieux et homogène avec chez les parents une faculté d'élaboration et de verbalisation importante. Je me questionne sur ce que nous aurions pu observer au sein d'un groupe plus hétérogène, est ce que d'autres bénéfices pourraient alors nous sembler pertinents ?

Bibliographie

Ouvrages :

- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. (2015). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
- Barraco de Pinto, M. & Lamour, M. (2021). Repères théoriques sur les interactions parents-nourrisson. Dans : Barraco de Pinto, M. & Lamour, M. (Dir), *Souffrances autour du berceau: Repères pour l'intervention* (pp. 27-42). Érès.
- Bénavidès, T. (2015). Chapitre 3. Modalités de prise en charge. Dans : Scialom, F., Giromini et J-M Albaret (Eds), *Manuel d'enseignement de psychomotricité tome 2* (pp.9-14). De Boeck Solal.
- Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, érès.
- Buil, A. (2019). Chapitre 5. Les compétences du bébé de 0 à 36 mois. Dans : Vachez-Gatecel, A. (éd.), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices: Fondements, domaines d'application, formation et recherche* (pp. 53-56). Dunod.
- Castra M. (2013). Socialisation. Dans : Paugam, S.(dir). *Les 100 mots de la sociologie*, (pp. 97-98). «Que Sais-je ?».
- Chapelle, F. (2018). 29. Préventions. Dans : Frédéric Chapelle éd., *Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail: en 36 notions* (pp. 223-231). Dunod.
- Coeman, A., Raulier H De Frahan, M. (2004). *De la naissance à la marche, Les étapes du développement psychomoteur de l'enfant*. ASBL Etoile d'herbe.
- Collin-Betheuil, N. (2019). Chapitre 7. Rôle du psychomotricien en prévention et en petite enfance. Dans : Anne Vachez-Gatecel éd., *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices: Fondements, domaines d'application, formation et recherche* (pp. 69-79). Dunod.
- Gauberti, M., (1993). *Mère-enfant: à corps et à vie, Analyse et thérapies psychomotrices des interactions précoces*. Masson
- Gosling, P. (1997). *Psychologie sociale, Tome 1 L'individu et le groupe*. Bréal.

- Joly, F. (2005). Jouer seul... jouer en groupe: Interlocuteurs transitionnels et « travail du jouer ». Dans : Chapelier, J. B. (éd.), *Excitation, jeu et groupe* (pp. 11-32). Érès.
- Joly, F. (2015). *Le Jeu dans le développement, la pathologie et la thérapie* (2^{ème} édition). Édition in Press.
- Le Metayer, M. (1993). *Rééducation cérébromotrice du jeune enfant éducation thérapeutique*. Masson.
- Mellier, D. (1999). Les programmes de stimulations adressés aux bébés prématurés. Dans : Rivière J. (dir), *La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant* (pp.21-36). Solal.
- Miermon, A., Benois, C. & Jover, M. (2011). Le développement psychomoteur. Dans : Scialom, F., Giromini et J-M Albaret (Eds), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp.25-82). Solal.
- Missonnier, S. (2008). « Ne me quitte pas ! ». Dans : L'Escabelle éd., *Indispensables séparations* (pp. 13-28). Érès.
- Pavot-Lemoine, C. (2018). *Des bébés et des crèches: Comprendre le développement du tout-petit pour mieux l'accueillir*. Dunod.
- Pikler, E. (2017). *Grandir autonome: Recherches présentées par Raymonde Caffari*. Érès.
- Potel Baranes, C. (2019). 10. Psychomotricité et indications. Dans : Potel Baranes, C. *Être psychomotricien: Un métier du présent, un métier d'avenir* (pp. 200-216). Érès.
- Robert-Ouvray, S. (1997). *Intégration motrice et développement psychique, Une théorie de la psychomotricité*. Desclée de Brouwer.
- Spitz, R.A. (2002). *De la naissance à la parole, la première année de la vie*. Puf.
- Thomas, R. & Michel, C. (1994). 10. La théorie du développement cognitif de Piaget. Dans : , R. Thomas & C. Michel (Dir), *Théories du développement de l'enfant: Études comparatives* (pp. 265-316). De Boeck Supérieur.
- Van Gennepe, A. (2011). *Les rites de passage*. Editions Picard

- Vanier, C., (2013). *Naître prématuré, Le bébé, son médecin et son psychanalyste*. Bayard.
- Vasseur, R., Delion, P. (2010). *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*. Érès.
- Winnicott, D. W. (2015) *Jeu et réalité, l'espace potentiel* (Monod, C. Trad). Folio.
- Winnicott, D. W. (2017). *Le Bébé et sa mère* (Rosaz, L.Trad.). Payot.
- Winnicott, D. W. (2001). *L'enfant et le monde extérieur : Le développement des relations* (Stronck-Robert, A, Trad.). Payot.
- Winnicott, D. W. (2015), *La capacité d'être seul* (Kalmanovitch, J. Trad.). Payot.

Articles, revues :

- Alberge C., Colombie B., Leuger M. (2009). La part de la psychomotricité dans un protocole expérimental de prise en charge précoce du grand prématuré au sein d'un réseau de soins : «P'titMip» en Midi-Pyrénées. *Les entretiens de bichat*, pp.51-58.
- Anzieu, D. (1971). L'illusion groupale, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 4, pp. 73-93. Texte repris in : *Le groupe et l'inconscient*, Paris, Dunod, 1975, Nouvelle édition refondue, 1981
- Arnaud, C. (2005). L'expérience psychomotrice à la rencontre du bébé prématuré et de ses parents de porcelaine. *Evolution psychomotrices n°67*, vol. 17, pp. 5-9.
- Campbell, D. T. (1958). Common fate, similarity, and other indices of the status of aggregates of persons as social entities. *Behavioral Science*, 3, pp. 14-25.
- Flajolet, A. (2008, avril). Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. Ministère de la santé de la jeunesse, des sports et de la vie associative.
- Houzel, D. (2009). Trois axes de la parentalité : l'exercice, l'expérience et la pratique. *Rhizome*, (37), pp. 4-8.

Lambooy, B. (2009). Soutenir la parentalité : pourquoi et comment : Différentes approches pour un même concept. *Devenir*, (21), pp. 31-60.

Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, (19), pp. 151-188.

Wendland, J., Camon-Sénéchal, L., Khun-Franck, L., Maronne, C., Rabain, D. & Aidane, É. (2011). Troubles de l'angoisse de séparation et de l'attachement : un groupe thérapeutique parents-jeunes enfants. *Devenir*, (23), pp. 7-32.

Sitographie :

Haute Autorité de Santé (2013). Troubles causés par l'alcoolisation fœtale – Has Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/troubles_causes_par_lalcoholisation_foetale_reperage_-_fiche_memo.pdf

Le Calennec (2016). Amendement n°560 – Assemblée Nationale. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/4072/AN/560.asp>

Larousse. (s. d.). Ecouter. Dans Dictionnaire en ligne. Consulté le 02 février 2022 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9couter/27702>

Larousse. (s. d.). Empathie. Dans Dictionnaire en ligne. Consulté le 02 février 2022 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>

Larousse. (s. d.). Entendre. Dans Dictionnaire en ligne. Consulté le 02 février 2022 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/entendre/29878>

Larousse. (s. d.). Groupe. Dans Dictionnaire en ligne. Consulté le 15 avril 2022 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/groupe/38423>

Larousse. (s. d.). Parentalité. Dans Dictionnaire en ligne. Consulté le 20 avril 2022 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/parentalit%C3%A9/58145>

Annexes

Annexe A

Questionnaire

En vue de mon mémoire de dernière année, je vous confie ce questionnaire à remplir.

- 1) Quel est le prénom de votre enfant ?

- 2) Quel est son âge ?

- 3) Quand avez-vous commencé à participer au groupe du mardi matin ?

- 4) Qu'est-ce que ce groupe a apporté à votre enfant ?

- 5) Qu'est-ce que ce groupe vous a apporté, en tant que parent ?

- 6) Est-ce que le fait que ce soit en groupe et non pas en individuel vous semble pertinent ? Pourquoi ?

RESUME

Une naissance n'est jamais anodine, et peut pour certaines familles s'avérer plus compliquée du fait de l'hospitalisation de l'enfant ou d'une annonce douloureuse. Le groupe parent-enfant peut, au travers de ses caractéristiques, aider à traverser ces premiers mois qui font suite à ce traumatisme. Il permet aux parents, au travers de son aspect collectif, de se soutenir mutuellement, tout en favorisant les apprentissages de l'enfant. Les professionnelles vont quant à elles, grâce à des conseils et une écoute attentive, guider les parents dans leur rôle et le soutien du développement psychomoteur de leur enfant. Ce mémoire propose ici d'aborder les bénéfices du groupe parent-enfant suite à une naissance difficile. Nous tenterons de comprendre comment fonctionne ce groupe. Quels sont les avantages du groupe dans cette situation ? Quels sont les mécanismes mis en place au sein de ces séances ? A partir de nos observations, ce mémoire décrit une année au sein d'un groupe parent-enfant.

Mots clés :

Groupe – Parentalité – Développement psychomoteur – Guidance parentale – Prévention

ABSTRACT

A birth is never trivial, and for some families can be more complicated due to the hospitalization of the child or a painful announcement. The parent-child group can, through its characteristics, help get through these first months following this trauma. Through its collective aspect, it allows parents to support each other, while promoting the child's learning. The professionals, for their part, will, through advice and attentive listening, guide the parents in their role and support the psychomotor development of their child. This thesis proposes to demonstrate the benefits of the parent-child group following a difficult birth. We will try to understand how this group works. What are the advantages of the group in these situations? What happens in these sessions? Based on our observations, this thesis describes a year in a parent-child group.

Keywords :

Group – Parenting – Psychomotor development – Parental guidance – Prevention