



HAL
open science

**Accompagner sur le chemin de la parentalité :
psychomotricité et guidance parentale en PMI auprès de
parents d'enfants de 0 à 3 ans**

Myriam Serres

► **To cite this version:**

Myriam Serres. Accompagner sur le chemin de la parentalité : psychomotricité et guidance parentale en PMI auprès de parents d'enfants de 0 à 3 ans. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03772719

HAL Id: dumas-03772719

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03772719>

Submitted on 8 Sep 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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie

Site Pitié-Salpêtrière

Institut de formation en psychomotricité

91, Bd de l'Hôpital

75364 Paris Cedex 14



**Accompagner sur le chemin de la parentalité :
Psychomotricité et guidance parentale en PMI auprès de
parents d'enfants de 0 à 3 ans''**

Mémoire présenté par Myriam Serres

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

Référentes de mémoire :

Solenn Le Boulvais

Véronique de Béarn Menu

Session Juin 2022

Remerciements

Je souhaiterais remercier Véronique, ma maîtresse de stage et référente de mémoire. Son accompagnement et ses conseils m'ont été précieux autant pour l'élaboration de ce mémoire que pour ma future pratique professionnelle.

Je remercie également Solenn, mon autre maîtresse de mémoire, pour sa patience et sa disponibilité ainsi que ses conseils avisés.

Merci à Zélie et Margot, qui m'ont permis d'effectuer des stages longs et de découvrir de nouvelles facettes du métier de psychomotricien à travers des prises en charge riches et des médiations variées.

Merci à tous les patients que j'ai rencontrés et qui, sans le savoir, m'ont beaucoup appris. Merci aux parents et à leur bébé de m'avoir accueillies en séance à la PMI.

Merci à mes amies, et notamment à Julia, à Hayat, à Lucie, Jamie-Lee pour leur écoute, leurs encouragements et leurs attentions tout au long de ma formation en psychomotricité.

Merci à ma famille et en particulier à ma maman et ma tante pour leur soutien et leur confiance pendant mes études.

Et enfin, merci infiniment à Charly d'être là pour moi et pour ses nombreuses relectures de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION.....	7
PARTIE THEORIQUE.....	9
1. Les grandes étapes du développement de l'enfant.....	9
A. La maturation neurologique.....	9
B. Les lois de succession.....	10
C. La loi de variabilité.....	11
D. La loi de différenciation.....	11
2. Deux auteurs fondateurs.....	11
A. Wallon.....	11
B. Piaget.....	13
3. Quelques repères indicatifs du développement.....	14
A. La motricité.....	15
B. Les niveaux d'évolution motrices (NEM).....	15
C. La préhension.....	16
D. Interactions sociales, compréhension et langage.....	17
4. Le rôle des parents dans le développement psychomoteur de l'enfant.....	19
A. Soins et carence de soins.....	20
B. La contenance.....	24
C. L'attachement.....	26
D. L'expérimentation.....	29
PARTIE CLINIQUE.....	31
1. Qu'est-ce que la PMI ?.....	31
A. Définition de la PMI.....	31
B. Historique.....	31
C. Organisation.....	31
D. Missions.....	32

2.	Présentation de la structure où j'ai réalisé mon stage	33
3.	Le rôle de la psychomotricienne en PMI.	34
A.	Les bilans psychomoteurs et le dépistage	34
B.	La stimulation psychomotrice.....	35
C.	La rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs.....	35
D.	Contribution au traitement de certains troubles par des techniques d'approche corporelle.....	36
E.	Prescriptions et indications de la psychomotricité en PMI.....	36
F.	Le déroulement d'une séance en PMI.....	37
4.	Cas Cliniques.....	37
A.	Nemera	37
Première rencontre		37
Propositions de mobilisations.....		39
Retour sur les conseils donnés après un mois		39
Travail sur les interactions		40
Conclusion et perspectives de cette prise en charge		40
B.	Abdou	40
Première rencontre		41
Evolution des interactions avec sa maman.....		42
Perte de repères- un exemple de séance		42
C.	Shayanthan.....	43
Première rencontre		43
Développement de la préhension et de la motricité		44
Développement du langage et interactions.....		45
Compréhension.....		46
DISCUSSION		48
1.	Analyse des relations parents-enfants	48

A. Les outils	48
B. Exemple d'évaluation de la relation à travers un critère spécifique : le regard.....	52
2. Attachement, séparation et individuation : des problématiques fréquentes dans nos séances.....	54
A. Quand la séparation est difficile : Shayanthan.....	56
B. Un attachement difficile à mettre en place pour Abdou?	60
3. Accompagner le handicap	63
A. Le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement de ce lien particulier	65
B. L'aide technique.....	66
4. Le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement des parents en PMI	67
A. La guidance parentale	67
B. Objectifs de la guidance en psychomotricité	68
C. Le positionnement du psychomotricien	70
D. Psychomotricien en PMI, un travail d'équipe.....	74
CONCLUSION	77
Bibliographie	79
Sitographie	86
Annexes	LXXXIX
Annexe I	LXXXIX
Annexe II	XCIV
Annexe III	XCIV
Annexe IV	XCVII
Annexe V	XCIX
Annexe VI	C
Résumé	CII

INTRODUCTION

« Il faut tout un village pour élever un enfant » (proverbe africain). Or dans nos sociétés occidentales, les parents se retrouvent souvent seuls, isolés. Devenir parent est une responsabilité très importante qui peut occasionner angoisses et questionnements. La multiplication des médias et réseaux sociaux engendre une prolifération d'informations discordantes à laquelle les parents sont confrontés. La peur, la culpabilité peuvent les assaillir dans les premiers mois ou années de la vie de l'enfant (Taymans, 2013, p. 95). Cette culpabilité est parfois renforcée par le regard des autres.

Les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) peuvent offrir à ces parents une aide, des conseils, voire une présence, à travers une équipe multidisciplinaire qui comprend parfois des psychomotriciens. Tous sont là pour les accompagner dans ce beau chemin qu'est la parentalité.

Au cours de mon stage en PMI, j'ai été frappée de constater combien la place des parents était prépondérante en séance de psychomotricité chez les enfants de 0 à 3 ans. Cela contrastait avec mes autres stages où j'avais très peu, voire jamais, l'occasion de rencontrer les parents.

Je me suis donc interrogée sur la pertinence de les intégrer à la séance, sur ce que cela pouvait apporter au développement psychomoteur de l'enfant et surtout, quelle pouvait être la place du psychomotricien dans cette dyade parent-enfant ? Comment associer leurs compétences de parent aux savoirs du psychomotricien ?

Tout d'abord, il m'a fallu éclaircir quelques notions. Qu'est-ce que la *parentalité* ? Selon le dictionnaire *Larousse*, la parentalité se définit comme la « fonction de parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel » (Larousse en ligne, s. d.). Or cette fonction est extrêmement vaste et recouvre à la fois des dimensions matérielles, sociales, culturelles ou encore éducatives. Elle vise à assurer soin, éducation et développement. Elle comprend à la fois des droits et des obligations (Observatoire de la parentalité, 2016).

Le *soutien à la parentalité* a pour but « d'accompagner les parents en difficulté durable ou passagère dans leur rôle éducatif quotidien auprès de leurs enfants. » (Viepublique.fr, 2021). La Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) dans sa convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 (CNAF, 2018) précise que ce soutien doit être renforcé dans trois moments

forts de la vie familiale : la séparation, l'adolescence et l'arrivée de l'enfant. Ce dernier événement correspond à l'activité de la PMI. Le soutien à la parentalité s'ancre donc dans les politiques familiales et peut être réalisé dans les structures accueillant les enfants accompagnés de leurs parents. L'observatoire de la Parentalité de La Réunion, ajoute à ces fonctions des compétences proprement humaines telles que l'écoute, des échanges, un accompagnement. Et il y inclut, tout comme la CNAF, des dispositifs d'appui et de médiation (Observatoire de la parentalité, 2016).

Quant à la *guidance parentale*, il s'agit d'une méthode plutôt récente initiée par Lebovici dont la particularité est de considérer les parents comme co-thérapeutes (Sanchez, 2009, p. 51). C'est-à-dire que les parents et le thérapeute travaillent ensemble pour obtenir un résultat partagé. Dans le sens commun, cette notion regroupe les renseignements et conseils pouvant aider les parents à améliorer leur relation avec leur enfant ainsi qu'à jouer leur rôle (Epsilon Melia, 2021).

Ces deux derniers concepts se rejoignent et sont mis en pratique en PMI en séance de psychomotricité. La guidance parentale semble être une forme de soutien à la parentalité. Ces deux notions apparaîtront donc dans ce mémoire.

La question principale qui orientera mes réflexions sera la suivante : comment le psychomotricien en PMI peut-il aider les parents à soutenir le développement psychomoteur et affectif de leur enfant entre 0 et 3 ans ?

Le psychomotricien dispose d'une connaissance du développement de l'enfant très complète à la fois sur le plan moteur, psycho-affectif et cognitif. D'autre part, il possède un sens de l'observation très aiguisé. Par conséquent, mon hypothèse est que le psychomotricien est armé pour :

- repérer le trouble psychomoteur chez l'enfant et son origine
- et cibler ce que le parent peut mettre en œuvre au quotidien pour que son enfant se développe au mieux.

Pour commencer, je développerai certaines notions, fondamentales en psychomotricité, qui ont pris tout leur sens cette année et ont été essentielles à la lecture des cas cliniques rencontrés en PMI. Ensuite, j'exposerai trois cas cliniques qui illustrent le travail qui peut être mené en psychomotricité dans ce contexte. Enfin, je terminerai par une discussion sur les problématiques soulevées par ces cas et l'apport du psychomotricien auprès des parents.

PARTIE THEORIQUE

1. Les grandes étapes du développement de l'enfant.

Nous pouvons envisager le développement psychomoteur comme un tout formé de plusieurs composantes liées les unes aux autres. Il est possible de le schématiser comme un triangle formé de trois pôles :

- la sécurité affective et le partage relationnel
- l'équipement (génétique, neuro-moteur, neuro-sensoriel)
- les expériences réalisées dans l'environnement. (Devanne, & Pavot-Lemoine, 2017).

Ces trois pôles exercent une influence mutuelle sur les autres. Nous allons au cours de cette première partie explorer chacun d'entre eux.

Les quelques notions théoriques dont les références bibliographiques ne sont pas citées proviennent des cours que nous avons reçus tout au long de notre cursus à l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière.

A. La maturation neurologique

Les missions du psychomotricien en PMI nécessitent de connaître les étapes du développement de l'enfant sain. En effet, le développement de l'enfant se fait selon une succession d'étapes et le psychomotricien doit être capable de situer l'enfant dans ce continuum et de pouvoir l'expliquer aux parents.

L'enfant vient au monde avec un système nerveux et des ensembles sensoriels tout à fait immatures, pourvus d'immenses potentialités et dont la maturation et le développement demandent la mise en œuvre d'un ensemble de phénomènes extrêmement complexes qui sont à la fois bio-anatomiques, psychologiques et sociaux. (Bucher, 2004, p. 9).

Cette maturation va se faire progressivement en suivant certaines lois. Pour pallier au défaut de maturation des premières semaines de vie, l'enfant vient au monde avec une motricité « pré-cablée » qu'on nomme « réflexes archaïques » ou « réactions primaires ». Parmi eux, nous pouvons citer le réflexe de succion, le réflexe de marche automatique, le réflexe de Moro¹ ou

¹ Réflexe qui se produit lorsque le bébé perçoit un bruit fort où un mouvement soudain et qui consiste à écarter les jambes, les bras et les doigts avant de les ramener sur son corps

encore le réflexe d'agrippement. (Thomas, 2002, p. 15) Il s'agit de réflexes de survie. À la naissance, l'enfant présente une hypotonie de l'axe et une hypertonie des membres (Coeman & Raulier H de Frahan, 2004, p. 45). L'enfant est donc soumis à la pesanteur et ne maîtrise pas encore sa motricité. Selon les propos de Buil, psychomotricienne PhD repris par Lafaurie, ces mouvements réflexes « ont pour fonction, entre autres, de permettre une première appropriation du corps en mouvement, de faciliter les premières interactions, et de servir de terreau à la motricité volontaire » (Lafaurie, 2022). Ils sont gérés au niveau cérébral sous-cortico-spinal. Ces réflexes évolueront en mouvements volontaires à partir de trois mois jusqu'à intégration des réflexes primaires.

Trois principales lois régissent la maturation neurologique du nourrisson. La maturation neurologique se définit comme « la myélinisation à l'origine de l'augmentation de la vitesse de conduction et du développement dendritique. » (Ballouard, 2008, p 176). La myéline est une membrane grasse recouvrant les axones. C'est l'augmentation de cette vitesse ainsi que celle des traitements centraux qui permet le développement des réponses posturales et la motricité volontaire. (Jover, 2000, p. 12)

B. Les lois de succession

Il existe deux lois qui décrivent l'ordre dans lequel se fait le processus de maturation. D'une part, la loi céphalo-caudale décrit le chemin parcouru par le tonus, autrement dit, l'avancée de la myéline le long des voies nerveuses.

Selon Suzanne Robert Ouvray (2007, p. 40), le tonus « descend de la tête vers les pieds, selon la loi céphalo-caudale. Sa descente s'accompagne d'une répartition plus harmonieuse et d'un renforcement dans les muscles du corps ». C'est-à-dire que le bébé va maîtriser de mieux en mieux ses muscles : d'abord ceux qui se trouvent proches de la tête puis progressivement les muscles qui se situent un peu plus bas et ainsi de suite. Le bébé va ainsi pouvoir tenir sa tête plus longtemps, puis s'asseoir et enfin se tenir debout. « Le processus irradie dans la région dorsale jusqu'à obtention de la station assise » et ainsi de suite jusqu'à l'acquisition de la marche (Ballouard, 2008, p. 93).

La seconde loi de succession est appelée la loi proximo-distale, c'est-à-dire que « le tonus s'installe d'abord au centre du corps (dans les muscles de la colonne vertébrale) pour progresser vers la périphérie (distal, les mains et les pieds) », (Robert Ouvray, 2007, p. 40). C'est-à-dire

que l'enfant pourra contrôler les mouvements de ses épaules avant ceux de ses doigts. C'est cette loi qui favorise l'apparition de coordinations oculo-manuelles, puis bucco-manuelles.

C. La loi de variabilité

Cette loi précise que dans le développement de l'enfant, les progrès ne sont pas linéaires. Il peut y avoir des stagnations, voire même des régressions au cours du processus. (Thomas, 2002, p. 12). Comme le confirme Buil, dans l'entretien mené par Lafaurie : « Des périodes de progression rapides pourront être suivies de ralentissement, voire parfois de possibles régressions, sans qu'il faille s'en inquiéter. ». (Lafaurie, 2022)

D. La loi de différenciation

Cette loi dit qu'au fur et à mesure du développement de l'enfant, le contrôle moteur devient de plus en plus « fin, élaboré et localisé ». (Thomas, 2002, p. 11). La motricité devient peu à peu volontaire. Le bébé découvre et apprend à maîtriser son corps au fil du temps et des expérimentations.

2. Deux auteurs fondateurs

De nombreux théoriciens se sont intéressés au développement de l'enfant tels que le médecin et psychologue Wallon ou encore Piaget, également psychologue. Leur vision des choses éclaire, aujourd'hui encore, le psychomotricien dans la compréhension du jeune enfant.

A. Wallon

Wallon a étudié le développement du tonus chez l'enfant (le tonus étant un concept clé en psychomotricité que nous définirons par la suite). Il le décrit comme une succession d'étapes qui dépend de la maturation des centres nerveux (Wallon, 2012). Il met en lumière l'évolution de la distribution périphérique du tonus puis explique l'influence que cela peut avoir sur les possibilités de mouvements du bébé.

C'est lui également qui établit un lien entre le psychisme et le tonus, et qui nous apprend que cela se manifeste chez l'individu à travers l'équilibre et les attitudes. Il fut un précurseur dans sa façon d'envisager les émotions. Selon lui, celles-ci tireraient leur origine du tonus.

Wallon est également connu pour sa théorie des stades de développement de la personnalité enfantine (Jalley, 2017, p. 29) :

- Le *stade impulsif* (entre 0 et 6 mois)
Ce stade tire son nom de l'imprécision et de l'impulsivité des gestes du nourrisson : il s'agit de réflexes et d'automatismes. A ce stade, l'enfant est totalement dépendant de son milieu pour la satisfaction de ses besoins.
- Le *stade émotionnel* (entre 3 mois et 1 an)
On observe l'apparition de manifestations expressives de plus en plus fines. L'émotivité est très pure. L'influence de l'entourage et ses réponses aux manifestations émotives permettent de les transformer en moyen d'expression.
- Le *stade sensori-moteur et projectif* (entre 1 et 3 ans).
L'activité motrice se développe à travers la manipulation d'objets, l'exploration de l'espace, ou l'imitation. Les fonctions de relation deviennent prépondérantes. C'est aussi le début du langage. Dans le stade projectif, les gestes sont un moyen pour l'enfant d'exprimer, de projeter sa pensée.
- Le *stade du personnalisme* (entre 3 et 6 ans)
Ce stade est marqué par l'avènement de la conscience de soi. Il se compose de trois périodes qui visent l'indépendance et l'approfondissement du moi : la période d'opposition et d'inhibition, la période de grâce et la période d'imitation. La famille a pour lui une importance capitale.
- Le *stade catégoriel* (entre 6 et 11 ans)
Ce stade fait la part belle à l'intellect, à la curiosité. L'enfant gagne en capacité de concentration et de classement, d'où ce stade tire son nom. L'environnement s'élargit.
- Le *stade de la puberté et de l'adolescence* (à partir de 11 ans)

Il est marqué par trois périodes que sont la période de la personnalité polyvalente, la crise pubertaire et la prise de conscience de soi. L'enfant va vers davantage d'autonomie, agrandit son réseau relationnel, connaît de grands remaniements psychiques et affirme son identité.

C'est aussi Wallon qui met en évidence le rôle du miroir dans la délimitation et l'organisation du corps propre par l'enfant (Wallon, 1963, p. 148).

B. Piaget

Piaget quant à lui, nous aide à comprendre comment se forme la pensée logique de l'enfant. Pour cela, il propose un modèle de développement basé sur quatre stades (Olano, 2016) :

- Le stade *sensori-moteur* (de 0 à 2 ans)

Il se caractérise par une intelligence pratique qui engage les attitudes, la perception, le mouvement. Il est également marqué par l'acquisition de schèmes moteurs. L'enfant s'appuie sur ses sens et ses actions pour connaître le monde. « Piaget insiste sur l'importance de l'action qui sera le point d'appui premier du développement cognitif ». (Ahdab, 2000, p. 107). Cet élément est particulièrement intéressant pour nous psychomotriciens car cela signifie que sans mouvement, le développement cognitif est entravé. Que se passe-t-il alors si l'envie de bouger n'apparaît pas ?

- La période *pré- opératoire* (de 2 à 6 ou 7 ans)

Il est désormais possible pour l'enfant d'avoir des représentations mentales et donc une pensée symbolique. Le langage se développe. L'enfant reste encore très focalisé sur son propre point de vue.

- Le stade des *opérations concrètes* (de 6 ou 7 ans à 11 ou 12 ans)

Le raisonnement se complexifie mais ne se fait que sur du concret. La sériation et la classification deviennent possibles. C'est aussi à ce moment que l'enfant acquiert les notions de conservation (de la substance, de poids, de volume, de nombre, de surface).

- Le stade des *opérations formelles* (à partir de 11 ou 12 ans)

Les enfants peuvent désormais raisonner sur de l'abstrait. C'est l'avènement de la pensée formelle et du raisonnement hypothético-déductif. Ils peuvent désormais

concevoir qu'il existe de multiples points de vue, ce qui peut donner lieu à une remise en question des systèmes existants.

Chaque stade est composé de plusieurs éléments qui s'organisent de façon logique. Par exemple, la permanence de l'objet, sur laquelle nous reviendrons par la suite, appartient au stade sensori-moteur. A l'intérieur même de ce stade, elle se situe entre une phase où le bébé s'intéresse aux objets et une autre où son intérêt se porte plutôt sur les relations entre les objets. Connaître ces enchaînements donne des indications sur là où en est l'enfant dans son développement.

On remarque que Piaget accorde une importance à la conduite des adultes dans le développement intellectuel de l'enfant. Selon lui, une conduite valorisante peut entraîner une progression, et inversement. (Xypas, 2001)

On note que la classification de Wallon diffère de celle de Piaget. D'un côté, selon Piaget, le développement est continu, les stades sont clairement délimités et l'intelligence est au centre du processus. De l'autre, selon Wallon, le développement est discontinu avec des chevauchements et intrications de certaines périodes, les délimitations des stades sont plus floues et les émotions jouent un rôle capital. Toutefois, les deux aident à penser l'enfant.

Certes, la délimitation de ces stades peut être remise en question au vu des avancées scientifiques récentes mais ils restent malgré tout une référence pour les psychomotriciens.

3. Quelques repères indicatifs du développement

L'évaluation du développement de l'enfant se fonde généralement sur l'acquisition de ses compétences. Les parents disposent même d'outils (dans le carnet de santé par exemple) leur permettant de situer leur enfant dans son processus de développement. Certaines acquisitions, plus que d'autres sont considérées comme des points de repères pour juger le développement de l'enfant. Nous allons les classer en trois catégories. Nous aurions pu évoquer d'autres catégories correspondant à d'autres items psychomoteurs notamment les acquisitions au niveau sensoriel mais j'ai préféré me concentrer sur celles qui seront les plus pertinentes pour les cas cliniques développés. Pour tous ces repères, un âge indicatif peut être donné pour faciliter la compréhension mais le plus important est de retenir leur enchaînement.

A. La motricité

Huguette Bucher (2004) repère, comme événement marquant de la motricité de l'enfant, le fait de pouvoir relever sa tête en position de décubitus ventral (aux environs d'un mois et demi). Ensuite, elle note l'avènement de la tenue de la tête qu'elle situe vers trois mois ou trois mois et demi (voire même plus tôt). Il y a bien sûr entre ces différentes étapes des nuances et des évolutions qu'il est aussi possible d'étudier chez l'enfant.

L'acquisition des retournements constitue également un point important du développement de l'enfant. Pour Thomas (2002, p. 32), c'est à 6 mois que l'enfant peut se retourner du ventre vers le dos.

Pour ce qui est de l'habileté à s'asseoir, Carric se base sur le schéma évolutif de Gesell qui décrit l'évolution de la position assise. Il explique que, placé en position assise, la tête de l'enfant a tendance à tomber lorsqu'il est tout petit. Quelques semaines plus tard, elle va seulement à osciller d'avant en arrière, puis quelques temps plus tard, il ne restera que des oscillations latérales. La tête est enfin stable à 5 mois tandis que le dos a besoin d'être appuyé sur un support. Le bébé peut ensuite tenir assis avec pour seul support ses mains, placées devant lui (à 6 mois). « A [9 mois], la position assise est indéfiniment stable » (Carric, 2000, p. 29). Pour Thomas, à 8 mois, l'enfant peut s'asseoir seul en prenant appuis sur un côté. (2002),

La marche est également considérée comme une acquisition de référence pour juger du développement de l'enfant. Carric s'appuie sur les travaux du psychologue Arnold Gesell pour établir plusieurs repères précédant la marche tels que la capacité à se tenir debout en appui (8 mois). Selon Carric, « la marche ne sera solide qu'à 18 mois » (2000, p. 30). Cette idée est corroborée par Buil, dans l'interview qu'elle donne à Lafaurie : « la marche est généralement acquise entre 10 et 18 mois » (Lafaurie, 2022).

B. Les niveaux d'évolution motrices (NEM)

Les niveaux d'évolution motrice sont un ensemble de mouvements acquis par l'enfant avant d'arriver à la marche. C'est Métayer qui a développé ce concept. Carric en a extrait quelques positions qu'il associe à des âges d'acquisitions.

- Il roule du dos sur le ventre et du ventre sur le dos vers 7 mois

- À 8 mois, il pivote sur le ventre (pour changer d'orientation)
- À 9 mois, il se met en « lapin » puis se tient à genoux.
- À 10 mois, il rampe sur le ventre ou sur le dos
- À 12 mois, il marche à « quatre pattes ». (Carric, 2000, p.30)

Les âges mentionnés par Carric ne doivent pas être considérés comme des repères absolus car l'âge d'acquisition varie d'un individu à l'autre au sein d'une tranche d'âge plus large. Par exemple, Miermon et ses collaborateurs affirment au sujet des retournements dos-ventre qu'ils interviennent généralement entre 6 et 7 mois mais que « les plus précoces réalisent ce mouvement à 4 mois et il faudra attendre 10 mois pour que tous le fassent » (2011, p. 45). De même, ils situent la reptation entre 5 et 11 mois et l'apparition du « quatre pattes » aux alentours de 7 mois (5 pour les plus précoces).

Carric ne mentionne pas la position « assis plage » ou celle du « chevalier servant » mais il me semble pertinent de les nommer car elles font également partie des NEM. La première désigne la position sur les genoux avec le bassin légèrement décalé qui repose au sol. La seconde sert à passer de la position à genoux à debout : un genou est à terre tandis que l'autre jambe est à 90° avec la plante de pied qui repose au sol (Le Neurogroupe, 2020).

Ainsi, nous comprenons qu'avant d'arriver à la marche, l'enfant passe par une succession d'étapes préalables. Si l'on observe qu'un enfant qui ne marche pas encore prend la position du chevalier servant par exemple, cela nous donne un indice sur l'avancée de ses progrès moteurs en vue de la marche. Chacune de ces étapes a un sens et apporte quelque chose à l'enfant. Ainsi, le « quatre pattes » permet à l'enfant de mieux maîtriser la coordination de ses membres supérieurs et inférieurs. Il peut être intéressant de retravailler sur l'une de ces étapes fondamentales en séance si elles n'ont pas bien été acquises.

C. La préhension

La préhension évolue également selon un processus progressif. L'enfant commence par un réflexe qui consiste à refermer sa main lorsqu'on place un doigt ou un objet dans sa paume et à s'y agripper solidement. Il s'agit du réflexe d'agrippement ou grasping.

À partir de 3 mois selon Carric, « il suffit de stimuler la face dorsale de la main » pour que soit esquissé un geste de préhension (2000, p. 31). Puis à 4 mois, c'est le début de la préhension au

contact. Selon Buil, la période entre 4 et 8 mois est propice au développement de la préhension « Le réflexe d'agrippement laisse progressivement place à la préhension volontaire : il apprend à contrôler ses mains » (Lafaurie, 2022).

A 5 mois, la préhension est d'ordre cubito-palmaire : il s'agit d'une prise grossière où l'objet est tenu entre le bord externe de la paume et deux doigts. La prise ne deviendra palmaire que deux mois plus tard (Carric, 2000). Ce n'est qu'à 9 mois qu'on peut voir apparaître chez le bébé une prise en pince fine (entre le pouce et l'index). Buil fait la distinction entre la prise en pince inférieure, entre le pouce et le petit doigt, aux alentours de 7 ou 8 mois et la pince supérieure entre le pouce et l'index qu'elle place entre 9 et 10 mois.

Il sera également intéressant de regarder si l'enfant est capable de lâcher un objet (4-5 mois), de transférer un objet d'une main à l'autre, de porter les objets à la bouche ou de les frapper sur la table (6 mois) (Carric, 2000).

D. Interactions sociales, compréhension et langage.

J'ai choisi de rassembler ces trois domaines de compétences de l'enfant car ils sont fortement imbriqués.

En ce qui concerne les interactions, on prêtera attention par exemple à l'apparition d'un sourire réponse, c'est-à-dire en réaction à la vue d'un visage humaine qui lui sourit. Spitz considère cette compétence comme « le premier organisateur » de l'appareil psychique. Selon lui, « l'apparition de la réponse par le sourire ouvre une nouvelle ère dans la vie de l'enfant » (1968, p. 89) car cela marque un tournant au niveau de son développement psychique. Carric situe ce phénomène vers 1 mois et demi. A 9 mois, il comprend « non, non » et peut répondre à son prénom. A 11 mois, selon Carric (2000), l'enfant peut donner les objets à sa mère

La communication chez l'enfant commence par les mimiques, le dialogue tonique et le regard. L'avènement du pointage constitue une étape importante dans ce processus de communication. D'une part, ce geste ciblé et précis implique une inhibition de la motricité. D'autre part, par ce geste, l'enfant signifie quelque chose, qu'il s'agisse d'une demande (pointage proto-impératif) ou d'une volonté d'échange autour de l'objet qu'il pointe (pointage proto-déclaratif). Selon Laurent Danon-Boileau (2018), vers 1 an apparaissent les premiers mots et vers 2 ans, l'enfant commence à associer deux mots.

Carric établit quelques repères sur la mise en place du langage : apparition du babil vers 2-3 mois, émissions de syllabes vers 8-10 mois, premiers mots vers 10-12 mois, etc. Contrairement à Danon-Boileau, il estime que les énoncés comprenant deux ou trois mots apparaissent vers 18 mois. Selon Carric, quelques signes doivent donner l'alerte d'un potentiel trouble du langage. Il suggère de s'inquiéter si à 3 ans l'enfant a un jargon incompréhensible, qu'il parle bébé, ne dit pas son nom et son prénom, qu'il ne parle pas à la première personne ou encore qu'il ne parle pas de façon spontanée en jouant. A 2 ans, il préconise d'être vigilant si l'enfant n'utilise pas de mots-phrases (association de deux mots significatives) (Carric, 2000).

Certains jeux sont emblématiques du développement de l'enfant entre 0 et 3 ans. On peut citer les jeux de « turn-taking » dans lequel « la mère tend un objet à l'enfant qui s'en saisit puis le lui rend » (Danon-Boileau, 2018, p. 20). Ce type de jeu préfigure l'alternance des rôles dans le dialogue. Les jeux de coucou-cachés sont également très structurants pour l'enfant en permettant de simuler l'absence de la mère « cachée » derrière ses mains. « Il y a disparition mais sur un fond de présence qui constitue en définitive pour l'enfant, l'emblème de la continuité de sa propre pensée » (Danon-Boileau, 2018, p. 21).

Selon Bucher, la permanence de l'objet s'acquiert vers 7 ou 8 mois. Cela s'observe si l'enfant est capable de retrouver un jouet ou un accessoire qui a été caché sous ses yeux. Retrouver l'objet caché signifie que l'enfant a perçu à travers ses sens la présence de cet objet, qu'il l'a mémorisé et que celui-ci n'a pas disparu de son esprit au moment où il disparaissait de sa vue. Pour cette auteure, « la reconnaissance de l'objet [est un] prélude à la représentation mentale » (Bucher, 2004, p. 37).

Thomas postule également que la permanence de l'objet est visible lorsque l'enfant jette un jouet, regarde où il est tombé et va le chercher. (2002, p. 21). Selon elle, cela est acquis aux alentours de 6 mois.

La capacité d'imitation de l'enfant est également à prendre en compte. Selon Nadel, l'imitation a de multiples fonctions. Elle permet de communiquer sans mots mais « elle peut aussi permettre d'apprendre » (2011, p. 71). L'imitation comporte trois caractéristiques essentielles de tout système de communication : la synchronie, la distribution des rôles et l'attention conjointe (Nadel, 2011). Nous sommes donc en mesure de nous demander si un défaut d'imitation pourrait révéler un problème au niveau des interactions.

Tous les éléments cités ci-dessus seront donc observés en PMI dans les phases d'évaluation de l'enfant afin de déterminer à quel stade de développement il se situe pour chaque domaine. Il

est bon de rappeler que les âges donnés ne sont que des indications. En effet, l'idée essentielle à retenir est que le développement de l'enfant suit sa maturation neurologique. Le danger serait de vouloir à tout prix se conformer à ces âges sans respect pour le rythme de l'enfant. En effet, Dans l'interview qu'elle a donné à Lafaurie, Buil insiste sur le fait qu'il est « très important de laisser l'enfant explorer librement par lui-même, en sécurité, sans vouloir anticiper sur les différentes acquisitions ». (Lafaurie, 2022).

Selon Pavot-Lemoine, « les acquisitions motrices se font dans un ordre assez stable d'un enfant à l'autre, ce qui nous a amenés à déduire naturellement que ce calendrier est programmé génétiquement avant la naissance » (2018, p. 79). Malgré tout, il existe des variations individuelles entre les enfants. Celles-ci s'expliquent notamment par les conditions environnementales que nous verrons dans la prochaine sous-partie.

4. Le rôle des parents dans le développement psychomoteur de l'enfant

Avant toute chose, commençons par définir ce qu'est le développement. Selon Coeman et Raulier H de Frahan, le processus de développement est un « processus progressif de construction s'étendant dans le temps, la durée et qui se caractérise par la répétition de ce qui a été vécu, appris, expérimenté dans une période précédente » (2004, p. 15). Ils ajoutent également qu'il est « composé d'une dynamique continue d'apprentissages de plus en plus élaborés - ce qui signifie, des arrêts, -des retours en arrière- des passages très rapides, d'autres lents et ainsi [l'organisme humain] capitalise des expériences » (2004, p.15). Selon ces auteurs, le développement peut être représenté par un système constitué de trois pôles : le corps, l'affect et le cognitif dont chacun est dépendant des autres. Ainsi, chaque expérience vécue dans un domaine a des répercussions sur les autres.

Le rôle des parents dans le développement de l'enfant est bien entendu très vaste et complexe et nous aborderons ici seulement quelques points clés de ce rôle qui m'ont semblés fondamentaux dans la mise en place des fonctions psychomotrices.

A. Soins et carence de soins

Rôle du handling et du holding

Le rôle des parents dans le développement de leur enfant est évident en ce qui concerne la satisfaction de leurs besoins primaires. Mais ce rôle va bien au-delà et a une incidence sur les principales fonctions psychomotrices.

Winnicott (1896- 1971) était pédiatre de formation et grâce à ses nombreuses observations, il a su faire le lien entre le développement de l'enfant et la qualité des soins maternels. Il élabore alors la notion de « holding » qui se définit de la façon suivante : c'est la façon dont la personne qui s'occupe de l'enfant le porte. En français, ce terme pourrait se traduire par « maintien ». Ce portage peut être aussi bien physique que psychique. Selon cet auteur, cela constituerait un besoin fondamental de l'enfant. Le holding remplirait plusieurs rôles :

- Il protégerait contre les dangers physiologiques
- Il donne à l'enfant l'occasion de faire l'expérience de stimulations sensorielles :
toucher, température, action de la pesanteur
- Il inclut les soins et prend en compte toutes les particularités de l'enfant et ses évolutions. (Winnicott, 1958, p. 134)

Précisions que dans ce holding, l'enfant est aussi acteur. Il s'y exprime à travers le dialogue tonique que nous aborderons par la suite.

Le handling est une notion complémentaire du holding et elle a également été développée par Winnicott. Elle signifie « manipulation » et désigne les soins donnés à l'enfant telle que l'habillage, la toilette, les câlins, etc.

Ces fonctions du handling et du holding sont extrêmement importantes dans le fonctionnement de l'enfant car elles permettraient l'émergence du moi. En effet, le holding et le handling impliquent un contact entre le parent et l'enfant, et mobilise à la fois la sensorialité et le dialogue tonique. La sensorialité est une fonction issue de nos sept sens et elle permet d'appréhender le monde.

Dans le holding, le toucher est bien sûr mobilisé grâce au portage ; mais l'audition, l'olfaction, la vue et aussi le goût entrent aussi en compte. Et à travers ce contact physique avec son parent, l'enfant va pouvoir ressentir les limites de son corps. C'est ce qu'explique Houzel : « Cela aboutit pour lui à une délimitation du dehors et du dedans indispensable à son individuation ». (2010, p. 90). Il fait ainsi référence aux travaux de Winnicott qui établit même un lien entre le

holding et l'émergence d'un schéma corporel. En effet, lorsque l'enfant est manipulé, porté, il a l'occasion de ressentir de nombreuses stimulations sur sa peau, celle-ci lui apparaît alors comme une enveloppe entière et unifiée formant les limites de son moi.

Par ailleurs, l'importance du contact avec autrui dans l'émergence du schéma corporel apparaît également dans les écrits de Bullinger : « au-delà de la régulation tonique, l'échange avec autrui participe à la mise en forme du corps du bébé », (1998, p. 33). En d'autres termes, ces échanges lui permettront de mieux se représenter les frontières de son corps.

Dans sa théorie, Winnicott fait le lien entre ces étapes du développement psychomoteur et la qualité des soins : « Toutes ces progressions dépendent de la qualité du maintien (holding) assuré par l'environnement. » (Winnicott, 1958, p. 125). La personne qui assure ces soins a donc une influence sur le développement de l'enfant. Bien que cette fonction de holding puisse être assurée par une personne autre que le parent -on rejoint alors ce que Bowlby appelle plus généralement le « caregiver » et Winnicott « l'environnement » - elle est le plus souvent assurée par les membres du couple parental. C'est donc à la mère, ou au père que revient généralement la responsabilité d'assurer cette fonction de holding. Ils participent donc indirectement à la mise en place de la représentation du corps chez le bébé et de son sentiment de continuité d'être.

Selon Winnicott (1958), si l'enfant dispose d'un environnement qui maintient (soit avec un bon holding), il pourra développer un sentiment de continuité d'être. La continuité d'être correspond aux prémices du moi, et il s'agit d'une intégration du psychisme du bébé.

Les soins : plaisir et impact sur l'image du corps

La qualité des soins entre aussi en ligne de compte. Il ne suffit pas de répondre aux besoins primaires du bébé de façon mécanique. La notion de plaisir est fondamentale. Par exemple, Ajuriaguerra définit l'allaitement comme un « plaisir mutuel » entre la mère et son enfant (1985, p. 271), grâce à une harmonie des postures qui procure de la détente. Le plaisir que le parent prend à donner des soins et le plaisir du bébé qui les reçoit contribuent à la formation de l'attachement.

Ce plaisir n'est pas systématique, certains parents, compte-tenu de leur état émotionnel ou psychologique ne le ressentent pas. Ils réalisent alors toutes les tâches nécessaires à la satisfaction des besoins primaires de leur enfant de façon mécanique.

Or selon Bucher (1994, p. 25), « l'enfant a besoin non seulement d'être pendant un certain temps le centre de convergence des soins et de l'attention, mais il a besoin aussi de quelqu'un qui ressent et partage ses émotions ». Il a besoin que le plaisir qu'il éprouve soit partagé. Cela se traduira chez le bébé par une agitation joyeuse, des sourires, des gazouillis. Et selon Bucher (1994), si ce plaisir est réciproque et durable, cela va aider le bébé à reconnaître son corps comme étant le sien et à l'identifier comme un élément essentiel de sa relation avec l'extérieur. Cela aura également une incidence favorable sur sa capacité à habiter son corps.

A l'inverse, s'il est manipulé sans plaisir, le bébé « intériorise un corps décevant, objet de déplaisir, de frustration, d'ambivalence » (Bucher, 1994, p. 27). C'est-à-dire que son image du corps sera négative. L'image du corps se définit comme une représentation imaginaire que chacun se fait de son corps et des qualités qui s'y rattachent.

Les effets du manque de soin

Voyons maintenant le corollaire de ces théories : ce à quoi peut aboutir le manque de soin. Selon Winnicott, « Si les soins maternels ne sont pas suffisamment bons, l'enfant ne parvient pas à exister vraiment (come into existence) puisqu'il n'y a pas de sentiment de continuité d'être (no continuity of being). » (Winnicott, 1958, p. 150). Il en résultera des phénomènes tels que des angoisses, la psychose ou la mise en place d'un « faux self » que nous ne développerons pas ici.

Lemay, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, s'est également intéressé aux effets que pouvaient produire des carences de soins ou de la discontinuité. « Lorsque l'enfant ne connaît pas la rencontre avec des adultes s'intéressant authentiquement à lui, le développement global est manifestement ralenti y compris sur le plan biologique » (1993, p. 108). Il décrit alors chez les enfants carencés des manifestations touchant diverses fonctions psychomotrices : tonus, équilibre, schéma corporel ou encore motricité globale.

Le travail du psychomotricien peut donc être d'identifier cette carence au niveau des soins, et d'aider le parent à ajuster cette relation.

Le psychiatre-psychanalyste Spitz s'est particulièrement intéressé aux enfants privés de leurs mères et a pu observer les conséquences que cela a produit sur leur développement. Il a étudié 123 enfants qui résidaient dans une pouponnière. Avant l'étude, ces enfants avaient de bonnes relations avec leurs mères et présentaient un développement normal. Il a pu constater une

évolution dans le comportement de ces enfants en plusieurs phases à partir du moment où ceux-ci ont été séparés de leur mère. Tout d'abord, « certains d'entre eux adoptèrent un comportement pleurnicheur qui contrastait violemment avec leur comportement antérieur heureux et extraverti ». (Spitz, 1968, p. 207). En parallèle de ce comportement, les enfants perdaient du poids, étaient plus vulnérables aux infections respiratoires et certains souffraient même d'insomnie. Il nota un retard moteur visible à travers le quotient de développement. L'intensité de ces symptômes s'accrut progressivement jusqu'à ce qu'au bout de trois mois, ils furent remplacés par « une espèce de rigidité glacée de l'expression » (Spitz, 1968, p. 208). Ce signe clinique pourrait s'apparenter à de l'amimie. Cela s'accompagnait d'un désintérêt pour ce qui se passait autour d'eux, tant est si bien qu'il devenait de plus en plus difficile d'entrer en contact avec ces enfants. Ce syndrome fût reconnu chez 19 enfants participant à l'étude. Tous avaient en commun une séparation d'avec leur mère de plus de trois mois entre le sixième et le huitième mois. Ceux qui n'ont pas subi de séparation avec leur mère ne présentèrent pas de symptômes.

Ces symptômes ressemblaient à ceux que peuvent présenter des dépressifs à l'âge adulte bien que le mécanisme étiologique sous-jacent ne soit pas comparable en raison de l'immaturation du système psychique des enfants. En raison de cette apparente analogie, Spitz appela ce phénomène « dépression anaclitique ». Il observa que plus la séparation se prolongeait et plus les symptômes se consolidaient. Si elle dépassait les 5 mois, l'état de l'enfant s'aggravait encore un peu plus et il sombrait dans ce que Spitz appelle « l'hospitalisme » et qu'il décrit comme une carence affective totale.

Pour développer ce second concept, Spitz se basa sur une étude qu'il mena dans un hospice pour enfants abandonnés. Dans ce lieu, les besoins corporels des enfants étaient assouvis : hygiène, alimentation, soins médicaux, etc. mais l'infirmière chargée de s'occuper d'eux n'avait pas beaucoup de temps à accorder à chacun. Selon Spitz « ils subissaient une carence affective ». (1968, p. 214). Là encore, il observa l'apparition de symptômes de dépression anaclitique puis le retard psychomoteur, même la coordination oculaire était défaillante.

Les travaux de Spitz nous montrent là encore l'importance du rôle du parent dans le développement psychomoteur de l'enfant et nous pouvons voir à travers ces études que l'affection et l'attention de la personne qui s'occupe de l'enfant (qu'il s'agisse ou non de son parent) sont déterminantes dans ce processus. Nous allons voir maintenant en quoi cela est déterminant, notamment au travers du concept d'attachement.

B. La contenance

Qu'est-ce que la contenance ? Selon le dictionnaire Le Robert en ligne, la contenance se définit comme « la quantité de ce qu'un récipient peut contenir ». En quoi cela concerne-t-il le rôle des parents vis-à-vis du développement de leur enfant ?

À l'origine, le fœtus est contenu dans le ventre de sa mère par la paroi utérine. À la naissance, le bébé est contenu dans les bras de son parent (Potel, 2015). Mais il ne s'agit pas seulement d'une contenance physique. Pour mieux comprendre comment cela fonctionne, nous allons revenir à certains fondamentaux de la psychomotricité.

Tonus et dialogue tonique

Le tonus constitue une notion essentielle en psychomotricité. Il s'agit d'un « état de tension permanente, active et involontaire, variable dans son intensité, des muscles, entretenu par l'influx nerveux, qui permet la réalisation des mouvements et le contrôle des gestes ». (Ballouard, 2008, p. 181). Il est la toile de fond à la fois de la posture et l'activité motrice.

Il en existe 3 sortes :

- Le tonus d'action désigne les fluctuations de tensions musculaires visant à assurer le mouvement.
- Le tonus de fond, que l'on appelle également « tonus basal », « tonus passif » ou « tonus permanent ». Il s'agit d'un état de tension qui demeure même lors du sommeil. Il est mis en évidence par des manœuvres passives. C'est à travers cette forme de tonus que s'expriment les émotions.
- Le tonus postural correspond à une tension musculaire dédiée à la conservation de la posture, elle est bien souvent automatique. (Jover, 2012, p. 2)

Toujours selon Jover (2012), cette contraction varie en fonction de l'état émotionnel du sujet. De fait, ce tonus donne des indications sur les affects ressentis par la personne. Il peut être évalué par le psychomotricien à l'aide de l'examen du tonus mais cette contraction peut aussi être éventuellement perçue par le toucher. Le tonus constitue une façon privilégiée de communiquer avec le bébé, lui qui n'a pas de mots pour se faire comprendre. À ce propos, Robert Ouvray écrit même que « Les variations de sa tonicité sont l'un des premiers éléments qui nous entraînent vers la compréhension de la vie psychique du bébé » (2007, p. 44). En effet,

lorsqu'il ressent des émotions négatives, le bébé pleure et se contracte. A l'inverse si l'enfant est rassasié, apaisé par les bercements de la personne qui s'occupe de lui, son état tonique s'abaisse jusqu'à le faire entrer dans une hypotonie agréable.

C'est ainsi qu'entre en scène le dialogue tonique. Albaret et ses collaborateurs le décrivent ainsi : « un langage sympathique comme une contagion qui passe d'un corps à l'autre ». (., 2012, p. 178). C'est-à-dire que l'état tonique ressenti par le bébé se transmet à la mère et inversement. Cela constitue une première forme de communication.

A travers ce premier dialogue, le parent va pouvoir interpréter les besoins du bébé et y répondre. La contenance réside dans la qualité de cette réponse. De nombreux auteurs se sont penchés sur la contenance sous différentes appellations, de Bick à Houzel. Mais nous nous arrêterons seulement sur certaines théories. Le holding, concept élaboré par Winnicott dont nous avons déjà parlé, est déjà une première forme de contenance physique et psychique.

La fonction contenante selon Anzieu

Anzieu a développé le concept de fonction contenante du Moi-Peau dans lequel la peau constitue à la fois un contenant physique des différentes composantes de l'organisme mais aussi un contenant psychique :

A la peau qui recouvre la surface entière du corps et dans laquelle sont insérés tous les organes des sens externes répond la fonction contenante de Moi-Peau. Cette fonction est exercée principalement par le handling maternel. La sensation-image de la peau comme sac est éveillée, chez le tout-petit, par les soins du corps, appropriés à ses besoins que lui procurent la mère. (Anzieu, 1985, p. 124).

Le « sac » décrit par Anzieu constitue l'une des trois fonctions de la peau. Ce sac retient en lui les éléments positifs de la vie de l'enfant. Anzieu dresse même le parallèle avec la fonction de holding maternel en affirmant que « la fonction psychique se développe par intériorisation du holding maternel » (Anzieu, 1985, p 121).

Il ajoute ensuite que ces échanges entre la mère et le bébé, aussi bien tactiles que vocaux, permettent au bébé de ressentir ses émotions et ses sensations sans se désorganiser. De là émerge une représentation psychique de son organisme. Le moi et le non-moi peuvent alors se différencier. On peut parler ici de fonction contenante du moi (Mellier, 2005, p. 307), comme

une enveloppe psychique permettant d'intérioriser les fonctions contenantantes de la mère. Le moi s'appuyant sur cette représentation, cette peau avec des limites pour pouvoir penser.

La fonction alpha de Bion

Une autre forme de contenance a été conceptualisée par Bion. Dans son ouvrage, *A Theory of Thinking, Second Thoughts*, il écrit « durant le séjour dans le bon sein [la mère], ils [les éléments bêta] sont ressentis comme ayant été modifiés de telle sorte que l'objet qui est réintrojecté apparaît tolérable à la psyché du nourrisson » (Bion cité par Bronstein, 2012, p. 770). Cela signifie que le nourrisson est aux prises avec tout un ensemble d'affects et de sensations qui ne font pas sens pour lui et le désorganisent. La fonction alpha de la mère est là pour traiter ces éléments bruts dans son psychisme et les renvoyer à son enfant d'une façon qui lui apparaît plus tolérable. Cette théorie s'appuie sur celle de l'identification projective proposée par Klein. Ce traitement passe par une verbalisation, une mise en mots du vécu de l'enfant. Si ce processus ne se réalise pas, les éléments impensables demeurent dans la psyché de l'enfant, et cela provoque chez lui un état de surexcitation voire un état psychotique. La personne qui s'occupe de l'enfant a donc, là encore, un rôle important à jouer dans le processus de développement de l'enfant puisque qu'il s'agit là de rendre possible sa pensée.

Ces bons soins, le dialogue tonico-émotionnel ainsi que cette contenance vont soutenir les fonctions d'attachement.

C. L'attachement

L'attachement comme besoin

Bowlby définit l'attachement comme étant la résultante des comportements de recherche de proximité vis-à-vis d'une personne donnée. L'attachement aurait pour but selon lui la protection de l'enfant et de rendre possible l'exploration. « *If there are predators about, an infant's attachment behaviour no doubt contributes to its safety. In the company of mother, moreover, an infant is in a good position to learn activities and other things useful for its survival.* »² (1982, p. 224). Il précise également que ce qui est essentiel pour la santé mentale est que l'enfant

² Traduction personnelle : En cas de menaces de prédateurs, le comportement d'attachement du nourrisson peut sans doute contribuer à sa sécurité. De plus, en compagnie de sa mère, l'enfant est en bonne place pour apprendre des activités et d'autres choses utiles à sa survie.

puisse expérimenter une relation à la fois continue, intime et chaleureuse avec sa mère (ou son substitut) au sein de laquelle chacun trouverait plaisir et satisfaction (1982).

L'expérience de Harlow, contemporain de Bowlby, sur les singes rhésus montre que l'attachement est un besoin au même titre que celui d'être nourri. Bowlby fera ensuite le parallèle avec les humains. Pour lui, l'attachement constitue un besoin primaire chez les humains. Il est nécessaire à la survie (Guedeney et al., 2010, p. 62). Cette vision s'oppose à celle de Freud qui considère que les besoins primaires sont ceux du corps tel que celui de se nourrir. Pour Freud, le but de l'attachement est la résolution des tensions (Observatoire de l'Enfance en Danger, 2010).

La qualité des soins portés au bébé, et des réponses à ses besoins détermine le type d'attachement. Bowlby évalue l'attachement en se basant sur la présence de certains comportements caractéristiques tels que les pleurs, le fait de suivre sa mère lorsqu'elle s'en va, et sa capacité à l'accueillir quand elle revient.

Différents types d'attachement

En 1969, Ainsworth, psychologue américaine, a mis au point « *the Strange situation* », un nouveau procédé pour étudier les liens d'attachements des tout-petits (Ainsworth et al, 2015). Ce dispositif avait pour but de mesurer la sécurité de l'attachement sur des enfants de 1 à 2 ans. Il s'agissait d'observer le comportement de l'enfant dans un nouvel environnement, dans différentes circonstances : avec sa mère, en présence d'un étranger, laissé seul avec l'étranger, ou encore laissé seul pendant quelques minutes. La qualité des retrouvailles avec la mère est également analysée. L'étude porte sur les critères suivants : la proximité, la recherche ou l'évitement des contacts, la capacité à être réconforté et sa tendance à l'exploration de l'environnement. C'est en se basant sur cette étude qu'Ainsworth établit différentes sortes d'attachements :

- Un attachement sécure dans lequel l'enfant montre des signes de stress lors de la séparation avec sa mère. Il semble heureux de la retrouver et il se montre plutôt distant avec l'inconnu.
- Un attachement insécure ambivalent. Dans cette catégorie, les signes de stress témoignés par l'enfants sont majorés. Il recherche la proximité de sa mère mais refuse son contact après qu'elle se soit absentée. Le comportement de l'enfant révèle une peur intense vis-à-vis de l'inconnu.

- Un attachement insécure évitant : ces enfants semblent indifférents au départ de la mère et jouent sans crainte avec l'étranger. Les enfants ignorent le retour de la mère lorsqu'elle revient dans la pièce.

Main et Salomon décrivent en 1990 un quatrième type d'attachement : l'attachement désorganisé (Dozio, 2020, p. 114) dans lequel l'enfant montre des comportements incohérents lors des retrouvailles avec la mère. Les mouvements de ces enfants sont même mal orientés, inachevés.

Le type d'attachement a des répercussions sur la personnalité de l'enfant. Selon Dugravier et Barbey-Mintz (2015), les catégories d'enfant ayant un attachement insécure mettront en place des stratégies adaptatives plus rigides. En situation de détresse, celui qui a un type d'attachement insécure évitant aura moins tendance à demander de l'aide car il ne fera pas confiance à autrui par exemple. L'attachement désorganisé est quant à lui « plus fortement corrélé avec la pathologie ». (Dugravier, & Barbey-Mintz, 2015, p. 19). Voilà une des raisons pour lesquelles il est important d'identifier ce type d'attachement.

Ainsworth établit un lien entre la qualité de l'attachement et la capacité à explorer le monde. « *The infant who used his mother as a secure base would show a nice balance between proximity seeking and exploratory behavior* ». ³ (Ainsworth et al., 2015, p. 594). C'est-à-dire que si l'attachement entre la mère et l'enfant est suffisamment sécurisé, l'enfant va s'autoriser à aller explorer l'environnement. Il pourra retourner vers elle ou chercher son regard de temps en temps lorsqu'il en ressentira le besoin. De plus, s'il a bénéficié d'un attachement sécurisé, l'enfant se montrera plus sociable, empathique et aura une meilleure confiance en lui qu'un enfant à l'attachement insécure. (Dugravier et al., 2006)

Bowlby va même plus loin, lorsqu'il exprime dans la conclusion de son ouvrage intitulé *Attachement et perte*, (1982, p. 377) qu'explorer son environnement avec confiance, cela renforce son sentiment de compétence. La personnalité du nourrisson pourra ainsi se développer de façon structurée et résiliente, lui donnant ainsi les capacités de faire face à l'adversité. La qualité de l'attachement aurait donc un impact sur la personnalité future de l'enfant.

³ Traduction personnelle : Le nourrisson qui utilise sa mère comme base de sécurité montrerait un bel équilibre entre la recherche de proximité et le comportement exploratoire

D. L'expérimentation

Selon Coeman et Raulier H de Frahan, (2004, p. 14) « Tous les mouvements seront appris et seront le produit d'expérimentations, d'essais et d'erreurs, de répétitions, de reconnaissance. Ces mouvements appris, en s'organisant, se coordonnant tout au long (il faut du temps) du processus de développement, vont moduler, transformer la forme corporelle et les actes moteurs du bébé ». Cette citation souligne l'importance du mouvement dans le développement de l'enfant et de l'expérimentation. D'après ces auteurs, (Coeman et al. 2004, p. 15), les expérimentations qui doivent avoir lieu dans le cadre d'un processus de développement sont de trois ordres. Premièrement, il évoque des expériences au niveau physico-moteur, deuxièmement, il cite des expériences de nature émotionnelle et relationnelle et troisièmement, il parle des expériences cognitives. Gauberti (1993) donne ainsi l'exemple de quelques expérimentations du quotidien : « manipuler, grimper, sauter, tirer et pousser » et par lesquelles, l'enfant « intègre des repères, qui précisent la structuration de l'espace et de l'image corporelle ».

Bullinger (2004) explique ce besoin d'expérimentations par la nécessité pour l'enfant d'extraire des invariants, c'est-à-dire que le sujet répète plusieurs fois les mêmes expériences sensori-motrices et constate des régularités dans les résultats. Il va donc pouvoir en tirer des conclusions.

Or comme nous l'avons vu précédemment, explorer le monde et expérimenter nécessite d'avoir un attachement sécure. Coeman et Raulier H de Frahan partagent ce point de vue :

Pour pouvoir ancrer ces expériences, qui rappelons le, passent d'abord par le corps, l'enfant a besoin dans la constance du quotidien de la constance d'une relation, d'un accompagnement qui participe, soutient, donne appui et en même temps qui laisse le sens de son expérience s'élaborer seul (2004, p. 41).

Donc non seulement la relation d'attachement sécurise l'enfant et lui donne l'impulsion de partir expérimenter mais de plus, selon cet auteur, l'adulte a un rôle à jouer dans ses expérimentations : en tant que soutien mais aussi en accordant à l'enfant une certaine autonomie. Il s'agit de permettre à l'enfant de faire ses propres expériences.

Certes, les parents sont là pour assurer un rôle de protection vis-à-vis de l'enfant mais selon Gauberti (1993, p. 19) : « si les interdictions maternelles portent sur les expériences sensori-

motrices que l'enfant effectue sur les objets dans l'espace ou sur son corps propre (expérience érotisée par le désir-plaisir de faire seul), il risque d'inhiber toute curiosité ». Le rôle du parent est donc fait de compromis entre sécurisation et autonomisation afin de ne pas brimer l'appétence de l'enfant envers les expériences sensori-motrices tout en veillant à sa sécurité.

Pour illustrer cette idée, nous pouvons donner l'exemple d'une expérience bien courante que font les enfants mais que certains parents ne permettent pas : mettre les objets à la bouche. Certains parents trouvent que cette habitude est sale et interdisent à leurs enfants de le faire. Et pourtant, cela fait intrinsèquement partie du développement de l'enfant car cela permet aux enfants d'apprécier la texture et le volume des objets. C'est une mine d'informations ! En outre, au point de vue de la constitution de l'axe corporel selon Bullinger, « la bouche, premier instrument à disposition du bébé va capturer les objets à sa portée » (Bullinger & Delion, 2004, p. 140) et la bouche va aussi « servir de relais pour passer un objet d'une main dans l'autre et d'un espace à l'autre » au moment où la perception de l'espace du bébé n'est pas encore unifiée (Bullinger & Delion, 2004, p 141). Le psychomotricien est donc là pour aider le parent à comprendre en quoi le comportement de leur enfant s'inscrit dans le processus de développement afin qu'il puisse l'accompagner et lui laisser vivre les expériences qui lui sont nécessaires.

Ainsi, nous avons vu quels étaient les grandes étapes du développement de l'enfant et le rôle essentiel du parent dans ce processus. Nous allons désormais nous pencher sur des cas cliniques nous permettant d'illustrer en quoi ces connaissances sont capitales dans le travail du psychomotricien en PMI auprès des parents.

PARTIE CLINIQUE

1. Qu'est-ce que la PMI ?

A. Définition de la PMI

La Protection Maternelle et Infantile désigne l'ensemble des moyens et mesures réglementaires qui régissent le système de santé afin de réduire la mortalité maternelle et infantile et de promouvoir la santé de la famille.

Les centres de Protection Maternelle et Infantiles (PMI) sont des services de santé publique où le parent (ou futur parent) peut bénéficier de conseils et de soins médicaux concernant la contraception, la grossesse, l'enfant et son développement jusqu'à 6 ans.

B. Historique

Les services de PMI sont apparus après la Seconde Guerre Mondiale à une époque où la mortalité infantile était encore élevée (Colombo, 2013, p. 92). Cela pouvait s'expliquer par une hygiène précaire favorisant les infections et les maladies contagieuses, une alimentation inadaptée ou encore un suivi insuffisant des grossesses. Il ne s'agit plus de restreindre l'assistance aux populations nécessiteuses mais d'en élargir la portée. C'est l'ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile (Cf. Annexe I p. LXXXIX) qui est à l'origine de la création de ces services. Ce texte en décrit l'organisation, et les missions dont les compétences.

C. Organisation

Depuis le décret n° 62-840 du 19 juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile, le service de PMI est une structure départementale relevant de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.

Chaque centre est placé sous la responsabilité d'un médecin départemental et financé par le Conseil Départemental.

Ces centres accueillent des équipes pluridisciplinaires dont la composition varie d'un établissement à l'autre : gynécologues, sages-femmes, infirmières, médecins généralistes, gynécologues, psychologues et bien-sûr psychomotriciens peuvent en faire partie.

D. Missions

Selon l'article L2111-1 du Code de la Santé Publique (Cf. Annexe II p. XCIV), la protection de la santé maternelle et infantile inclut les missions suivantes :

- une prévention à la fois médicale, psychologique et éducative à destination des (futurs) parents et de leurs enfants
- un accompagnement psychologique et sociales pour les jeunes maman et les femmes enceintes
- une attention particulière pour le handicap comprenant prévention et dépistage pour les enfants de moins de 6 ans et orientation vers des centre de soins.
- une sensibilisation aux risques sanitaires issus de l'environnement

A cet effet, l'article L2112-2 du Code de la Santé Publique (Cf. Annexe III p. XCV) décrit les actions qui peuvent être menées telles que des consultations et des actions de prévention médico-sociales en faveur des enfants de moins de 6 ans, l'édition et la diffusion de supports d'information, ou encore des actions de formations initiales destinées à aider les assistantes maternelles dans leurs tâches éducatives. Ces actions pouvant être réalisées dans les centres de protections Maternelle Infantile mais aussi à domicile ou en maternité.

De nos jours, l'action de la PMI s'articule principalement selon 3 volets :

- Planification et éducation familiale : contraception, conseil familial et conjugal, suivi de grossesse, entretiens préalables aux interruptions volontaires de grossesse, dépistage du SIDA et des maladies sexuellement transmissibles. Les PMI peuvent également exercer d'autres missions telles que des actions de prévention de la maltraitance et de protection pour les enfants de moins de 6 ans.
- Le suivi médical préventif des femmes enceintes et des enfants : Les PMI offrent des consultations médicales, psychologiques, de puériculture ou encore de psychomotricité, gratuites (mais tous les départements n'offrent pas l'intégralité de ces spécialités). Il existe 8 examens préventifs de la femme enceinte et 2 pour l'enfant de moins de 6 ans

qui peuvent être réalisés en PMI. Elles proposent également des dépistages (audition, vision, état vaccinal, langage), ou encore un suivi postnatal.

- L'agrément et le suivi des modes d'accueil de l'enfant : crèches, halte-garderie, suivi des assistantes maternelles.

2. Présentation de la structure où j'ai réalisé mon stage

La psychomotricienne que j'ai accompagnée cette année en PMI travaille sur plusieurs structures dont 3 centres de PMI situés sur deux communes voisines. Dans la PMI principale, c'est-à-dire celle dans laquelle se tiennent le plus souvent les consultations du jeudi, la file active était en 2018 de 1190 enfants. Dans la seconde, elle est généralement comprise entre 500 et 1000 enfants et enfin, pour la dernière, les chiffres ne m'ont pas été communiqués.

Ces trois PMI ont chacune leur propre fonctionnement et la composition des équipes diffère au sein de chacune d'elles (Cf. Annexe IV p. XCVII). On note toutefois quelques similitudes telles que le fait que la direction de la structure soit assurée par une puéricultrice et que des auxiliaires de puériculture y soient présentes toute la semaine (alors que la majorité autres professionnels partagent leur temps sur plusieurs structures).

Dans ce département, la population possède certaines caractéristiques selon le site internet de l'INSEE⁴ (2021) :

- Une population jeune avec une proportion importante d'enfants. 22% de la population a moins de 14 ans, et 64.9% a moins de 45 ans.
- Le taux de précarité est particulièrement élevé : le taux de pauvreté atteint les 27, 9%
- Le nombre de familles monoparentales y est plus élevé qu'ailleurs : 23,4% (contre 20% pour la moyenne régionale)

C'est donc auprès d'une population précaire et jeune que sont réalisées ces consultations. De plus, toujours selon les données figurant sur le site internet de l'INSEE (2020), « le département a joué un rôle d'accueil international majeur à l'échelle du pays ». Il s'agit donc également d'une population multiculturelle.

⁴ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

3. Le rôle de la psychomotricienne en PMI.

A. Les bilans psychomoteurs et le dépistage

Afin de pouvoir définir le rôle du psychomotricien en PMI, il convient de se référer au décret de compétence de la profession (cf. Annexe V p. XCIX).

La première attribution du psychomotricien est le bilan psychomoteur. En PMI, avec les enfants de 0 à 6 ans, ce bilan se fait beaucoup par observation spontanée ou bien au travers des tests standardisés suivants :

- Echelle française du développement psychomoteur de la première enfance d'O. Brunet et de L. Lézine
- L'échelle de Bayley
- L'évaluation du développement fonctionnel moteur de 0 à 48 mois de Vaivre- Douret
- L'EMG (Évaluation de la motricité gnosopraxique)
- Le MABC-2 (batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant)
- Le bilan sensori-moteur de Bullinger

Cette liste n'est bien sûr pas exhaustive et d'autres tests peuvent venir s'y ajouter en fonction de la problématique du patient.

Cette compétence du psychomotricien est précieuse en PMI car elle participe au dépistage de troubles, aide au diagnostic et fait donc partie intégrante de la mission de prévention de la PMI.

Le dépistage est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (HAS, 2014, p. 17) comme « l'identification présomptive d'une maladie ou d'anomalies non reconnues au moyen de tests, d'examens ou d'autres méthodes pouvant être appliquées rapidement [...]. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic. Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux, doivent être renvoyées à leur médecin pour un diagnostic et, si besoin est, traitement».

Selon la recommandation de la HAS (2014), l'accompagnement doit être le plus précoce possible dès la suspicion ou la découverte de troubles. Le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible constitue même un droit précisé dans différents textes internationaux tels que la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (ONU, 1989). Ce dépistage est essentiel pour que l'enfant puisse bénéficier d'une prise en charge précoce qui pourra se faire par exemple en CAMSP (Centre d'action médico-social précoce) ou en cabinet libéral.

Ce dépistage peut se faire au moyen de tests standardisés tout comme il peut se baser sur l'observation libre. Les deux méthodes ont pour but de situer l'enfant dans son développement.

Le dépistage et l'observation ne se limitent pas à l'évaluation des compétences psychomotrices de l'enfant. La spécificité des PMI réside dans ce rôle de protection de l'enfance qui passe par l'observation des interactions parents-enfants. Il existe même des grilles d'analyse des interactions parents-enfants dont l'une a été réalisée sous l'égide du psychiatre Lebovici. La recherche a duré une dizaine d'années et fut réalisée par une équipe comprenant des psychiatres ainsi que des psychomotriciens travaillant en PMI⁵. Il s'agit de dépister d'éventuels dysfonctionnements dans cette relation. Il peut s'agir aussi bien d'identifier une difficulté de séparation qui empêcherait l'enfant de s'éloigner pour explorer le monde, que de repérer les signes d'une éventuelle maltraitance. Dans ce cas, le travail du psychomotricien peut même aller jusqu'au signalement et à l'information préoccupante.

B. La stimulation psychomotrice

Cette deuxième attribution figurant au décret de compétence du psychomotricien se retrouve aussi en PMI. Sur le terrain, cela se traduit par des jeux, des mobilisations de l'enfant qui visent à permettre à l'enfant de faire de nouvelles expériences et ainsi de développer ses compétences psychomotrices.

C. La rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs

Les services de PMI ont une mission de prévention plutôt que de rééducation. Toutefois, compte tenu du délai d'attente important pour obtenir une place en CAMSP ou dans un établissement spécialisé, le personnel de PMI peut soutenir les familles en attendant qu'une place se libère. Néanmoins, on note que dans la PMI où mon stage s'est déroulé, la forte demande ne permet pas de recevoir les patients plus d'une fois par mois. Il est possible en travaillant conjointement avec les parents de mettre en place des dispositifs que les parents pourront reproduire à la maison. En outre, la mission du psychomotricien en PMI consiste aussi à orienter les patients

⁵ Lurs travaux sont regroupés dans Lebovici, S., Visier, J. P., & Mazet, P. (1989). L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. Eshel Editions.

vers d'autres professionnels, que ce soit d'autres professionnels de santé ou du paramédical ou même des psychomotriciens en libéral pour un suivi plus régulier.

D. Contribution au traitement de certains troubles par des techniques d'approche corporelle

Les troubles cités dans le décret sont les suivants : « des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique. ». Sur la population étudiée dans ce mémoire (les enfants de 0 à 3 ans vus en PMI), il va plutôt s'agir de prévention de ces troubles. Cette mission peut tout de même se réaliser dans certains cas. On pourra par exemple citer le portage comme technique d'approche psycho-corporelle et cela permet de lutter contre les troubles des régulations émotionnelles et relationnelles.

E. Prescriptions et indications de la psychomotricité en PMI

La Protection maternelle infantile a un rôle de prévention et de conseil aux parents. Elle leur offre la possibilité de consultations médicales gratuites, notamment en pédiatrie. Le travail réalisé dans ces PMI est un travail d'équipe où les différents acteurs sont complémentaires. Ainsi, le prescripteur principal des consultations auxquelles j'ai pu assister est le pédiatre ou le médecin de chaque centre. Les enfants peuvent également être orientés en psychomotricité par les auxiliaires de puéricultures qui font partie de la PMI et qui sont là pour accueillir les parents et les conseiller, peser et mesurer les enfants. Parfois, l'indication peut également venir de l'école, de la crèche ou plus rarement du médecin de ville. Quelques parents viennent également consulter spontanément.

Les motifs de consultations les plus fréquemment rencontrés dans la PMI où j'ai réalisé mon stage sont les suivants : troubles du tonus, difficultés d'investissement corporel, troubles de l'équilibre, troubles du comportement notamment neurodéveloppementaux, troubles du sommeil, retards de langage ou retards psychomoteurs, les troubles spécifiques du langage ou des apprentissages, et enfin le soutien à la parentalité.

F. Le déroulement d'une séance en PMI

Les séances de guidance parentale qui avaient lieu au cours de mon stage se déroulaient souvent selon la même trame. Cela commençait toujours par la préparation de la salle en fonction de l'âge de l'enfant et des objectifs que nous avions au cours de la séance. Il s'agissait de déterminer deux ou trois points de développement que nous voulions observer et d'élaborer des mises en situation permettant d'observer les compétences de l'enfant dans ce domaine. Ensuite, nous accueillons le ou les parents et l'enfant. L'entretien portait sur les habitudes de l'enfant et sur les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer. Il s'agissait d'être à la fois contenant vis-à-vis du parent et présent avec l'enfant dans la réalisation des situations d'évaluation. La séance prenait souvent la forme d'une discussion où des éléments étaient donnés au parent sur le développement de l'enfant pour l'aider à mieux comprendre son fonctionnement. Ces échanges étaient aussi l'occasion de trouver avec le parent des pistes de solutions par rapport aux difficultés rencontrées.

4. Cas Cliniques

A. Nemera

Afin d'illustrer ce que peut être le rôle d'une psychomotricienne en PMI et plus particulièrement dans un cas de soutien parental à l'acceptation du handicap, je vais illustrer mon propos par quelques cas cliniques.

Nemera est née le 28 juin 2021 et elle est d'origine pakistanaise. Elle a été orientée en psychomotricité pour hypotonie. Elle est prise en charge à raison d'une séance par mois. A deux jours de vie, Nemera a fait sa première crise d'épilepsie. Malgré la prise d'un traitement, Nemera a subi d'autres crises depuis.

Première rencontre

Lors de notre première rencontre, Nemera a 4 mois. Tenue assise dans les bras de sa mère, on observe une posture en cyphose et son regard a du mal à se fixer. Elle regarde très peu dans les yeux mais lorsque cela arrive, elle se met à gazouiller. Au tapis, en décubitus dorsal,

l'activité motrice est pauvre. On note une asymétrie entre ses deux bras : tandis que le bras droit est en flexion, son bras gauche reste mou même après quelques mobilisations. Seule sa respiration légèrement accélérée traduit son état émotionnel. Sa mère décrit également des problèmes de sommeil. Lors des suspensions antigravitaires, ses membres restent hypotoniques et n'ont pas la réaction d'extension attendue : les genoux restent proches. Au niveau de sa préhension, elle ne cherche pas à atteindre les objets et ne les manipule pas.

Or, si le côté gauche du corps de Nemera est hypotonique, cela aura un impact sur son investissement corporel. Cela la privera donc des expériences sensori-motrices nécessaires à son développement psychomoteur.

Selon le site internet de l'OMS (OMS 2022), l'épilepsie se définit comme « une affection chronique du cerveau qui touche toutes les populations du monde. Elle se caractérise par des crises récurrentes se manifestant par de brefs épisodes de tremblements involontaires touchant une partie du corps (crises partielles) ou l'ensemble du corps (crises généralisées). Elles s'accompagnent parfois d'une perte de conscience et du contrôle de la vessie et de l'évacuation intestinale. Ces crises résultent de décharges électriques excessives dans un groupe de cellules cérébrales. ».

Les travaux réalisés par l'équipe du Sessad l'Essor (Coste-Zeintoun, Bennoun et Clément, 2009) à Paris révèlent que l'épilepsie précoce peut causer des modifications au niveau du cerveau, et que les conséquences de ces lésions peuvent être variables selon la zone touchée. On peut donc se demander si le manque de tonicité de Nemera est la résultante de ses crises d'épilepsie et s'il s'agit d'une hémiplégie. Afin d'établir l'étiologie de ces symptômes, Nemera est suivie en parallèle en neurologie.

La mère paraît très concernée par l'état de sa fille : elle ne la lâche pas des yeux au cours des mobilisations et elle répond consciencieusement à toutes les questions durant l'entretien. Elle demande même si sa fille pourra aller à l'école plus tard. On sent chez elle une certaine anxiété.

Afin de rendre la mère actrice, le rôle de la psychomotricienne dans cette première séance a donc été de lui proposer de masser régulièrement sa fille afin de stimuler l'hémicorps hypotonique et de solliciter sa main gauche avec un jouet pour l'inciter à le prendre.

Propositions de mobilisations

Lors de la séance suivante, Nemera a 5 mois, elle ne tente pas de se retourner alors qu'on pourrait s'y attendre pour cet âge, sa motricité globale est toujours pauvre. Des mobilisations sont proposées à l'enfant afin qu'elle puisse sentir son corps bouger de façons différentes :

- attirer ses bras vers le centre du corps, car cela est nécessaire pour mettre les objets à la bouche,
- ramener ses pieds près de son visage car attraper ses pieds fait partie du développement de l'enfant à cet âge et cela lui permet en plus de sentir que son bassin peut bouger,
- guider un bras vers la jambe opposée pour lui faire expérimenter le croisement de l'axe, etc...

Ces gestes sont montrés à la mère pour qu'elle puisse les reproduire chez elle, multiplier les bénéfices de la séance et ainsi prendre part au développement psychomoteur de sa fille. Au cours de cette séance, la mère avoue être tellement inquiète au sujet de la maladie de sa fille qu'elle en a pleuré la veille. Le cadre de la séance de psychomotricité offre donc un espace contenant permettant à cette mère de pouvoir se confier.

Retour sur les conseils donnés après un mois

A 6 mois, Nemera n'attrape toujours pas de jouet spontanément mais lorsqu'elle sent que sa main est effleurée par le jouet, elle parvient à l'attraper, et avec un peu d'aide pour regrouper ses deux mains, elle le met à la bouche. La maman dit avoir mis en place les conseils reçus en séance mais pour le moment, son hypotonie l'empêche toujours de se retourner et la position en décubitus ventral lui est particulièrement inconfortable car elle ne parvient pas à relever la tête.

En revanche, on remarque plus de mouvements spontanés au niveau des jambes, elle cherche donc à se rassembler, ce qui est un moyen pour le bébé de s'apaiser mais aussi de commencer à investir le bas du corps. Les mobilisations impliquant le croisement de l'axe et les mouvements de bassin effectués par la mère entre les deux séances, ont donc probablement contribué à ce progrès. En effet, cela a permis à Nemera de ressentir dans son corps de nouvelles possibilités de mouvements.

Travail sur les interactions

En revanche, je remarque que Namera gazouille beaucoup mais n'écoute pas, car elle continue à gazouiller même quand on lui parle. L'enfant commence généralement par gazouiller en même temps que l'adulte parle, pour le plaisir de faire avec lui. L'étape suivante consiste à attendre que l'autre ait fini de s'exprimer avant de le faire à son tour et cela constitue un des prémices du langage. Or cette deuxième étape n'est pas encore en place chez Namera.

En outre, comme dit précédemment, elle ne regarde pas dans les yeux. Cela laisse à penser qu'un travail autour des interactions pourrait être pertinent. C'est pourquoi, nous avons montré à la mère qu'en se plaçant bien face à elle et en lui chantant des comptines, il était possible d'obtenir son attention et donc son regard.

Conclusion et perspectives de cette prise en charge

Ainsi nous avons vu que différents thèmes avaient été abordés avec la maman au cours des différents entretiens de guidance parentale. Les conseils donnés ont pu porter à la fois sur le niveau moteur et le niveau interactionnel. Compte-tenu que Namera débute une prise en charge en kinésithérapie neuromotrice, les séances de psychomotricité, s'orienteront plus désormais sur l'aspect relationnel.

B. Abdou

Abdou est né le 14-05-20. D'origine Comorienne, il est venu en France pour une opération du cœur à l'âge de 6 mois. Il est porteur d'une anomalie génétique, la trisomie 21, qui résulte de la présence d'un chromosome supplémentaire. La trisomie 21 entraîne une déficience intellectuelle légère à moyenne. Selon l'institut Lejeune (2022), elle constituerait même la « première cause de déficience intellectuelle ». Cette maladie entraîne également des malformations (cardiaques ou digestives) ou peut être associée à d'autres pathologies telles que le syndrome de West (qui est une forme rare d'épilepsie). L'état tonique de ces patients se caractérise généralement par une hypotonie de fond, ce qui provoque un retard dans les acquisitions psychomotrices.

Abdou vit donc en France chez sa tante afin de bénéficier des meilleurs soins dans le cadre de sa pathologie. Celle-ci a déjà deux enfants et elle demandé la garde parentale car les parents biologiques d'Abdou sont restés au pays. (Nous la nommerons donc désormais sa « mère »). Il consulte dans le cadre de sa trisomie 21 et pour un retard moteur. Suivi par la psychomotricienne de la structure depuis Mars 2021, les consultations sont un peu irrégulières : elles ont lieu tous les deux à trois mois car il arrive fréquemment à la mère d'annuler des rendez-vous.

Première rencontre

Lorsque je rencontre Abdou pour la première fois, il a 17 mois. C'est un petit garçon brun aux cheveux frisés. Le phénomène de protrusion de la langue que l'on retrouve souvent chez les enfants trisomiques, est assez peu prononcé chez lui. Il est capable de se mettre à quatre pattes et en chevalier servant. Ces acquisitions se font généralement vers 10 mois chez un enfant sans pathologie génétique; et à 17 mois, la marche est généralement acquise. Cependant toujours selon l'institut Lejeune, l'acquisition de la marche chez les enfants porteurs de trisomie 21 se fait aux alentours de 30 mois donc, Abdou n'est pas en retard compte tenu de sa pathologie.

On peut également remarquer dans son comportement quelques particularités : il ne prend et ne donne pas lorsqu'on lui tend un objet ou la main. Il ne répond pas non plus à son prénom. Lorsqu' Abdou se dirige vers sa mère pour obtenir de l'affection, elle ne le prend pas dans ses bras. Lorsqu'elle lui parle, elle ne le regarde pas et lui-même la regarde peu. Globalement, Abdou n'est pas dans la relation, or cela n'est pas caractéristique de la trisomie 21. Sa mère explique qu'elle travaille beaucoup et qu'elle a peu de temps pour jouer avec lui. Pendant la journée, Abdou est gardé par d'autres membres de la famille. Pendant la séance, nous avons installé un petit tunnel dans lequel Abdou n'a pas hésité à s'engouffrer. Nous avons demandé à sa mère de se mettre à la sortie du tunnel et de le regarder, cela a provoqué chez lui des cris de joie. Son jeu étant assez peu construit, nous avons proposé à la mère d'éteindre les écrans qui, jusqu'à présent, étaient laissés allumés en bruit de fond lorsque les enfants jouaient, afin qu'Abdou puisse se concentrer plus facilement sur son jeu. Nous avons également insisté pour que la maman passe plus de temps à jouer avec Abdou.

Evolution des interactions avec sa maman

Lorsque nous le revoyons le mois suivant, le jeu d'Abdou est beaucoup plus construit. Il regarde davantage sa mère, elle-même le prend dans ses bras et semble y prendre du plaisir. Elle nous affirme avoir mis en place ce que nous lui avons suggéré au sujet de l'arrêt des écrans. Elle a même fait l'acquisition d'un tunnel comme celui que nous avons utilisé lors de la dernière séance. Elle nous dit avec un grand sourire que cela plaît beaucoup à Abdou et à ses autres enfants, qu'ils commencent à jouer ensemble. Le travail fait en psychomotricité au cours des séances précédentes a donc eu un impact favorable sur cette famille.

Perte de repères- un exemple de séance

Toutefois, lorsque nous les accueillons à la consultation suivante, la maman nous exprime dans un soupir dès son arrivée que « c'est dur ». Durant la séance, Abdou tente de grimper partout, sans avoir conscience de son équilibre précaire. Il prend des risques. Il ne reste pas concentré sur un jeu plus de quelques secondes et il a de nouveau beaucoup de mal à regarder dans les yeux. Il est peu réceptif lorsque nous lui parlons ou tentons de lui montrer quelque chose tels que des jeux de causes à effet : il ne les regarde pas, essaie de nous l'arracher des mains sans écouter. Il n'est pas coopératif lors des activités proposées : plutôt que de marcher sur un chemin de briques que nous lui proposons pour exercer son équilibre, il préfère attraper les briques pour les mettre à la bouche ou les frapper contre les meubles. Nous constatons une hypertonie d'opposition de sa part.

Ce comportement étant inhabituel chez Abdou, nous posons des questions à la maman pour tenter de comprendre ce qu'il se passe. Elle nous explique qu'ils ont récemment déménagé et que désormais ils vivent dans une grande maison. Ce bouleversement coïncide avec le changement de comportement d'Abdou. Le soir, il refuse de s'endormir seul. Il est intéressant de préciser qu'Abdou dort désormais un lit gigogne qui « disparaît » la journée (il est rangé sous un autre lit). De plus, la mère nous indique qu'Abdou la suit partout et que lorsqu'il lui est arrivé de laisser Abdou dans sa famille sans elle pendant plusieurs jours, il tombe malade. Nous avons alors réfléchi avec la mère à ce qu'elle pourrait mettre en place pour qu'il puisse se rassurer dans ces cas-là, sachant qu'il n'a ni doudou ni tétine. Nous avons suggéré à la mère de lui laisser un morceau de tissu avec son odeur à elle lorsqu'elle doit le faire garder afin qu'il puisse s'apaiser.

Afin d'initier une relation avec lui, nous avons mis en place des jeux d'imitations tels que des comptines à gestes. La première fois, alors que je suis seule à chanter la comptine et à faire les gestes, il sourit et a un plaisir évident à l'entendre (il bat des mains et pousse des petits cris de satisfaction) mais il ne reproduit pas les gestes avec les mains et s'en désintéresse assez vite. Un peu plus tard, lorsque nous reprenons cette comptine en chœur avec la psychomotricienne et qu'Abdou est entre nous deux, il se met à refaire les gestes et nous regarde dans les yeux pendant un bref instant.

Vers la fin de la séance, Abdou s'est installé dans un rocher tactile retourné (qui donc avait la forme d'une bassine). J'en profite pour le bercer en lui chantant une autre comptine « Bateau sur l'eau ». A ce moment-là, Abdou lève les yeux vers moi et me regarde en souriant.

Nous conseillons donc à la maman de lui mettre à disposition une grande bassine, espace contenant dans lequel il pourra s'installer tout en observant ce qu'il se passe autour de lui. Afin de lui donner des repères dans cette grande maison, nous proposons également à la maman de faire dormir de nouveau Abdou dans un lit fermé qu'il puisse identifier comme un lieu ressource.

Nous lui suggérons également de l'emmener consulter un ophtalmologue pour vérifier que sa difficulté à poser son regard ne soit pas lié à une acuité visuelle défailante.

C. Shayanthan

Shayanthan est un petit garçon Bangladais né prématurément à 35 semaines d'aménorrhée, le 27 Avril 2021. Il a passé 18 jours en services de néonatalogie. Il était hypotrope pendant son premier mois de vie. Sa maman est diabétique. Nous communiquons en anglais car la mère n'est pas francophone. Shayanthan est vu environ tous les mois et demi en psychomotricité dans le cadre de sa prématurité pour prévenir d'éventuels risques neurodéveloppementaux.

Première rencontre

Lorsque je le rencontre pour la première fois, il a 5 mois, 3 semaines et 5 jours en âge réel, ce qui correspond à 4 mois, 2 semaines et 4 jours en âge corrigé. La psychomotricienne l'a déjà rencontré trois fois depuis sa naissance et ses réflexes neuromoteurs sont normaux. Au tapis, il

alterne mouvements rapides et désordonnés avec une position en opistotonos, ce qui correspond à une position pathologique. Il regarde les objets posés près de lui et les réclame en trépigant mais ne fait pas de gestes pour les attraper. Toutefois, l'examen clinique étant normal, on peut postuler que cette hypertonie est d'ordre plutôt émotionnelle.

Nous allons maintenant passer en revue l'évolution du suivi de Shayanthan dans chacun des trois grands items psychomoteurs que sont la motricité, le langage, la compréhension. Nous ne nommerons que les points saillants. De plus, la liste des items étudiés ici n'est pas exhaustive mais ce sont eux qui sont ressortis le plus dans le suivi de l'enfant.

Développement de la préhension et de la motricité

Selon Thomas et Durrmeyer, au sujet des enfants nés prématurément et sur la base de données recueillies au centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC) sur la période 2000- 2004 :

A l'âge corrigé de 2 ans, 134 des 245 survivants (55 %) ont été revus en co-consultation de suivi et 16 % de ces enfants présentaient un problème moteur ou cognitif, 12 enfants (9 %) présentaient un trouble sensoriel, essentiellement visuel (port de lunettes). (2008, p. 23)

Les enfants nés prématurément sont à risques de troubles du développement. Par conséquent, un suivi préventif de ces enfants est nécessaire. C'est pourquoi, la psychomotricienne de la PMI où j'ai effectué mon stage et moi-même avons été particulièrement attentives au développement de Shayanthan.

Ainsi, on note par exemple qu'à 5 mois et 24 jours (en âge corrigé), Shayanthan peut se retourner. Sur le dos, il est capable de pousser sur ses pieds et de les attraper. Il parvient à se redresser sur les avant-bras en position ventrale. Ses capacités motrices sont donc tout à fait dans la norme. Au niveau de la préhension, il attrape les objets avec ses deux mains mais il ne porte pas les objets à la bouche. Or, cette compétence est généralement acquise à son âge.

A 7 mois et 26 jours en âge corrigé, il se déplace à quatre pattes et ses déplacements sont bien intégrés car il peut le faire en regardant sa maman. Ses mouvements sont bien coordonnés et le poids du corps bien réparti. Il peut s'asseoir seul. Compte-tenu que cette compétence s'acquiert généralement aux alentours de 8 mois et que le déplacement à quatre pattes fait généralement son apparition aux alentours de 10 mois, on voit bien que Shayanthan ne présente pas de retard moteur, bien au contraire. Et cela illustre bien le fait que malgré l'utilité des repères en termes

d'âges d'acquisition des compétences, chaque enfant progresse à son rythme. Au niveau de la préhension, il prend les objets qu'on lui tend. Il les met à la bouche, chose qu'il ne faisait pas un mois auparavant, or cette compétence est généralement acquise bien plus tôt. On voit bien ici qu'un enfant ne se développe pas forcément à la même vitesse dans tous les domaines.

A 10 mois, âge corrigé, Shayanthan se met debout avec un polygone de sustentation élargi.

Au niveau de ses capacités de préhension, il a acquis la pince fine, ceci est visible lorsqu'il attrape la tasse par l'anse. Il est dans les normes d'âge d'acquisition de cette compétence. Toutefois, lors des diverses mises en situations qui avaient pour but de lui faire utiliser ses deux mains, par exemple quand nous lui avons proposé de retirer des anneaux se trouvant sur un plot, il n'utilisait pas la coordination bi-manuelles. Or selon Carric : « A 6 mois, c'est le début de l'engrammation bi-hémisphérique. Les deux membres supérieurs sont maintenant individualisés » (Carric, 2000, p. 32). Il devrait donc pouvoir utiliser une main comme support tenant le plot et l'autre pour retirer l'anneau. Nous proposons donc à la mère de lui soumettre ce type de jeu à la maison.

Développement du langage et interactions

Voyons maintenant comment se développent les capacités langagières et interactionnelles de cet enfant. Lorsque la psychomotricienne rencontre Shayanthan à 1 mois et 7 jours d'âge réel, il sourit et fait quelques vocalises. Ce comportement semble en adéquation avec son âge.

Plusieurs fois au cours du suivi et même au-delà des trois premiers mois, nous constatons que dès qu'il appelle sa mère, celle-ci répond immédiatement et elle nous explique même qu'à la maison, dans ces cas-là, elle le prend dans ses bras. Nous remarquons aussi que lorsque la mère prend ou pose l'enfant, elle ne le prévient pas.

A presque 8 mois en âge corrigé, nous ne l'entendons quasiment pas gazouiller en séance même si sa mère dit qu'il le fait à la maison. Lorsque l'enfant va vers sa mère, celle-ci le regarde, lui sourit, a des gestes d'affection envers lui, produit des sons ou des onomatopées mais elle ne s'adresse pas à lui avec des phrases. Nous conseillons alors à la mère de verbaliser ce qu'elle comprend de ce que lui montre l'enfant. Cela peut se faire en décrivant ce qu'il fait, par exemple, s'il essaie de se mettre debout. La psychomotricienne suggère aussi à la mère de donner le choix à l'enfant : « Tu veux que je te prenne dans les bras ou tu veux jouer ? ». Mais

en raison des problèmes inhérents à la traduction en anglais, nous ne sommes pas sûres que la mère ait bien saisi ce message.

A 9 mois, nous essayons de lui dire des syllabes pour voir s'il les reprend telles que « pa-pa-pa », ou « ma-ma-ma » mais il ne les répète pas. Or, la répétition de syllabes apparaît vers 8 mois en général. Le même jour, nous observons que lorsque la mère veut empêcher son enfant de faire quelque chose qu'elle juge dangereux, elle le prend dans les bras sans rien lui expliquer. Alors lorsqu'elle nous demande ce qu'elle peut faire pour faire progresser son enfant dans son développement, la psychomotricienne insiste sur le fait qu'elle doit lui parler plus afin de faire émerger le langage chez lui.

Quand nous le revoyons enfin à 10 mois (âge corrigé), il dit « papa » et « maman » selon sa mère, il fait « bravo » et répond à son prénom. Ses compétences en termes de langages sont donc maintenant en adéquation avec son âge. La maman étant très volontaire et puisqu'elle assure avoir mis en place nos recommandations, nous pouvons supposer que le fait qu'elle parle davantage à son enfant l'ait aidé à entrer dans le langage.

Compréhension

Certaines mises en situation ou comportements de l'enfant peuvent nous donner des indices sur son développement psychique.

Par exemple, nous avons volontairement caché un objet sous les yeux de l'enfant pour voir s'il irait le rechercher. Ceci avait pour but d'évaluer s'il avait compris la permanence de l'objet (cette compétence apparaît généralement aux alentours de 6 mois). A 9 mois et 9 jours en âge corrigé, nous avons réalisé plusieurs essais à différents moments de la séance et avec divers objets (dont un qu'il avait particulièrement investi au cours de la séance). Shayanthan n'a pas cherché l'objet. Peut-être aurions-nous pu tenter de le cacher avec un objet semi transparent comme un foulard pour l'aider un peu ? Nous avons expliqué à la mère que chercher l'objet caché est une étape nécessaire pour s'en faire une représentation mentale et que cela fait partie du développement de l'enfant. Elle a donc dit qu'elle essaierait de lui faire refaire à la maison. Nous lui avons également suggéré dans cette optique de demander à l'enfant d'aller récupérer des objets et de les lui ramener (chaussures, manteau, etc.).

La fois suivante, Shayanthan a 10 mois en âge corrigé et il parvient sans problème à retrouver la balle cachée devant lui sous un pot. La maman nous dit qu'ils y ont joué entre temps. Notre

échange a donc porté ses fruits. Elle nous dit également qu'elle a tenté de lui demander de lui apporter des objets et qu'il y est parvenu.

Globalement, Shayanthan est un enfant qui va bien et dont le développement psychomoteur semble sain. Nous avons donc proposé à la maman d'espacer les rendez-vous de suivi et de ne se revoir que dans six mois.

A travers les notions théoriques exposées dans la première partie, nous allons maintenant tenter d'aller plus loin dans la compréhension de ces cas. Nous pourrions ainsi en déduire quel a été le mécanisme d'action du psychomotricien et en quoi cela a pu aider les parents à soutenir le développement psychomoteur et affectif de leur enfant.

DISCUSSION

1. Analyse des relations parents-enfants

Selon Gauberti, « un désordre psychomoteur ne peut pas être isolé de la relation corporelle mère-bébé, mais doit être articulé aux autres éléments de la relation » (1993, p. 3). La place que les parents occupent dans la vie d'un enfant entre 0 et 3 ans est indéniable, cette relation influe naturellement sur ses expériences psychomotrices. C'est la raison pour laquelle il est intéressant d'analyser les interactions entre le parent et son enfant auprès du public envisagé dans ce mémoire. L'analyse à travers une observation et des entretiens avec les parents est un préalable à la guidance parentale.

A. Les outils

Comme nous l'avons vu dans la première partie, les interactions parents-enfants jouent un rôle fondamental dans le développement. Cela fait donc partie du rôle du psychomotricien de les observer, d'autant plus que les PMI ont un rôle de prévention de la maltraitance.

Des auteurs ont donc mis au point des outils dans le but d'évaluer ces interactions. Tout d'abord, nous pouvons citer les travaux de la recherche RAF (Recherche Action formation) sur les interactions précoces et la prévention de la maltraitance. Celle-ci a été réalisée conjointement par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et l'Université de formation et de Recherche de médecine (UFR) de psychopathologie de Bobigny, avec, à sa tête, le professeur Lebovici. Il s'agissait de développer des modalités originales d'actions préventives. Des psychomotriciennes de PMI ont été associées à cette étude pour mener des observations auprès des couples parents-enfants. Ces travaux ont abouti à la réalisation de grilles d'observations selon l'âge de l'enfant qui sont encore utilisées actuellement par les professionnels de la petite enfance (Cf Annexe VI p. C).

Penchons-nous maintenant sur les diverses composantes de ces grilles. On note qu'une différence est faite entre les interactions mère-enfant et père-enfant. Concernant la qualité des interactions, le caractère continu, leur tonalité affective, l'harmonie de la relation ainsi que la personne qui initie l'échange sont pris en compte. On observe également dans cette analyse

l'attitude de la mère et de l'enfant en situation de stress (durant l'examen). Les interactions en salle d'attente sont aussi prises en considération : l'enfant joue-t-il près, loin ou avec sa mère ? Comment se comporte-t-il avec les autres enfants ? La grille comprend une analyse des aspects somatiques de la vie de l'enfant tels que le sommeil ou l'alimentation car ceux-ci peuvent être révélateurs de problèmes psycho-affectifs. Une partie de la grille est dédiée à la santé de l'enfant, à la survenue d'épisodes d'hospitalisation ou de séparation avec les parents. Ces questions ont probablement pour but de déterminer si l'enfant a subi une carence affective relationnelle. Les grilles réalisées par Lebovici ont vocation à être remplies par les équipes des centres de Protection Maternelle Infantile et non par un seul professionnel (Cf Annexe VI p. XCIX).

Gauberti, qui est psychomotricienne, propose également des critères permettant d'analyser les interactions mères-enfants. Elle commence par spécifier qu'une « grille trop précise de critères d'observations, [...], réduit la perception de la psychomotricité de l'enfant et de la relation corporelle en induisant un type de décodage qui néglige la richesse et la particularité de chaque interaction » (1993, p. 75). Donc ces critères sont à utiliser avec bon sens en s'adaptant à la situation individuelle de chaque enfant. En outre, l'auteure établit un lien direct entre les interactions et les symptômes psychomoteurs « Si le nourrisson a développé une pathogénie psychomotrice, c'est bien en réaction à la souffrance de l'interaction », d'où la nécessité pour le psychomotricien de s'intéresser à cette relation.

Mais comment procéder pour décoder cette relation ? Gauberti spécifie qu'il ne s'agit pas d'interprétation mais bel et bien pour le psychomotricien de « [mettre] des mots sur ce qu'il ressent de la relation » en s'impliquant corporellement. Donc plutôt que de s'en tenir froidement à l'analyse de critères, le corps entre en compte dans l'analyse de ces interactions. Le psychomotricien doit donc prendre en compte le transfert que lui renvoie cette relation. Cela nous renvoie à la notion de contre-transfert corporel de Potel. Danon-Boileau définit le contre transfert comme « ce que le thérapeute éprouve de ce qui se passe à un moment donné de la cure avec le patient. Il s'agit d'un ressenti, d'une connaissance intuitive et non verbale éprouvée à son contact » (2017, p. 265).

Toutefois, le thérapeute doit élaborer- c'est-à-dire questionner- son ressenti pour qu'il devienne un moyen d'accès à la vie interne du patient. Cette élaboration met en lien les ressentis que le patient lui fait vivre avec les représentations interne qu'il possède de son propre vécu corporel. Et contrairement à la psychanalyse, les représentations mises en jeu dans le contre-transfert

corporel du psychomotricien ont pour particularité de concerner généralement le self et les enveloppes.

Après ces quelques précisions, Gauberti (1993) propose sa propre grille d'analyse sous forme d'éléments à observer. Il s'agit là de critères d'analyse qualitative. Elle propose ensuite deux séries de critères : pour la mère et pour le nourrisson. D'une part, en ce qui concerne la mère, elle propose d'analyser le portage (ce qui inclut aussi le fait de tenir la main), les attitudes gestuelles dans les situations de stress ou encore ses réactions face à ce qu'elle nomme les « passages à l'acte de l'enfant ». Ce terme désigne les manipulations d'objets, les auto-touchers, les manipulations sur le corps de sa mère ou encore les déplacements de l'enfant l'éloignant de sa mère. D'autre part, concernant le nourrisson, elle propose de s'intéresser aux réactions toniques et posturales au contact du corps maternel, aux manifestations d'intérêt pour l'environnement, le contrôle postural, l'utilisation d'objets ou les attitudes face au miroir. Ces éléments seront décryptés à travers le prisme des grandes notions psychomotrices, Mireille Gauberti en cite quelques-unes par lesquelles se traduisent le processus d'attachement : « le rythme et l'amplitude gestuelle, par la répartition du tonus, par des réactions corporelles aux expressions de l'autre, par les modalités de la relation tonico-tactile ». (1993, p. 80).

Afin d'avoir une vision plus globale des deux systèmes d'analyse, je les ai regroupés dans un tableau classé par thèmes ou items psychomoteurs.

Tableau 1 : *tableau comparatif de deux systèmes d'analyse des interactions- parents*

	Gauberti- 1993	Etude RAF- 1984
Attitude gestuelle et motrice	<ul style="list-style-type: none"> - Conduites de retrait de l'enfant au contact du corps maternel manifestées par le détournement du regard, la rigidité des articulations, l'agitation psychomotrice - Ajustement au corps à corps et intérêt aux sollicitations maternelles - Contrôle postural de l'enfant - Attitudes de l'enfant face au miroir (regard, réactions psychomotrices indiquant comment l'enfant relie l'image spéculaire à l'image interne du corps, touchers) 	<ul style="list-style-type: none"> - Activité motrice de l'enfant
Relation mère-enfant du point de vue de l'équipe ?		<ul style="list-style-type: none"> - La relation est-elle harmonieuse - L'équipe a-t-elle des inquiétudes vis-à-vis de la relation parent-enfant ? - La famille est-elle connue de l'ASE ou de la justice ? - Semble-t-il y avoir un risque de sévices, de négligences ou de psychopathologie ?

Comportements d'opposition		<ul style="list-style-type: none"> - L'enfant refuse-t-il de se soumettre à l'examen (pesée, consultation) ?
Attitude réactionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Les attitudes réactionnelles de la mère face aux passages à l'acte de l'enfant - Réactions de la mère aux manipulations de l'enfant sur son corps à elle 	<ul style="list-style-type: none"> - Réponse de la mère face aux comportements d'opposition - La mère est-elle souple et tolérante ou interdicière ?
Contenance psychique	<ul style="list-style-type: none"> - Portage : sécurité assurée au nourrisson - Les attitudes et la gestuelle de la mère lors des situations d'échanges, de réassurance 	<ul style="list-style-type: none"> - L'enfant est-il réconforté par sa mère ? - La mère est-elle rassurante ou indifférente ?
Tonus	<ul style="list-style-type: none"> - Investissement de la fonction tonique par la mère - La fonction tonique de l'enfant (tonus d'action et de fond) - Réactions toniques et posturales au contact du corps maternel - Refus actifs ou passifs de la part de l'enfant de contacts corrélés à une hypertonie ou une hypotonie. 	
Sensorialité	<ul style="list-style-type: none"> - Disjonction ou conjonction des canaux sensoriels impliqués dans la relation (regard, toucher, voix se répondent-ils de façon harmonieuse entre la mère et l'enfant ?) - Le portage est-il intrusif (cumul d'excitations sensorielles) ? - Investissement des canaux de communication, tels que la voix et le regard, qui indique une non fixation à la relation tonico-tactile 	
Communication	<ul style="list-style-type: none"> - Développement des communications autres que tonico-tactiles pendant le portage - Langage corporel lorsque la mère s'adresse à l'enfant - Comment l'enfant réagit-t-il au discours de la mère ? - Investissement des canaux de communication tels que la voix et le regard 	<ul style="list-style-type: none"> - L'enfant pleure-t-il pendant l'examen ?
Espace et proxémie	<ul style="list-style-type: none"> - Degré de liberté exploratrice permis par la mère à l'enfant - Comment la mère se situe-t-elle par rapport à l'ambivalence entre dépendance et autonomie de son enfant ? - Modulation des états toniques et de la proxémie en réaction aux mouvements ou déplacements de la mère 	<ul style="list-style-type: none"> - L'enfant s'agrippe-t-il à sa mère ? - Dans la salle d'attente, l'enfant joue-t-il avec sa mère, proche, ou loin d'elle ? - L'enfant a-t-il été hospitalisé ? (Séparé de ses parents) ? - La mère est-elle captatrice ?
Ouverture à l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> - Façon dont la mère présente l'environnement à son enfant, la manière dont elle sollicite sa participation, la place donnée dans l'interaction aux contacts corporels - Manifestations d'intérêt pour l'environnement - Emotions réactionnelles face à l'étranger (et réactions de la mère face à cela) 	<ul style="list-style-type: none"> - L'enfant est-il intéressé par les autres personnes présentes ? - Quel type de relation a-t-il avec les autres ? - Quelle attitude a-t-il envers les étrangers (sourire, pleurs, indifférence) ?

Développement cognitif	<ul style="list-style-type: none"> - Différenciation dedans-dehors du corps - Permanence de l'objet 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité de symbolisation de l'enfant
Affects	<ul style="list-style-type: none"> - Le portage est-il uniquement utilitaire sans résonnance affective 	<ul style="list-style-type: none"> - Inquiétude de la mère face à l'examen du nourrisson
Paramètres somatiques		<ul style="list-style-type: none"> - Etat de l'enfant le jour de la consultation - Sommeil - Alimentation - Propreté - Antécédents de maladie dans l'année
Conditions de vie		<ul style="list-style-type: none"> - La mère travaille-t-elle ? - Qui compose le foyer ?

On note que les auteurs prennent tous deux en compte l'utilisation d'objets dans leurs observations mais compte tenu de l'objectif d'étudier les interactions parents-enfants, j'ai choisi de ne pas conserver ce critère. Certains paramètres ne sont pris en compte que dans une des deux grilles : c'est le cas des paramètres somatiques, des conditions de vie ou du point de vue de l'équipe sur la relation qui n'apparaissent que dans l'étude de la RAF. En revanche, tout ce qui est tonus ou sensorialité n'y figure pas. Ces deux grilles sont donc relativement complémentaires. Les différences peuvent aussi provenir du contexte car la RAF est relative à une observation en PMI et peut être utilisée par d'autres professionnels que les psychomotriciens. On peut noter que la contenance psychique est présente dans les deux grilles, ce qui montre son importance pour les deux auteurs.

On remarque que les deux auteurs parlent de la relation mère-enfant et non parent- enfant. A mon sens, cela peut s'étendre à toute personne s'occupant de l'enfant.

Les travaux de ces auteurs aident donc les psychomotriciens à savoir sur quoi porter leur attention en séance pour décrypter les interactions parents-enfants et mieux les accompagner. Mais ces listes de critères ne sont bien entendu pas exhaustives et peuvent être adaptées au contexte. Certains signes sont pertinents dans des cas très spécifiques tel que le signe PREAUT dans le cadre de l'autisme et qui consiste pour l'enfant à ne pas relancer l'interaction avec l'adulte.

B. Exemple d'évaluation de la relation à travers un critère spécifique : le regard

Parmi les autres signes qui permettent d'analyser la relation parents-enfants, on trouve bien entendu tous les éléments relatifs à la communication tels que le regard ou le langage. Nous

nous intéresserons ici particulièrement à l'importance du regard afin d'éclairer les cas cliniques de Namera et d'Abdou. En effet, dans ces deux cas cliniques, les enfants éprouvent tous les deux des difficultés au niveau du regard.

Le fait de ne pas regarder dans les yeux est souvent considéré par les professionnels comme un signal d'alerte. Durant la conférence *Bébés en souffrance*, la pédopsychiatre Garret-Gloanec (2021) décrit cela comme un signe de souffrance chez l'enfant, par exemple.

Le regard est un bon indicateur de la capacité à entrer en relation et de la qualité d'une relation. Lebovici décrit le regard comme un des « moyens privilégiés de communication entre la mère et le nourrisson » (1983, p. 159). C'est ce qui donne à la mère le sentiment d'être reconnue. Rappelons que dans les premières heures, les tous premiers jours du bébé, la rencontre avec la mère passe largement par le regard que Gauberti qualifie de « fascination réciproque » (1993, p. 7). Elle ajoute même que « ce contact œil à œil constitue un étayage supplémentaire à l'élaboration d'une enveloppe commune contenant la mère et le bébé » (1993, p. 7). Le regard est donc déterminant dans la relation notamment pour la mise en place de l'attention conjointe ou le traitement des visages.

En effet, selon Brunstein & Tiellet Nunes (2003, p. 554) « le visage de la mère et, spécialement ses yeux, facilitent pour le bébé la configuration d'une image de lui-même et l'intégration d'expériences affectives initialement désintriquées. » C'est-à-dire que le regard permet à l'enfant non seulement de reconnaître les visages familiers, mais aussi de se voir à travers les yeux de sa mère et par là-même cela contribue à la formation du moi (Winnicott, 1992, p. 140).

Quant à l'attention conjointe, c'est une capacité qui apparaît généralement entre 7 et 12 mois. Il s'agit pour les deux protagonistes (généralement l'enfant et l'adulte) de porter leur attention sur le même objet, ce qui va leur permettre de « partager une interrogation, une situation, un savoir, un mot, une émotion » (Mazeau & Pouhet, 2021). Cette compétence se base sur le regard et elle ouvre la porte à l'apprentissage et à l'échange. C'est par exemple grâce à cela que l'enfant pourra s'intéresser à l'objet que lui montre l'adulte. En outre, Golse cite l'attention conjointe comme un des précurseurs du langage.

Dans notre cas clinique, Namera n'utilisait pas sa vision focale : son regard ne restait pas fixé plus de quelques millisecondes sur un point et semblait papillonner sans but. Or c'est la vision focale qui permet la reconnaissance de l'information ou encore la perception des détails. En outre, selon Bullinger (2019), la vision focale et la vision périphérique doivent se coordonner à 10-12 semaines, c'est ce qui permet à l'enfant d'explorer l'espace, de se redresser, d'explorer

les objets. Ces difficultés au niveau du regard risquaient donc de pénaliser Namera à la fois dans ses interactions et dans ses possibilités d'exploration du monde dans une perspective de développement sensori-moteur. C'est pourquoi en séance, nous avons tenté de capter le regard de Namera, pour l'inciter à utiliser sa vision focale. Pour cela, nous nous sommes servies de comptines pour attirer son attention mais le positionnement bien face à elle était aussi important.

Quant à Abdou, nous avons remarqué un manque d'échanges de regards avec sa mère. Gauberti considère le détournement du regard comme une forme de retrait de la relation (1993). La rareté des regards dénote du moins d'un manque de proximité, de recherche de l'autre à un âge où les enfants sollicitent généralement le regard des parents. J'avais ressenti en les voyant une certaine froideur, une distance entre eux que ce manque de regards semblait confirmer. Peut-être pouvait-on y voir un manque de liens ? Rappelons que celle que nous appelons sa « mère » n'est pas sa mère biologique mais sa tante. Selon Winnicott (1975, p. 209), « quand je regarde, on me voit donc j'existe », on peut donc se demander si ne pas regarder n'est pas une façon de se faire oublier. Certes, le regard n'est pas le seul élément à prendre en compte pour analyser l'interaction, il fait partie d'un tout.

2. Attachement, séparation et individuation : des problématiques fréquentes dans nos séances

Nous allons développer des concepts qui m'ont permis de mieux comprendre l'aspect psycho-affectif de certains cas rencontrés en PMI. La connaissance de ces notions peut nous aider à guider le parent à travers ces processus naturels mais délicats : la séparation mère-enfant et l'individuation de ce dernier.

Pour un parent, trouver la juste distance avec son enfant n'est pas évident mais pourtant, cela fait partie des besoins essentiels de ce dernier. De nombreux auteurs se sont intéressés au processus d'individuation qui implique pour l'enfant de se détacher de la personne qui s'occupe de lui. C'est là qu'intervient la notion de séparation-individuation.

Ce concept avait initialement été proposé par Mahler, psychanalyste. Mais nous nous attarderons plutôt sur le point de vue de Winnicott en la matière. Cet auteur décrit trois phases qui coexistent avec le holding : « l'évolution graduelle et graduée [va] de la dépendance à l'indépendance en passant par la dépendance relative » (Winnicott et al., 1992, p. 84). Selon Winnicott, la dépendance signifie que l'enfant ne peut exister seul (1958). Au cours de la phase

de dépendance absolue, l'enfant a une connaissance très limitée du monde et il a du mal à décrypter les événements ou encore ses propres sensations internes. De fait, tout ce qu'il vit peut lui paraître incontrôlable. Il ne peut en aucun cas identifier ses propres besoins et n'a pas encore développé de stratégie pour faire appel à son entourage. C'est à la mère d'être attentive et dévouée pour s'adapter à ses besoins. (Winnicott et al., 1992). C'est là qu'intervient le concept de préoccupation maternelle primaire. Cela désigne un état dans lequel se trouve la mère après la naissance et qui lui permet d'être tout entièrement dévouée à son nouveau-né. (Winnicott précise cependant que certaines mères ne parviennent pas à entrer dans cet état mais cette fonction peut être remplie grâce au concours d'autres membres de la famille). Dans le cas où ses besoins ne seraient pas satisfaits, cela pourrait occasionner chez lui de terribles angoisses.

Après quelques semaines, cet état disparaît peu à peu au fur et à mesure que le bébé trouve des stratégies pour se faire comprendre. Le bébé commence à se rendre compte qu'il a des besoins et à les exprimer. C'est ce qu'on appelle la dépendance relative.

Enfin, l'enfant « acquiert en se développant le moyen de se passer de soins » (Winnicott, 2017, p. 126). Pour cela, il utilise des mécanismes tels que la projection et l'introjection ou simplement en se remémorant des moments où ses besoins ont été satisfaits. De plus, sa compréhension du monde s'accroît et lui permet de retarder la satisfaction de ses besoins car il saisit mieux la cause de ce délai.

C'est à travers ces deux dernières phases que l'enfant va pouvoir se détacher de sa mère aussi bien sur le plan physique que psychique pour parvenir à l'individuation : être un sujet (Gauberti, 1993, p. 11).

Ce processus de séparation n'est toutefois pas évident et peut poser problème dans certaines familles. La séparation se fera d'autant plus aisément que le bébé a confiance dans sa mère. Nous pouvons lier cela avec le concept d'attachement sécure développé dans la partie précédente. De plus, l'enfant se sentant unifié dans les caresses de sa mère acceptera plus facilement la séparation puis qu'il se conçoit lui-même comme un tout. (Gauberti, 1993, p. 15).

Qu'est-ce qui peut favoriser cette individuation ? Premièrement, les expérimentations que nous avons développées dans les parties théoriques aident l'enfant à se différencier. Il s'éloigne d'abord physiquement de son parent et sort de la fusion primaire. Ces expériences lui permettent de sentir, de ressentir et ainsi de mieux se percevoir en tant qu'être à part entière et en tant que sujet. On peut citer l'exemple d'Abdou qui aime entrechoquer les briques en carton utilisées en séance ou les frapper contre les meubles : le bruit provoqué lui fait prendre conscience qu'il est

acteur et donc qu'il est sujet. Deuxièmement, l'utilisation d'objets participe selon Mireille Gauberti (1993, p. 11) à cette individuation car « agir sur un objet, c'est le concevoir à l'extérieur de soi donc détaché du corps ». De plus, cela aide à la construction de l'image du corps et à la spatialisation. C'est pour cela que le fait que Shayanthan n'attrape pas les objets était problématique (dans notre troisième cas). Elle considère également le don d'objet comme médiateur de la relation or nous avons vu qu'Abdou ne donnait pas. Troisièmement, selon Winnicott, lorsque la mère répond aux besoins de son enfants, celui-ci se sent plus facilement en position de sujet.

C'est pour toutes ces raisons et principalement pour permettre l'avènement de l'individu en tant que sujet que la salle de psychomotricité est un espace d'expérimentation, que nous encourageons les parents à permettre cette expérimentation, et que nous leur donnons des idées d'expériences à faire à la maison.

A la lumière de cette théorie, voyons comment nous pouvons mieux comprendre les cas cliniques d'Abdou et de Shayanthan.

A. Quand la séparation est difficile : Shayanthan

Une séparation précoce

Rappelons tout d'abord que Shayanthan est un enfant prématuré. Né à 35 semaines d'aménorrhée, il a passé ses 18 premiers jours de vie en néonatalogie. Sa mère et lui ont donc subi une séparation forcée au moment où Shayanthan quittait le doux milieu intra-utérin pour rejoindre la vie terrestre et son lot de dystimulations⁶. Selon Girard et Gros (2008, p. 136), « une naissance prématurée est un événement inattendu, violent et anxiogène qui va marquer l'histoire de l'enfant et de ses parents. Elle est la perte d'un lien corporel pour le bébé et sa mère ». Cette séparation peut compromettre l'adaptation réciproque entre la mère et le bébé et l'établissement d'un lien entre les deux. De plus, en néonatalogie, même si des efforts toujours plus nombreux sont faits pour améliorer le bien-être des nouveau-nés, il demeure une discontinuité dans le maternage entre l'alternance des soignants et la présence intermittente des parents. Les bases

⁶ Les dystimulations sont des stimulations non ajustées aux besoins du bébé et peuvent même dépasser ce qu'il peut supporter au niveau sensoriel

de l'attachement sont alors fragilisées. Or comme nous l'avons vu, l'attachement est un processus fondamental dans le développement psychomoteur de l'enfant.

En outre, le bébé né avant terme vient au monde avant que ses systèmes sensoriels soient suffisamment matures pour affronter le monde et de ce fait, ses capacités sensorielles peuvent se trouver débordées par le bruit et l'agitation. Ce stress « va compromettre l'équilibre et l'évolution de l'état physiologique du bébé » (Girard & Gros, 2008, p. 136) et par extension, son développement psychomoteur. Cela peut donc expliquer pourquoi Shayanthan était hypotrope pendant son premier mois.

Suivie par une fusion

Dans ce cas clinique, le développement moteur de l'enfant est globalement en adéquation avec ce qui est attendu pour son âge mais certains éléments laissent à penser qu'il existe quelques difficultés d'interaction avec son environnement.

Tout d'abord, nous notons que lorsque je le rencontre la première fois, ses mouvements sont rapides et désordonnés et sa position, hypertonique. Nous rappelons que selon Robert Ouvray, l'hypertonie est pare-excitatrice (2007), c'est-à-dire que cela peut être considéré comme une protection contre une insatisfaction. Etant donné que cela ne provient pas d'un problème neurologique compte-tenu des tests réalisés, on peut se demander contre quoi cet enfant se protège. Peut-être la situation lui paraît-elle anxiogène : une salle de psychomotricité avec une professionnelle et une stagiaire qui l'observent.... Mais d'une part, nous sommes vigilants à la manière d'entrer en contact avec lui et d'autre part, lorsque je le rencontre pour la première fois, c'est déjà la quatrième fois qu'il se rend en consultation avec sa maman auprès de la psychomotricienne. On peut alors formuler l'hypothèse que ce comportement serait réactionnel au dialogue tonique transmis par la mère. En effet, celle-ci le stimule énormément, et ce même lorsque nous jouons avec lui : elle l'appelle, secoue des jouets de façon répétitive, et cela peut constituer une dystimulation. Si la mère ne respecte pas les temps de retrait du bébé, cela peut conduire à une surexcitation (Ciccone et al., 2012). En outre, selon Robert Ouvray, « l'enfant, comme une éponge, absorbe toutes les tensions de sa mère. Il s'en défend automatiquement par l'augmentation de sa propre tension. » (2007, p. 186). Elle précise que ce phénomène se produit particulièrement lorsque les mères sont angoissées. Or les événements qui ont suivi la naissance prématurée de Shayanthan sont très angoissants pour le bébé, comme pour sa mère.

Un autre élément nous a interpellées et peut évoquer des difficultés de séparation : à 6 mois d'âge corrigé, lorsque sa mère essaie d'attirer son attention, il ne met pas en place les coordinations nécessaires pour se tourner vers elle. Pourtant, selon les docteurs Mazeau et Pouhet (2021), c'est vers 3 mois que le bébé commence à orienter son attention vers ce qu'il trouve attractif. Ce décalage serait-il dû à une surstimulation qui déborderait ses capacités sensorielles ? On note par ailleurs que la mère répond immédiatement à toutes les sollicitations de son enfant. Elle devance ses besoins lorsque par exemple, elle lui tend le jouet qu'il regarde avant même qu'il ait eu l'occasion de l'attraper. C'est comme si elle était en fusion avec son bébé. En outre, on remarque que les difficultés de sommeil de l'enfant sont en faveur de cette difficulté de séparation.

On peut faire le postulat qu'alors, l'enfant n'éprouve pas le besoin de faire les choses par lui-même et que c'est pour cette raison qu'il ne met pas en place les coordinations nécessaires. En devinant les besoins de son enfant, l'attitude de la mère ressemble à s'y méprendre avec la préoccupation maternelle primaire décrite précédemment, alors qu'à 6 mois, cette étape devrait être terminée. Mais la séparation initiale et les angoisses occasionnées ont peut-être bouleversé ce processus. Or, en faisant les choses « à la place » de l'enfant, on le prive de certaines expérimentations. Selon Marcelli, des temps d'attente et l'alternance entre la présence et l'absence peuvent donner lieu à de la création de pensée (Marcelli, 1992), Il est donc important de laisser à son enfant la possibilité de faire ses propres expériences ou d'appeler pour demander de l'aide. Ceci nous amène au point suivant : le langage.

Un outil de communication à distance : le langage

La mère joue dans cette dynamique un rôle essentiel : si elle « mange » son enfant de baisers, si elle le « dévore de caresses », si ses messages verbaux ne sont que superposition de contacts corporels, elle lui communique ce désir inconscient de le réincorporer, de le garder en elle comme son bébé, et il ne pourra pas assumer seul la séparation indispensable à l'acte de parole future. (Gauberti, 1993, p. 18).

Shayanthan était un enfant qui gazouillait peu, puis ne répétait pas les syllabes à l'âge où on aurait pu s'y attendre. Nous avons donc conseillé à la maman de lui parler davantage en faisant des phrases complètes. Selon Mazeau et Pouhet (2021, p. 102), « le langage que nous utilisons lorsque nous nous adressons aux enfants, est le « matériau » premier avec lequel le petit va se construire son langage ». C'est la raison pour laquelle, il n'est pas recommandé de lui parler

« bébé ». Ainsi, il aura accès à de nombreux modèles de phrases dont il pourra extraire des règles. Ces auteurs conseillent donc de commenter le quotidien de l'enfant avec des phrases simples et correctes mais aussi en lui posant des questions sur ce qu'il souhaite, ce qu'il préfère, ce qu'il ressent. Mettre des mots sur ce que vit l'enfant, c'est une façon de mettre en pratique la théorie de Bion que nous avons développée dans la première partie en traduisant en mots et en pensées un vécu qui, jusqu'alors, était incompréhensible pour l'enfant. En expliquant au parent l'importance de parler à son enfant, le psychomotricien favorise l'émergence du langage chez l'enfant.

Françoise Dolto va même plus loin avec son concept du « parler vrai ». Selon elle, il faudrait mettre des mots sur ce que les difficultés que vit l'enfant ou ses proches, les lui expliquer à lui avec des mots simples. (Coronel, & De Mezamat, 2020). « C'est ça qui est important, c'est que les adultes responsables de l'enfant soient toujours vrais avec lui et lui disent ce qu'ils sentent de vrai vis-à-vis de lui ». (Dolto, 2002, p. 15). Derrière cette théorie, se trouve aussi l'idée que l'enfant est un humain, un sujet et qu'il doit être considéré comme tel.

Ainsi nous avons proposé à la maman d'offrir des alternatives à son enfant : « tu veux que je te prenne dans les bras ou tu veux jouer ? » dans le but de le mettre en position de sujet. Nous lui avons aussi expliqué que lorsqu'elle le soulève brusquement pour éviter qu'il ne s'approche des fils électriques, il risquait de ne pas comprendre sa démarche et de se sentir agressé. C'est pourquoi nous avons suggéré de prévenir l'enfant qu'elle allait le prendre et de lui dire pourquoi. La maman a été très réceptive à tous ces conseils et les a mis en applications. Et nous avons pu constater que cela a porté ses fruits puisque à la séance suivante, il disait ses premiers mots.

Les demandes concernant les objets (trouver l'objet caché et aller chercher un objet) sont en lien avec les notions de séparation car aller chercher un objet nécessite de se séparer physiquement de la mère pour s'emparer de l'objet et le lui ramener. Trouver un objet caché ou aller récupérer un objet qui n'est pas visible (situé dans une autre pièce par exemple) nécessite de s'en faire une représentation mentale. Et selon Piaget (Dolle, 1974), c'est grâce à la pensée représentative que l'enfant a accès au langage. Mais comment développer des représentations mentales si tous ses besoins sont satisfaits sans même qu'il ait besoin de les conscientiser ? C'est là que la séparation devient indispensable. A l'inverse, dans d'autres situations, le lien a du mal à se créer.

B. Un attachement difficile à mettre en place pour Abdou?

D'une autre manière, la vie d'Abdou a été marquée par une séparation. A 6 mois, il a dû quitter ses parents, son environnement familial et changer de pays, ce qui fait beaucoup pour un aussi petit bébé.

Comme nous l'avons vu précédemment, le manque de regard qu'il manifeste envers sa mère de substitution et le fait que celle-ci présente peu de gestes d'affection à son égard peuvent laisser penser à un manque d'attachement réciproque. Mais la situation est en réalité plus complexe. De plus, au cours du suivi, la situation a évolué favorablement puisque la dyade a démontré plus de plaisir à être ensemble.

Jouer pour se retrouver

La relation mère enfant n'est pas forcément quelque chose d'inné, cela peut demander une forme d'apprentissage. Jouer avec son enfant n'est pas non plus une évidence pour tous les parents. Pourtant, cela présente de nombreux avantages : c'est un moment partagé où parents et enfants peuvent faire des expériences ensemble, s'amuser, se consacrer un temps mutuel de qualité en dehors des obligations de routine. Le jeu offre un cadre dans lequel le parent peut observer son enfant, le soutenir, découvrir sa personnalité et être dans l'instant présent. C'est un moment privilégié pour que se développe l'attention conjointe et un imaginaire commun.

Mais certains parents ne savent pas comment faire et les séances de psychomotricité peuvent être l'occasion de le leur montrer. Avec le jeu du tunnel, nous avons créé une situation interactive qui a permis à Abdou et à sa maman de se regarder et de prendre plaisir à être ensemble.

Toutefois, il ne s'agit que d'une proposition. Le parent peut ou non s'en saisir s'il la juge ou non adaptée. En effet, dans certaines cultures Ouest-Africaines par exemple, il n'est pas concevable pour un parent de jouer avec un enfant, ce n'est pas son rôle (Coyer, 2019). La PMI dans laquelle j'ai effectué mon stage reçoit un public de cultures très diverses et le psychomotricien doit en tenir compte.

Focaliser son attention

Dans la population reçue se pose aussi assez régulièrement la question des écrans. Lorsqu'on interroge les parents sur le temps d'écran, j'ai été surprise de constater qu'assez régulièrement, les familles laissent la télévision allumée des heures durant sans volonté de regarder un programme précis et sans forcément accompagner l'enfant dans ce visionnage. Or la consolidation du lien parent-enfant passe comme nous l'avons dit par le partage d'un temps de qualité, d'une réelle présence et d'une attention conjointe, que les écrans peuvent perturber. Plus généralement, l'attention est un des moteurs des apprentissages et des expérimentations que font l'enfant ; et si celle-ci se porte sur un écran, elle sera moins disponible pour l'environnement. Nous ne développerons pas plus ce thème ici car il est très vaste. Néanmoins, c'est dans l'optique de permettre une interaction de meilleure qualité et une plus grande concentration d'Abdou sur son jeu -qui était jusqu'alors peu construit- que nous avons conseillé à la maman d'éteindre la télévision pendant les temps de jeu.

Attachement et trisomie 21

Revenons maintenant sur la dernière séance, au cours de laquelle Abdou a démontré de l'hyperkinésie, peu de conscience corporelle, une prise de risques, et une difficulté à regarder dans les yeux. Et surtout, il s'opposait à tout ce que nous pouvions lui proposer. Nous pouvons faire le parallèle entre ce nouveau comportement et le déménagement récent dans un espace beaucoup plus grand où Abdou peut plus facilement perdre sa mère de vue. En effet, sa mère nous explique qu'Abdou la suit partout, cela peut faire penser à une difficulté de séparation.

Vanwalleghem et ses collaborateurs (2017) ont effectué une revue de la littérature pour mieux comprendre comment s'établissait l'attachement dans la trisomie 21. Selon leurs recherches, concernant les enfants porteurs de trisomie 21 « Dans les premiers mois de vie, les comportements permettant l'établissement du lien d'attachement sont atypiques et difficiles à interpréter, ce qui peut retentir sur la sensibilité des parents à ces comportements » (Vanwalleghem, et al., 2017, p. 111). Du fait de sa déficience intellectuelle, l'enfant peut éprouver plus de difficultés à exprimer ses besoins. Par conséquent, sa figure d'attachement y répondra moins aisément.

De plus, les comportements d'attachement identifiés par Bowlby : sourire, vocaliser, pleurer, regarder, s'agripper, sont présents dans la trisomie 21 mais peuvent être un peu différents ou plus tardifs que ceux d'un enfant au développement neurotypé. Les liens d'attachement entre

un enfant trisomique et les personnes qui s'occupent de lui sont donc plus difficiles à mettre en place.

De surcroît, les études citées dans la revue de la littérature de Vanwalleghem et ses collaborateurs convergent sur le fait que de nombreux enfants trisomiques ont du mal à développer une base sécurisée. On peut émettre l'hypothèse que c'est le cas pour Abdou. Or comme nous l'avons vu dans la première partie, avoir une base sécurisée permet d'explorer et donc de développer ses capacités sensori-motrices. Lorsque qu'Abdou suit sa mère partout dans la maison, cela l'empêche de découvrir son environnement. De plus, l'insécurité s'accompagne d'anxiété (Vanwalleghem, et al., 2017). Cette insécurité peut être renforcée par le changement de lieu.

Trouver des repères

« L'espace est une donnée fondamentale de l'adaptation de l'être à son milieu. La structuration spatiale permet à l'homme de se repérer dans son environnement, mais aussi de se mouvoir, d'organiser ses mouvements dans un cadre spatial référencé » (Galiano et al., 2015)

L'espace est donc un lieu comportant des points de repères, or si son lieu de vie a récemment changé, on peut comprendre qu'Abdou soit perturbé et postuler qu'il manque de contenance. Dans le cas d'un développement non pathologique, l'enfant passe d'une perception topologique basée sur le corps propre à une représentation de l'espace de façon très progressive. Compte tenu de la déficience intellectuelle d'Abdou due à sa trisomie, nous pouvons déduire qu'il n'est pas encore en capacité de se représenter l'espace. Dans ce lieu qui lui est non familier, Abdou a besoin de réassurance, c'est pourquoi, il recherche la présence de sa mère. C'est donc pour le sécuriser et lui servir de point de repère que nous préconisons de lui installer des lieux ressources contenant : un lit fermé ainsi qu'une baignoire.

Pourquoi est-il important de préciser qu'il n'a ni doudou ni tétine ? C'est parce que cela signifie qu'il n'a pas la capacité de s'apaiser par lui-même et donc, il fait appel à sa figure d'attachement. Le « doudou » désigne généralement « un objet investi par l'enfant et qu'il aime avoir près de lui lors des moments dits de transition ». (Pavot-Lemoine, 2018, p. 229). A l'origine, ce concept est issu de la théorie de Winnicott et il le nomme « objet transitionnel » : « c'est une défense contre l'angoisse, en particulier contre l'angoisse de type dépressif » (1975, p. 32). Et cela peut permettre aux enfants de mieux supporter les moments de séparation et

l'absence qui en découle. Cette fonction peut être remplie, et elle l'est assez souvent, par un objet mais pas seulement. Un geste, une comptine ou la mère elle-même peuvent jouer ce rôle. (On comprend toutefois que si la mère joue ce rôle et qu'elle s'absente, cela peut être angoissant pour l'enfant). Winnicott parle aussi plus généralement d'espace transitionnel qui désigne un espace psychique entre le dedans et le dehors. C'est un espace qui permet de créer, d'imaginer, qui est à la frontière entre la réalité et les illusions du bébé. C'est aussi l'espace du jeu.

Quand la voix se fait contenante

Selon Anne Taymans, « les comptines permettent répétitivité et alternance. Elles sont rassurantes car prévisibles mais avec quelques différences rythmées et jouées. Elles créent une sorte d'espace transitionnel. » (2013, p. 99). Cette régularité du rythme a un effet contenant qui apaise. Le langage corporel d'Abdou montre qu'il apprécie ce bain sonore. Cet effet de contenance a été redoublé lorsque nous chantions à deux en chœur, et qu'il se trouvait entre nous. Il pouvait entendre le son de part et d'autre et voyait nos mains bouger des deux côtés, il était comme entouré par le chant, comme dans un cocon, et cela lui a permis de pouvoir reprendre les gestes avec nous et de nous regarder dans les yeux. Le même phénomène s'est reproduit lorsqu'il se trouvait dans le rocher retourné (qui avait la forme d'une bassine) : il a pu entrer en interaction. On peut faire l'hypothèse que les bords du rocher recréaient autour d'Abdou une enveloppe, à l'image du moi-peau d'Anzieu. Au vu de de l'effet positif des éléments contenant sur Abdou, l'hypothèse d'un manque de contenance est renforcée. Cela pourrait être due à la fois à sa pathologie et aux événements de séparation qu'il a pu vivre, ravivé par ce déménagement. Le fait qu'il ne puisse pas s'endormir sans sa mère va dans le sens d'une problématique de séparation.

3. Accompagner le handicap

Tout d'abord, définissons ce qu'est le handicap. Selon la loi du 12 Février 2005 :

Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques,

sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

On note que le soutien à la parentalité pour des parents ou futurs parents d'enfants en situation de handicap est inclus dans la Stratégie Nationale de Prévention et de Protection de l'Enfance 2020-2022 présentée le 14 Octobre 2019 par Adrien Taquet, secrétaire d'Etat auprès de la ministre des Solidarités et de la Santé. (Ministère des Solidarité et de la Santé, 2019, p. 24).

L'impact du handicap sur le lien parents-enfants

Tout comme la prématurité, le handicap peut avoir des conséquences sur le lien parent-enfant. Avant la naissance, les parents imaginent leur enfant futur. Lebovici distingue l'enfant imaginaire et l'enfant fantasmatique. Le premier apparaît selon Lebovici au début du deuxième trimestre de grossesse : il s'agit d'une rêverie de la mère au sujet de son enfant. Elle lui prête une apparence (la bonne santé est généralement de mise). « Elle imagine son avenir le plus brillant ou réussit » (1989, p. 142). Cette rêverie appartient au préconscient. Le second est le fruit des anciens désirs de maternité qui surviennent dès l'enfance. Ici peuvent ressurgir, toujours selon Lebovici, des conflits inconscients et répétés. Et enfin, il y a l'enfant réel avec ses imperfections ou même, son handicap.

L'arrivée d'un enfant handicapé bouleverse les parents et crée un contraste saisissant avec ce qu'ils attendaient. Si on prend l'exemple de Nemera, à quatre mois, sa motricité était très pauvre, son côté gauche restait immobile. La maman aurait pu s'attendre à un bébé vif, qui remue bras et jambes en gazouillant. Ce n'était pas le cas. La maman s'interrogeait. Lorsqu'elle a demandé si elle pourrait aller à l'école, nous avons bien senti que c'est ce qu'elle aurait souhaité pour elle. Malheureusement, cette attente risquait d'être déçue. Cette déception peut se transformer en dépression, en traumatisme, ou même selon Korff-Sausse de « deuil impossible » (1996, p. 43). La maman de Nemera s'est confiée en séance : elle pleurait tous les soirs en pensant à sa fille. La douleur d'avoir un enfant handicapé est terrible. On comprend bien que des parents se trouvant dans cet état risquent d'être moins disponibles psychiquement pour leur enfant. Selon Gauberti, l'annonce du handicap « entrave l'investissement des liens d'attachement et fragilise l'inscription du bébé dans le désir du père et de la mère » (1993, p. 26). Cependant, comme nous l'avons développé ici, des liens d'attachement solides constituent un préalable au bon développement de l'enfant. Un attachement insécure, un manque de

contenance peuvent créer chez l'enfant handicapé un sur-handicap. Le sur-handicap se définit comme l'aggravation d'un handicap causé par les difficultés relationnelles qu'il entraîne.

Gauberti (1993) explique que certains parents peuvent réagir à cette déconvenue en entrant dans une relation fusionnelle avec leur enfant, ce qui est une entrave au processus de séparation, ou bien percevoir leur enfant comme mauvais.

A. Le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement de ce lien particulier

Le psychomotricien peut parfois effectuer sur ces enfants un travail de type rééducatif pour minimiser l'impact du handicap sur le développement psychomoteur. Il s'agit surtout de permettre à l'enfant de vivre avec son handicap. En PMI, son rôle est essentiellement auprès des parents, qui ont besoin de soutien. « L'objectif thérapeutique sera d'éviter une fixation morbide au handicap pour que le bébé soit sujet de désirs et non objet de soins » (Gauberti, 1993, p. 28). Selon elle, la prise en charge devra se faire autour des relations, des affects et de la communication. Dans le cas de Nemera, le travail s'est porté sur son regard qui est fondamental dans la communication. On peut comprendre que ce qui est privilégié là, ce sont les interactions parents-enfants mises à mal par le choc de l'annonce.

Korff-Sausse est psychanalyste et elle a longuement travaillé auprès des personnes handicapées et de leurs familles. Elle refuse les solutions toutes faites compte tenu de la complexité de la situation et de l'imbroglio de sentiments que provoque le handicap auprès des parents. Elle explique que les enfants handicapés sont souvent perçus comme des victimes. Toutefois, elle fait malgré tout une proposition :

Il s'agit de saluer en lui ce qui justement échappe à son sort de victime, et qui lui permet d'être semblable aux autres et, au-delà de sa spécificité, ou malgré sa différence, de rejoindre l'humanité dans ce qu'elle a d'identique. (1996, p. 191).

Comment le psychomotricien peut-il faire cela ? D'une part, en mettant en avant ce qui fait de lui un enfant comme ses affects, selon l'idée de Gauberti. D'autre part, la séance de psychomotricité permet souvent de montrer aux parents les compétences de l'enfant. En effet, les enfants sont mis dans des conditions qui favorisent l'action. Peut-être cela peut-il permettre au parent d'avoir une vision plus positive de son enfant ?

Le parent d'un enfant handicapé peut se sentir amoindri dans sa compétence de parent. C'est ce que nous dit Gauberti : « bien souvent la mère d'un nourrisson porteur d'un handicap ou présentant une pathogénie, prise dans une dévalorisation narcissique, ressent qu'elle ne sait pas ; impression de non savoir renforcé par le sentiment d'échec de sa maternité » (1993, p. 74). Le psychomotricien pourra accompagner le parent pour qu'il se sente valorisé dans ce rôle. C'est ce que nous avons tenté d'accomplir avec la maman de la petite Nemera en lui faisant des propositions d'actions à mettre en œuvre à la maison.

Nous avons également voulu redonner à la maman de Nemera sa place de parent. Nous avons fait comprendre à cette maman attristée que sa fille avait besoin d'elle, que ses actions n'étaient pas inutiles et que personne d'autre qu'elle ne pouvait être son parent. Cela fait écho à la stratégie Nationale de Prévention et de Protection de l'Enfance 2020-2022 qui réaffirme le rôle des parents « comme premiers acteurs de la protection de leur enfant » (Ministère des Solidarité et de la Santé, 2019, p. 25).

Enfin, comme le dit Korff-Sausse, « le handicap décourage » (1996, p. 16). Son caractère irrémédiable provoque sans nul doute un sentiment d'impuissance chez les parents. Or en proposant des actions à mettre en place, même minimales, et sans donner des faux espoirs, peut-être permet-on au parent de se sentir acteur ?

B. L'aide technique

Le psychomotricien peut également soutenir le parent d'un enfant handicapé en lui proposant du matériel adapté qui pourra favoriser le développement psychomoteur de l'enfant. Par exemple, on peut aider un bébé qui souffre d'une hypotonie sévère à développer ses coordinations main-bouche en le plaçant dans une coque (Pavot-Lemoine, 2018, p. 328). En lui offrant un soutien, cela favorise les positions de regroupement qui permettent de s'apaiser et de rapprocher ses mains de sa bouche. Le psychomotricien peut aussi apporter son point de vue sur l'aménagement de l'espace au domicile des parents.

4. Le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement des parents en PMI

La Haute Autorité de santé préconise de « soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux et sur les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir » (2005, p. 3) dans le cadre du plan Périnatalité 2005-2007.

La Stratégie Nationale de Prévention et de Protection de l'Enfance 2020-2022 reconnaît le rôle moteur des PMI dans le soutien à la parentalité qui « dispos[ent] des atouts pour mener des actions pertinentes et agir précocement pour favoriser le lien d'attachement et consolider les "habiletés parentales" ». (Ministère des Solidarité et de la Santé, 2019, p. 16). Elle préconise alors dans ce cadre la création de postes de psychomotriciens.

A. La guidance parentale

Selon Lebovici, « le guide est le personnage qui permet de parcourir un chemin difficile et dangereux et qui accompagne les voyageurs » (Hayez, 1978, p. 7). La guidance parentale serait donc une façon d'accompagner le parent sur la voie de la parentalité et de l'aider à contourner les obstacles. Hayez, pédopsychiatre définit ce concept comme une rencontre entre thérapeutes et parents dans le cadre de la résolution d'un problème de l'enfant, qu'il soit d'ordre psychologique, intellectuel ou affectif. (Hayez, 1978).

D'après Sanchez, psychologue, la guidance parentale sert à : « Soutenir le parent dans ses difficultés, lui offrir la possibilité de se rendre acteur des changements à opérer [...] reprendre confiance en ses capacités éducatives et de parent. ». (2009, p. 51). Cette vision me paraît également correspondre à l'accompagnement parental en psychomotricité bien que cela ne recouvre qu'une vision partielle des objectifs de la guidance.

Nous allons donc nous pencher sur ce que peuvent être les objectifs de la guidance parentale en psychomotricité.

B. Objectifs de la guidance en psychomotricité

Sans pour autant prétendre en dresser une liste exhaustive, et au vu de mes recherches et expériences de terrain, voici les principaux objectifs de la guidance en psychomotricité que j'identifie.

Expliquer le développement psychomoteur aux parents

Comme nous l'avons vu en première partie, de par sa formation, le psychomotricien a une connaissance poussée du développement moteur, cognitif et affectif de l'enfant. Il va donc pouvoir partager son savoir avec le parent afin de mieux comprendre les comportements de son enfant. Il pourra également observer l'enfant en séance avec le parent et lui donner un certain éclairage sur ce qu'il voit et ce qu'il est intéressant d'observer. Pour cela, le psychomotricien peut utiliser l'image du triangle psychomoteur que nous avons introduite au début de la première partie de ce mémoire. Il s'agira ensuite d'expliquer au parent quel pôle du triangle se trouve déséquilibré dans le développement de son enfant et sur lequel une action est possible.

Le psychomotricien aura aussi la possibilité de vulgariser ses connaissances au travers de l'élaboration de matériel informatif tels que des brochures, ou des affiches à diffuser dans la PMI. Le psychomotricien peut ainsi sensibiliser le parent aux besoins de l'enfants tels que les besoins de repères, de rythmicité, de stimulation, de socialisation ou de handling. (Brault, 2021, p. 142-143). On peut citer également les besoins moteurs, de continuité et de sécurité affective. En effet, ces besoins sont moins connus que les besoins primaires (nutrition, santé, hygiène, etc.) mais tout aussi importants. Les comprendre peut aider le parent à y répondre de façon plus adaptée. Le psychomotricien pourra par exemple mettre l'accent sur le « besoin de liberté pour explorer et expérimenter » (Betheuil, 2019, p. 73) développé dans la première partie de ce mémoire.

De plus, les parents viennent souvent avec des questions pratiques et le psychomotricien doit être en mesure de donner des éléments de réponse même si le médecin et les auxiliaires de PMI peuvent venir en appui. Par exemple, la maman de Shayanthan est venue avec des questions sur le transit intestinal de son fils ou ses douleurs aux dents.

Identifier là où en est l'enfant

Pour pouvoir guider le parent, la démarche du psychomotricien débute par une phase d'observation (qualité et organisation de son mouvement, engagement corporel, tonus, axe, coordinations, équilibre, etc...). Cela va lui permettre de comprendre où en est l'enfant dans son développement psychomoteur. On note que Gauberti (1993) distingue trois temps de l'analyse psychomotrice : l'observation à distance, l'établissement d'un pont reliant les trois espaces mère-bébé-thérapeute et ensuite, les interactions bébé-thérapeute. Le pont en question correspond probablement à une entrée en contact progressive avec le bébé : d'abord par le regard, puis la voix et enfin le toucher.

Daugé, art-thérapeute et praticienne Feldenkrais propose de « repérer ce qui manque [à l'enfant] pour faire ce qu'il a envie de faire et lui apporter le maillon manquant » (2010, p. 14). A mon sens, cela est également valable en psychomotricité : il s'agit parfois de trouver le levier qui permettra à l'enfant de franchir une étape, dépasser un blocage dans son développement psychomoteur, tel que le fait, pour sa maman, de s'adresser directement à Shyanthan dans le but de développer son langage.

S'interroger sur le fonctionnement de la famille

Par ailleurs, un autre objectif du psychomotricien est de voir comment les choses se passent dans le groupe familial : est-ce que l'enfant vient sur les genoux de son parent, est-ce qu'il part au bout de la pièce ? Est-ce que les parents le laissent faire des bêtises ? Il pose également des questions sur l'histoire de la grossesse, de la naissance, du quotidien pour mieux comprendre le contexte et le vécu. La dynamique familiale est particulièrement importante dans les situations de protection de l'enfance.

En cas de risque ou de dysfonctionnements observés entre le parent et l'enfant, le rôle du psychomotricien sera de prévenir les interactions pathologiques. Par exemple, dans le cas des enfants nés prématurément, il peut être judicieux de prendre en charge la dyade parent-enfant à la sortie de néonatalogie « avant que ne s'instaurent des modes de relations tonico-émotionnelles dysfonctionnels à l'origine d'une mauvaise organisation posturale et motrice » (Daude et al., 2015, p. 153)

La valorisation

L'accompagnement parental en psychomotricité passe également par une (re)découverte des capacités de son enfant. Pavot-Lemoine psychomotricienne en PMI explique qu'elle réalise des bilans essentiellement pour mettre en exergue les « compétences [de l'enfant], ses ressources et ses talents, comme autant de petites perles pour imaginer ensemble les espaces du possible et les chemins qui y conduisent » (Devanne, & Pavot-Lemoine, 2017). Cela a d'autant plus d'importance s'il s'agit de parents « médusés » par le handicap de leur enfant. N'oublions pas de rappeler que de nombreux parents viennent en PMI avec des angoisses, des questionnements, et que la PMI est là pour accueillir leurs inquiétudes. Il s'agit d'un lieu ressource.

Plusieurs auteurs citent également la valorisation des compétences parentales comme un objectif de la guidance. Nous avons vu que l'estime de soi était réduite chez certains parents présentant des troubles psychomoteurs, les faisant douter de leurs capacités. Dumaret (2003) évoque un travail évaluatif de plusieurs institutions axés sur les dysfonctionnements de la relation parents-enfants réalisé dans le cadre d'un programme de recherche du CERMES (Centre de Recherche Médicale et Sanitaire). Au sujet d'un groupe parent enfant ayant une visée de soutien de la parentalité, elle écrit « sa finalité consiste à restaurer une identité sociale, une image de soi « suffisamment bonne » et à valoriser les compétences parentales par de petits actes ordinaires » (2003, p. 13). Elle ajoute que le regard des équipes soignantes en lui-même a une importance. Celui-ci doit être d'autant plus valorisant que la société renvoie une image négative de ces familles. Pavot-Lemoine aussi est convaincue qu'il faut « soutenir ces parents dans la réappropriation du sentiment d'être compétent, le plus compétent à connaître son enfant : ses difficultés, ses possibles. À l'aider et à le soutenir mieux que personne » (Devanne & Pavot-Lemoine, 2017).

C. Le positionnement du psychomotricien

Être contenant

« S'il est accompagné par un psychomotricien attentif à son propre dialogue tonico-émotionnel, donc à la fois étayant, contenant, et soutenant son autonomie, l'enfant pourra oser de nouvelles réalisations corporelles, » (Potel et al., 2013, p. 23). « Contenant », ce mot revient souvent dans les témoignages de psychomotriciens au sujet de leur positionnement. Mais qu'est-ce que cela signifie ?

Kaes définit la contenance comme : « la capacité d'héberger en soi (soi pouvant être un sujet ou un groupe, une famille ou une institution) des formations psychiques appartenant à un autre sujet ou à plusieurs autres sujets. ». (Kaes, 2012, p. 651). Il précise ensuite que cette fonction est assurée par le psychisme de la mère. Il dresse également un parallèle avec la fonction du thérapeute : dans ce cas, il s'agit de prêter attention aux besoins du patient, de s'y adapter de façon adéquate. Cet attribut peut donc s'appliquer au psychomotricien.

Mais comment rester contenant lorsqu'on invite le parent à se mettre en question ? Nous avons évoqué aux cours des pages précédentes différentes situations relevant de l'accompagnement parental. Certaines d'entre elles peuvent être douloureuses et mettre en jeu l'estime de soi du parent et sa confiance en ses compétences de parent. Dans le travail avec les parents, l'alliance thérapeutique est très importante car cela a un impact sur l'implication du parent. « L'alliance thérapeutique peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés » (Bioy & Bachelart, 2010, p. 317). Comment favoriser cette alliance et impulser le changement sans risquer d'attaquer les bases narcissiques du parent ?

Sanchez, qui est également thérapeute familiale, fait la proposition suivante : « le thérapeute évite donc d'occuper une place « d'expert » pour adopter une position « basse », laquelle pourra d'ailleurs évoluer au fur et à mesure de la prise en charge » (2009, p. 53). Ceci a pour but d'éviter de passer pour un « donneur de leçon » et de ne pas faire obstacle aux solutions que pourrait avancer la famille. L'avis de Hayez (2018), pédopsychiatre, est plus nuancé dans son interview au sujet du travail de guidance auprès des parents. Selon lui, on ne peut pas s'attendre à ce que les parents trouvent eux-mêmes toutes les réponses. De par son expérience et sa formation, le thérapeute dispose d'un savoir et peut amener des éléments dont les parents n'avaient pas connaissance. Ces éléments seront soumis aux parents au cours d'une discussion et ils seront libres ensuite de les prendre en considération. Ce point de vue rejoint celui de Collin- Beteuil qui concerne cette fois plus particulièrement la guidance en psychomotricité : « C'est une posture très spécifique dans laquelle le psychomotricien s'appuie sur ses connaissances, son savoir-faire et son savoir être pour accompagner l'autre à trouver ses solutions par lui-même, que ce soit le parent, l'enfant, l'équipe ou le professionnel » (2019, p. 68). Pour elle, il s'agit donc d'étayer le parent grâce à nos connaissances et compétences afin qu'il trouve la solution qu'il sera lui-même à même de mettre en place.

Les qualités du psychomotricien en séance d'accompagnement parental.

Les thèmes abordés en séances peuvent être très personnels. Pour favoriser le sentiment de contenance de la dyade parent-enfant, certaines qualités du psychomotricien sont particulièrement appréciées. Tout d'abord, il y a le fait de ne pas juger le parent. (Collin-Betheuil, 2019). Les pratiques des parents sont issues de leur histoire, de leur culture, ne faut-il pas rester ouvert d'esprit (dans la mesure bien sûr où l'enfant n'est pas en danger) ? Et surtout, si le parent se sent jugé par le psychomotricien, l'alliance pourra-t-elle se créer ?

Ensuite, certaines qualités sont particulièrement appréciées chez le psychomotricien, et d'autant plus dans le contexte d'accompagnement parental. Ces qualités sont la disponibilité, l'empathie, l'écoute et le fait d'être attentif. (H.A.S., 2014). Par ailleurs, Hayez (2018) recommande d'être bienveillant, authentique et de ne pas vouloir aller trop vite.

La spécificité du psychomotricien dans l'accompagnement parental : la place du corps

La place du corps en séance compte parmi les spécificités de la guidance en psychomotricité. Selon Gatecel, le corps en relation constitue la base de la thérapie psychomotrice (2012). C'est ainsi qu'au cours de ces séances en PMI, le psychomotricien propose des situations « mettant le corps en relation » (Gauberti, 1993, p. 3)

Le psychomotricien analyse la situation par le biais de ses sensations corporelles. Il est également attentif aux réactions corporelles (les mimiques par exemple) qui apparaissent dans l'interaction parent-enfant pour mieux comprendre leur relation. Il accompagne le parent et l'enfant dans leur vécu corporel en mettant du sens sur ce qui se joue (Devanne & Pavot-Lemoine, 2017). En effet, cette mise en corps doit s'accompagner d'une mise en mots. En outre, la façon dont le bébé investit sa sensori-motricité est parlante pour nous psychomotriciens, elle nous révèle un peu de sa compréhension de soi et du monde. De plus, le corps constitue une façon directe de nouer un lien avec le bébé (par le toucher, en l'accompagnant au tapis, en prêtant attention à son ressenti), qui différencie le psychomotricien des autres professions. (Rodriguez, 2013). Gauberti affirme même que le psychomotricien « s'adresse corporellement à l'enfant ». (1993, p. 4). Elle ajoute ensuite que le psychomotricien offre à l'enfant une manière d'exprimer sa souffrance de façon corporelle. Certains auteurs vont même plus loin en affirmant que le psychomotricien se reconnecte avec l'enfant en eux pour mieux comprendre le patient (Taymans, 2013, p. 98). Certaines propositions en séance sont l'occasion

de jeux partagés et le psychomotricien peut être en effet amené à prendre une position de régression.

Un professionnel qui n'hésite pas à jouer

Le public de PMI étant constitué de très jeunes enfants, le psychomotricien utilise fréquemment le jeu comme médiation. Néanmoins, les jeux proposés ont un sens. Ils aident l'enfant à acquérir une unité corporelle et psychique et à créer son espace de pensée (ASBL Anjouant, 2013). Par exemple, jouer à cache-cache (ou au jeu du coucou-caché pour les plus petits) permet de travailler les notions de permanence de l'objet et par extension d'apprendre à supporter l'absence de son parent par une alternance d'apparitions et de disparitions, de départ et de retours symboliques (ASBL Anjouant, 2013, p. 136). Nous pouvons faire le parallèle avec la situation de Shayanthan et sa difficulté à retrouver les objets cachés. Dans ces jeux, le psychomotricien inclut le parent en l'invitant à prendre part au jeu et/ou en lui expliquant la valeur de ces jeux.

Les écueils à éviter

La position du psychomotricien auprès du couple parent-enfant peut être délicate. Le parent peut se sentir attaqué dans sa position de parent et nous avons vu ce que les auteurs proposent pour éviter cela.

Selon Gauberti, « le psychomotricien, qu'il soit homme ou femme, par le mode de relations corporelles qu'il établit avec le nourrisson (ou l'enfant), a toujours quelque chose à voir avec la fonction maternelle » (1993, p. 93). De ce fait, une rivalité peut aussi exister entre le psychomotricien et le parent dans les séances d'accompagnement parental. Dans le cas de Shayanthan, on peut se demander si les sollicitations excessives de la mère vis-à-vis de son enfant ne relevaient pas d'une forme de jalousie envers le thérapeute. Comment parer ce type de réaction ? Peut-être en rappelant au parent que nous ne sommes que de passage dans la vie de l'enfant, alors que lui-même vit au quotidien avec lui ?

En outre, une des qualités fondamentales du psychomotricien est l'adaptation. Ceci est d'autant plus vrai dans le travail avec les parents. Au cours de ce stage en PMI, les familles rencontrées étaient souvent précaires. Or les conditions de vie des familles sont à prendre en compte dans les réflexions menées sur ce qui peut être mis en place dans la vie quotidienne. Par exemple, si une famille habite dans un logement insalubre à plusieurs dans un très petit espace, il leur sera

difficile de mettre en œuvre les conseils concernant la motricité libre de l'enfant par manque d'espace ou manque de sécurité. Les propositions du psychomotricien devront donc tenir compte des contraintes de ces familles et éviter de proposer des solutions incompatibles avec le mode de vie ou la culture des parents.

Un autre écueil et non des moindre est celui de rendre les parents responsables des maux de leurs enfants. Nous avons vu au cours de ce mémoire que les parents avaient un rôle très important à jouer dans le développement de l'enfant et que certaines carences dans la fonction parentale pouvaient avoir des conséquences délétères. Pour autant, chaque parent fait ce qu'il peut avec ce qu'il a et ce qu'il est. On peut faire référence pour justifier cela au concept de Winnicott de « mère suffisamment bonne ». Il explique que même la mère la plus dévouée n'exercera jamais parfaitement sa fonction de mère mais que l'enfant dispose de ressources pour faire face à cette adaptation incomplète (1958, p. 89). Mireille Gauberti dénonce également cet écueil en insistant sur l'identité propre du nourrisson et sa capacité de résilience : « vouloir imputer toutes les pathologies du nourrisson de manière univoque à la qualité des soins maternels, peut suggérer qu'un bébé n'est capable que d'être réactif, ce qui équivaut à la négation de son identité humaine » (1993, p. 28).

Qui plus est, les troubles psychomoteurs sont liés à une conjonction de facteurs. La construction psychomotrice se bâtit sur trois piliers : l'équipement biologique, les expériences dans l'environnement et la sécurité affective (Devanne & Pavot-Lemoine, 2017). Ils ne doivent pas être imputés exclusivement aux parents. Le parent devrait, à mon sens, être vu comme un levier d'action, un accompagnateur de l'enfant plutôt qu'un frein. Il en va de la relation thérapeute-parent.

D. Psychomotricien en PMI, un travail d'équipe

Le travail du psychomotricien en PMI s'inscrit dans une démarche collective.

Le cadre

Que serait la thérapie psychomotrice sans son cadre ? Celui-ci joue un rôle fondamental dans l'accompagnement des parents, comme dans toute séance de psychomotricité. Il donne de la légitimité au psychomotricien, et apporte de la contenance.

Le cadre thérapeutique, c'est d'abord un lieu déterminé : la salle de psychomotricité (même si elle peut parfois être partagée avec d'autres professionnels). Cet espace devra être capable d'accueillir les expériences « sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps ». (Potel, 2015, p. 322). Le matériel doit aussi être adapté et permettre à l'enfant et au psychomotricien d'exprimer leur créativité. Certaines composantes immatérielles forment également le cadre thérapeutique tel que le respect de la durée des séances ou les conditions d'encadrement (le psychomotricien peut être seul ou en co-thérapie). Pour favoriser l'alliance des parents et la confiance de l'enfant, des rituels ou une attitude d'accueil rendent ce cadre thérapeutique plus sécurisant (ASBL Anjouant, 2013). Laisser l'enfant aller à son rythme, lui offrir un espace de liberté où il peut être lui-même contribue à renforcer cet aspect contenant.

L'équipe

La PMI représente un cadre particulier de par sa fonction de protection de l'enfance et la gratuité de ses services pour les usagers. C'est parfois l'un des seuls espaces où les mères victimes de violence peuvent se rendre sans être accompagnées de leur mari ou compagnon. Il s'agit d'un lieu de conseil, de rencontres entre parents autour de leurs enfants. Ce cadre institutionnel définit le travail et la place de chacun des membres de l'équipe (Potel, 2015, p. 323) ainsi qu'un certain nombre de règles. Certaines de ces règles doivent être respectées par les parents et les enfants.

Selon Potel, « un cadre thérapeutique s'inscrit dans une institution qui a un projet global pour les patients. » (2015, p. 323). Le projet thérapeutique ne repose pas uniquement sur le psychomotricien, c'est un travail d'équipe. La notion d'inter-disciplinarité est particulièrement importante en PMI.

À la PMI, les psychomotriciennes sont avant tout un maillon de la chaîne, une partie d'un tout divers et multiple, professionnelles parmi une équipe de professionnels qui déploient tout le champ de leurs compétences au service des enfants et des familles. (Devanne, & Pavot-Lemoine, 2017).

En effet, chaque professionnel a une fonction connue des autres membres de l'équipe. La communication se fait entre eux afin de prendre en charge au mieux les enfants et les parents qui seront orientés vers le membre de l'équipe le plus à même de répondre à leur problématique. Il arrive fréquemment d'ailleurs que plusieurs professionnels soient amenés à recevoir une famille en consultation car leurs rôles sont complémentaires. Chaque professionnel a son propre regard en fonction de sa spécialité.

Le psychomotricien lui-même a la possibilité de trouver du soutien dans ce cadre. Mais il peut également s'appuyer sur les réseaux.

Le travail en réseau

Au cours de mon stage, nous avons assisté à des réunions ou des colloques dans le cadre des différents réseaux dont fait partie ma maître de stage. Les réseaux thématiques permettent aux psychomotriciens d'échanger entre eux ou avec d'autres professionnels qui partagent les mêmes préoccupations cliniques. Ils proposent, entre autres, des formations. Cela permet de partager des connaissances, des ressources ou des questionnements qui enrichissent la démarche thérapeutique du psychomotricien. Plus concrètement, les PMI appartiennent à des réseaux de prévention précoce, de périnatalité ou encore de prévention des violences faites aux femmes. Le psychomotricien peut être amené à gérer un réseau, ce qui consiste à coordonner le travail avec différents partenaires, qu'il s'agisse de structures privées ou publiques :

- les CMP (centres médico-psychologiques) et les CAMSP pour la prévention précoce
- les services sociaux et l'aide sociale à l'enfance
- les associations
- les mairies, etc.

Grâce au travail en réseau, le psychomotricien a l'opportunité d'être en contact direct avec différents acteurs de la vie civile. Cela permettra au psychomotricien d'avoir des éléments concrets à apporter aux familles concernées par ces problématiques.

CONCLUSION

En ouverture de ce mémoire, nous faisons le constat que les parents ont un rôle fondamental à jouer dans le développement de leur enfant et nous nous demandions comment le psychomotricien pouvait les accompagner dans cette mission.

Le psychomotricien dispose d'un atout de taille dans ce domaine : il a une connaissance précise du développement de l'enfant dans ses aspects moteurs, cognitifs et psycho-affectif. Cela lui permet à la fois de situer l'enfant dans son développement et d'identifier la ou les étapes que l'enfant a du mal à franchir. Pour cela, il s'appuie sur le corps : ses propres ressentis corporels et l'observation du corps de l'enfant et de celui du parent lorsqu'ils sont en interaction. Il pourra alors expliquer aux parents comment fonctionne le développement et où en est l'enfant. L'image du triangle psychomoteur pourra pour cela lui être d'une grande aide.

Les parents, de leur côté apportent la vision qu'ils ont de leur enfant, eux qui le connaissent mieux que personne. Ils le voient évoluer au quotidien et dans différents contextes. Il s'agira ensuite de trouver avec eux des pistes pour favoriser le développement le plus harmonieux possible de leur enfant, par exemple en agissant sur son environnement. Il m'a paru nécessaire, dans ce travail, d'approfondir le rôle des parents dans ce développement pour identifier leurs leviers d'actions et comprendre ce qu'il leur était possible de mettre en œuvre. Il s'agit alors de guider le parent pour qu'il soit acteur dans le développement de son enfant.

Les séances de guidance parentale s'articulent autour de deux piliers que sont le jeu et le dialogue. Le jeu est là pour mettre en évidence les compétences de l'enfant et lui donner des occasions d'expérimenter pour se sentir sujet et développer de nouvelles capacités. Le psychomotricien devient alors un facilitateur qui met en lumière aux yeux du parent les compétences de l'enfant. Compte-tenu de la fréquence peu élevée des consultations, en raison de la forte demande, il s'agit également de donner au parent à travers ces mises en situations, des idées pour favoriser les expérimentations en dehors des séances. Le dialogue thérapeute-parent repose sur quelques principes fondamentaux chers au psychomotricien que sont l'empathie, l'adaptabilité, l'écoute ou encore la bienveillance.

J'ai pu réaliser, grâce à l'écriture de ce mémoire et à cette expérience en PMI, l'importance du besoin d'attachement et des liens parents-enfant dans le développement. La psychomotricité est un métier de lien : le lien entre le corps et l'esprit, le lien entre le thérapeute et le patient, ou encore le lien entre les interactions précoces et le développement. Les situations vues en stage,

et en particulier celles décrites dans ce mémoire concernaient des enfants avec des profils psychomoteurs très différents mais pour qui le travail sur les interactions était pertinent.

Rappelons que les interactions précoces de qualité sont au fondement de l'attachement mais aussi de l'émergence du sentiment de soi et de la sécurité interne. Lors que tout ne se passe pas comme prévu, le travail de prévention du psychomotricien sera d'identifier les problématiques, d'orienter le parent vers un autre professionnel si besoin ou bien d'aider à consolider le processus. Il s'agit alors d'étayer les interactions pour faire émerger en chaque parent ses compétences.

Toutefois, la parentalité réveille parfois des fragilités narcissiques. Le positionnement du psychomotricien auprès de cette dyade relève donc d'un exercice d'équilibriste où il faut savoir se montrer humble tout en éclairant le parent de ses connaissances théoriques.

Le cadre particulier de la PMI apporte une contenance supplémentaire et légitimise la position du psychomotricien. Il permet d'apporter au couple-parent enfant une aide complète et au plus près de ses besoins en complémentarité avec les autres professionnels.

Toutefois, je me suis heurtée au cours de ce stage à des incompréhensions qui sont relatives au milieu multiculturel où se trouvait la PMI. Ainsi par exemple, dans certaines cultures Africaines, laisser l'enfant au tapis est un signe de délaissement et de négligence alors que pour le psychomotricien, c'est l'occasion pour l'enfant de développer sa motricité globale. Souvent, le psychomotricien n'a pas connaissance des divergences de point de vue et ne peut pas s'y adapter dans son discours. Ces malentendus ont alors suscité en moi de nouvelles interrogations : comment effectuer une guidance parentale dans un contexte où les normes culturelles et la langue ne sont pas les mêmes ?

Bibliographie

- Ahdab, M. (2000). *Jean Piaget, la passion de l'intelligence*. Josette Lyon.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of Attachment : A Psychological Study of the Strange Situation (Psychology Press & Routledge Classic Editions)* (1^{re} éd.). Psychology Press.
- Ajuriaguerra, J. (1985). Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements. *Enfance*, 38(2-3), 265-277. <https://doi.org/10.3406/enfan.1985.2887>
- Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Dunod, 1995
- Article L2111-1 du Code de la Santé Publique
- Article L2112-1 du Code de la Santé Publique
- Article R4332-1 du Code de la Santé Publique
- ASBL Anjouan. (2013). Se dire à son rythme. *Thérapies psychomotrices et recherches*, 174, pp. 134-137.
- Ballouard, C. (2008). *L'aide-mémoire de psychomotricité*. Dunod.
- Berger, M. (1987). *Pratique des entretiens familiaux (Le Fil rouge) (French edition, 1^{re} éd.)*. Presses universitaires de France
- Bioy, A. & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326
- Bowlby, J. (1982). *Attachment : Attachment and Loss Volume One (Basic Books Classics)* (2nd éd.). Basic Books.
- Brault, M. (2021). La protection du jeune enfant : limites de la guidance parentale et perspectives d'évolution. *Empan*, n° 121(1), 142-150. <https://doi.org/10.3917/empa.121.0142>

- Bronstein, C., & Hacker, A. L. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, 76(3), 769-778.
<https://doi.org/10.3917/rfp.763.0769>
- Bucher, H. (1994). *Psychomotricité. Le « plaisir d'être » comme thérapie*. elsevier-masson.
- Bucher, H. (2004). *Développement et examen psychomoteur de l'enfant*. Masson.
- Bullinger, A. (1998). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *Enfance*, 51(1), 27-35.
<https://doi.org/10.3406/enfan.1998.3091>
- Bullinger, A., & Delion, P. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars Tome 1 (La vie de l'enfant)*. Eres. 2019
- Carric, J. C. (2000). *Développement psychomoteur de l'enfant normal* (French Edition) Vernazobres- Grego.
- Ciccone, A., Konicheckis, A., & Mellier, D. (2012). *La vie psychique du bébé*. Dunod.
- CNAF. (2018, juillet). *Convention d'Objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAF 2018–2022*.
<https://www.banquedesterritoires.fr/sites/default/files/ra/La%20COG%202018-2022%20de%20la%20Cnaf..pdf>
- Coeman, A., & Raulier H De Frahan, M. R. (2004). *De la naissance à la marche*. ASBL Etoile d'Herbe.
- Collin Betheuil N. (2019), Rôle du psychomotricien en prévention et en petite enfance dans Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices*. (P 69-79) Dunod.
- Colombo, M. C. (2013). Le rôle des services de protection maternelle et infantile dans la protection des enfants. *Enfances & Psy*, 60, 91-101.
<https://doi.org/10.3917/ep.060.0091>
- Coronel E., De Mezamat A. (2020, 7 avril). *Francoise Dolto « Parler Vrai »*. [Vidéo]. Abacaris Film. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=KeEgm5AEFec>

- Coste-Zeitoun, D., Bennoun, I., & Clément, M. C. (2009). Les conséquences cognitives et comportementales de l'épilepsie chez l'enfant : expérience du Sessad l'Essor. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(1), 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.11.008>
- Danon-Boileau, L. (2017). Du contre-transfert corporel. *Revue française de psychanalyse*, 81(3), 263-267. <https://doi.org/10.3917/rfp.813.0263>
- Danon-Boileau, L. (2018). Les troubles du langage et de la communication chez l'enfant. Que sais-je.
- Daude, H., Bousquet-Jacq, N., von Kanel, K., Boulay, N., Faye, M., Coquery, M., Tronel, S., & Beltran, M. (2015). Repérage et prise en charge multidisciplinaire des troubles du développement cognitif et relationnel de l'enfant né prématurément. *Contraste*, N° 41(1), 151-180. <https://doi.org/10.3917/cont.041.0151>
- Daugé, S. (2010). Développement moteur et cognitif à la recherche du chaînon manquant. *Info Pro Crèche*, 81, pp. 14-15.
- Devanne, I., Pavot-Lemoine, C. (2017). « Soutenir le développement et accompagner la parentalité. Approche psychomotrice en pmi de l'enfant présentant un retard de développement », dans Bauby, C., *Jeunes enfants en situation de handicap. Les accompagner dans les soins, l'éducation, la vie sociale*. (pp. 117-132). Érès, DOI : 10.3917/eres.bauby.2017.01.0117. URL : <https://www-cairn-info.accesdistant.sorbonne-universite.fr/--9782749256184-page-117.htm>
- Dolle, J. (1974). *Pour comprendre Jean Piaget*. Privat.
- Dolto, F., & Lévy, M. (2002). *Parler juste aux enfants (le Petit Mercure)*. Mercure de France.
- Dozio, E. (2020). 13. Attachement. Dans : Kédia, M. *Psychotraumatologie* (pp. 109-119). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.kedie.2020.01.0109>

- Dugravier, R. & Barbey-Mintz, A. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66, pp. 14-22. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>
- Dugravier, R., Guédeney, N. & Mintz, A. (2006). Attachement et liens d'amitié. *Enfances & Psy*, n°3, 20-28. <https://doi.org/10.3917/ep.031.0020>
- Dumaret, A. C. (2003). Soins précoces et guidance parentale : le point de vue des familles. *Dialogue*, 4(162), 9-24. <https://doi.org/10.3917/dia.162.0009>
- Galliano A.-C., Pavot C., Potel C. (2015), L'espace et le temps. Dans Scialom P., Giromini F & Albaret J.-M. *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 247-285). Deboeck
- Gauberti, M. (1993). *Mère-enfant : à corps et à vie : Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces* (French Edition). Masson.
- Gaudin, A., & Aujard, Y. (2013). *Place de la pédiatrie ambulatoire dans le suivi des nouveau-nés vulnérables* (Vol. 20, Numéro 1). [https://doi.org/10.1016/s0929-693x\(13\)71358-7](https://doi.org/10.1016/s0929-693x(13)71358-7)
- Girard M., & Gros C., (2008), 'L'installation du nouveau-né' : un enveloppement structurant. Comment l'installation proposée aux enfants nés prématurément est un étayage pour le processus d'attachement, *Thérapie psychomotrice et recherches* (155), 136-152
- Golse, B. (2005). Les précurseurs corporels et comportementaux de l'accès au langage verbal. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 53(7), 340-348. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.09.022>
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2010). *L'attachement : approche théorique : Du bébé à la personne âgée (Les âges de la vie)*. MASSON.
- HAUTE AUTORITÉ EN SANTÉ. (2005, novembre). *Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations pour la pratique clinique*. HAS Service communication. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

- HAUTE AUTORITÉ EN SANTÉ. (2014). *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (Camsp)*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-trans-rbpb_1_accompagnement_des_enfants_en_camsp.pdf
- Hayez, J. (1978). *La guidance parentale : L'accompagnement des parents dans l'aide éducative et thérapeutique (Éducateurs) (French Edition)*. Privat.
- Hayez, J. Y. (2018, 27 octobre). *Jean-Yves Hayez - Le travail de guidance avec les parents* [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=ZJCKsAlFlqg>
- Houzel, D. (2010). *Concept d'enveloppe psychique (Le)*. In Press.
- Jalley, M. (2017). Actualité de la pensée d'Henri Wallon (1879–1962). *La Pensée*, 3(391), 27-38. <https://doi.org/10.3917/lp.391.0027>
- Kaës, R. (2012). Conteneurs et metaconteneurs. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2012/2), 643-660. <https://doi.org/10.3917/jpe.004.0643>
- Lebovici S. (1989) Les liens intergénérationnels (transmission, conflits) : les interactions fantasmatiques dans *Psychopathologie du bebe* (Puf éd.). PUF
- Lebovici, S., & Stoleru, S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste - Les interactions précoces*. Bayard Editions.
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (JO du 12 Février 2005)
- Marcelli, D. (1992). Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson. *La psychiatrie de l'enfant*, 35(1), 57-82.
- Marianne Jover. (2000). Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture. J. Rivière. Le développement psychomoteur du jeune enfant. Idées neuves et approches actuelles, Solal, pp.17-52., hal-02479299

- Mazeau, M., & Pouhet, A. (2021). *Dans le cerveau de mon enfant : La révolution des neurosciences. Tout le développement de l'enfant de 0 à 6 ans*. Albin Michel.
- Mellier, D. (2005). La fonction contenante, une revue de la littérature. *Perspectives Psy*, 44(4), 303-310. <https://doi.org/10.1051/ppsyl/2005444303>
- Miermon A., Benois-Marouani C., Jover M. Chapitre 2 : Le développement psychomoteur dans C., Albaret, J., Giromini, F., & Scialom, P. (2011). *Manuel d'enseignement en psychomotricité*. Solal
- Ministère des Solidarité et de la Santé. (2019, octobre). *Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020–2022. Garantir à chaque enfant les mêmes chances et les mêmes droits*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l_enfance_vf.pdf
- Nadel, J. (2011). *Imiter pour grandir*. Dunod.
- Observatoire National de l'Enfance en Danger. (2010). *La Théorie de l'Attachement : Une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance*. https://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/dossierthematique_theoriedelattachement_5.pdf
- Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 (J.O. 5 Novembre 1945)
- Organisation des Nations Unies. (1989). *La convention internationale des droits de l'enfant*. <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>
- Pavot-Lemoine, C. (2018). *Des bébés et des crèches - Comprendre le développement du tout-petit pour mieux l'accueillir*. Dunod.
- Potel, C. (2015). *Être psychomotricien - un métier du présent, un métier d'avenir* (trames). Eres.
- Potel, C., Saint-Cast, A., & Vacher, A. (2013). Passer par l'acte psychomoteur. *Enfances & Psy*, 4(61), 20-31. <https://doi.org/10.3917/ep.061.0020>

Principaux repères sur l'épilepsie. (2022, 9 février). <https://www.who.int/>. Consulté le 27 février 2022, à l'adresse [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy#:~:text=L'%C3%A9pilepsie%20est%20une%20affection%20chronique%20du%20cerveau%20qui%20touche,du%20corps%20\(crises%20g%C3%A9n%C3%A9ralis%C3%A9es\).](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy#:~:text=L'%C3%A9pilepsie%20est%20une%20affection%20chronique%20du%20cerveau%20qui%20touche,du%20corps%20(crises%20g%C3%A9n%C3%A9ralis%C3%A9es).)

Quirot B., groupe de travail de physiopathologie périnatale, réseau Naître dans l'Est Francilien, (2021, 7 Octobre). *Bébés en souffrance* [Conférence]. Journée bébé en souffrance, Bourse du travail à Bobigny

Robert-Ouvray, S. B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée de Brouwer.

Rodriguez, M. (2013). A l'écoute du corps du bébé, une lecture psychosomatique. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 174, 106-112.

Sami-Ali, M., Gatecel, A., Reignoux, C., Déjardin, M., Cajal, M., Masson, A., Autin, N., & Weber, M. (2012). *La psychomotricité relationnelle (Recherche en psychosomatique) (French Edition)*. EDK Editions.

Sanchez, A. (2009). La guidance parentale : un travail sur les compétences des parents. *Le Journal des psychologues*, 265(2), 51-54. <https://doi.org/10.3917/jdp.265.0051>

Sausse, S. (1996). *Le miroir brisé : L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste (Collection Le passé recomposé) (French Edition)* (0 éd.). Calmann-Lévy.

Spitz, R. A. (1968). *De la naissance à la parole*. Bibliothèque de psychanalyse (10^e éd.). PUF. 2002

Thomas, N. (2002). *Psychomotricité : Développement psychomoteur de l'enfant*. [https://psychanalyse.com/pdf/DEVELOPPEMENT%20PSYCHOMOTEUR%20DE%20L%20ENFANT%20-%20FAC%20DE%20MEDECINE%202002%20\(37%20pages%20-%20348%20ko\).pdf](https://psychanalyse.com/pdf/DEVELOPPEMENT%20PSYCHOMOTEUR%20DE%20L%20ENFANT%20-%20FAC%20DE%20MEDECINE%202002%20(37%20pages%20-%20348%20ko).pdf)

- Thomas, N., & Durrmeyer, X. (2008). La consultation neuropsychomotrice des grands prématurés. *Enfances & ; Psy*, 38(1), 22. <https://doi.org/10.3917/ep.038.0022>
- Wallon, H. (1963). Comment se développe chez l'enfant la notion du corps propre. *Enfance*, 16(1-2), 121-150. <https://doi.org/10.3406/enfan.1963.2318>
- Wallon, H. (2012). *L'évolution psychologique de l'enfant (Hors Collection) (12e Edition)*. Armand Colin.
- Winnicott, D. W. (1958). *La relation parent-nourrisson*. Payot. 2011
- Winnicott, D. (1975). *Jeu Et Réalité (Folio Essais) (French Edition)*, Gallimard Education.
- Winnicott, D. W., Michelin, M., & Rosaz, L. (1992). *Le bébé et sa mère (French Edition)*. Payot.
- Xypas, C. (2001). *Les stades du développement affectif selon Piaget*. Editions L'Harmattan.

Sitographie

- Coyer, G. (2019, 1 décembre). *Soutien à la parentalité, protection infantile et accueil de la petite enfance en milieu migratoire ouest-africain*. . . Open Edition Journals. Consulté le 18 février 2022, à l'adresse <https://journals.openedition.org/africanistes/8717>
- Epsilon Melia. (2021, 21 juillet). *La Guidance Parentale : qu'est-ce que c'est ?* Consulté le 24 avril 2022, à l'adresse <https://www.epsilonmelia.com/guidance-parentale-definition/>
- Fondation Jérôme Lejeune. (2020, 25 mars). *Mouvements*. Consulté le 27 mars 2022, à l'adresse <https://www.fondationlejeune.org/toutes-les-questions-sur-la-trisomie-21/mouvements/#:%7E:text=Ensuite%2C%20on%20peut%20croiser%20pour,l%27%20%C3%A2ge%20de%2030%20mois.>
- Fondation Jérôme Lejeune. (2022, 21 mars). *Qu'est-ce que la trisomie 21 ? - Tout savoir sur cette maladie génétique*. Consulté le 27 mars 2022, à l'adresse <https://www.fondationlejeune.org/trisomie-21/>

- INSEE. (2020, 13 février). *La Seine-Saint-Denis : entre dynamisme économique et difficultés sociales persistantes - Insee Analyses Ile-de-France - 114*. www.insee.fr. Consulté le 27 mars 2022, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4308516>
- INSEE. (2022, 21 mars). *Dossier complet – Département de la Seine-Saint-Denis (93) | Insee*. www.insee.fr. Consulté le 22-03-27, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-93>
- Lafaurie, L. (2022, 1 avril). Les grandes étapes du développement psychomoteur du bébé. *Santé Magazine*. Consulté le 4 avril 2022, à l'adresse https://www.santemagazine.fr/bebe/sante-du-bebe/les-grandes-etapes-du-developpement-psychomoteur-du-bebe-916240?fbclid=IwAR3ubVsx_adh4avGuc1Ecir4Wi2TtNchl_4jCdBFmj4bHZYx8DP8JYvXr_w
- Larousse. (s. d.). Parentalité. Dans *Dictionnaire de français Larousse*. www.larousse.fr. Consulté le 26 avril 2022, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/parentalit%C3%A9/58145>
- Le Neuro Groupe. (2020, 4 décembre). *Kinésithérapie spécifique - Le Metayer*. Consulté le 4 avril 2022, à l'adresse <https://www.leneurogroupe.org/copie-de-kinesitherapie-classique>
- Observatoire de la parentalité. (2016, 22 novembre). *Soutenir la parentalité, un enjeu sociétal majeur*. Observatoire de la Parentalité de la Réunion. Consulté le 26 avril 2022, à l'adresse <https://www.observatoireparentalite.re/soutenir-la-parentalite/#:%7E:text=La%20parentalit%C3%A9%2C%20qu'est%20ce,%2C%20morale%2C%20culturelle%2C%20sociale.>
- Olano, M. (2016). Les stades du développement cognitif, de Piaget à aujourd'hui. *Cercle psy*. Consulté le 29 avril 2022, à l'adresse https://www.scienceshumaines.com/les-stades-du-developpement-cognitif-de-piaget-a-aujourd-hui_fr_36832.html
- Versele, M. (2020, 23 septembre). *La théorie de l'attachement : Bowlby et Ainsworth*. La Ligue de l'Enseignement. Consulté le 22 Mars 2022, à l'adresse <https://ligue-enseignement.be/la-theorie-de-lattachement-bowlby-et->

[ainsworth/#:%7E:text=C'est%20%C3%A0%20partir%20de,les%20attachements%20d%C3%A9sorganisations%20\(ins%C3%A9cure\).](#)

Vie publique.fr. (2021, 1 décembre). *En quoi le soutien à la parentalité consiste-t-il ?*
Consulté le 25 mars 2022, à l'adresse <https://www.vie-publique.fr/fiches/37956-politiques-de-soutien-la-parentalite>

Annexes

Annexe I : Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile

5 Novembre 1945

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE

7297

Vu l'urgence constatée par le président du Gouvernement;
Le conseil d'Etat (commission permanente) entendu,

Ordonne:

Art. 1^{er}. — Le maximum du tarif de la taxe de séjour perçue dans les stations classées est porté à 10 F. Le minimum de ladite taxe est porté à 2 F.

Art. 2. — La présente ordonnance sera publiée au *Journal officiel* de la République française et exécutée comme loi.

Fait à Paris, le 2 novembre 1945.

C. DE GAULLE.

Par le Gouvernement provisoire de la République française:

Le ministre de la santé publique,
FRANÇOIS BILLOUX.

Le ministre de l'intérieur,

A. TIXIER.

Le ministre de l'économie nationale et des finances,
R. PLEVEN.

Le ministre de l'agriculture,
TANQUY PRIGENT.

Le ministre de l'éducation nationale,
RENÉ CATTIANT.

Le ministre des travaux publics et des transports,
RENÉ MAYER.

Ordonnance n° 45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile.

EXPOSE DES MOTIFS

La mortalité infantile atteint actuellement en France des chiffres si alarmants que des mesures rigoureuses doivent être prises immédiatement pour l'enrayer.

Depuis quarante ans des efforts persévérants avaient fait tomber la mortalité infantile des enfants de moins d'un an de 15 à 6,5 p. 100 en 1938.

Depuis cette date, la mortalité infantile a cessé de décroître et a même dangereusement remonte. Au début de 1945, dans certains secteurs, elle a même atteint le taux effrayant de 22 p. 100, soit presque le quart des naissances.

C'est pour la France une question de vie ou de mort que de l'enrayer dans le plus bref délai.

Conformément au code de la famille promulgué le 29 juillet 1939, le décret du 3 novembre 1939, complété par celui du 24 avril 1940 avait institué un ensemble de mesures destinées à la protection de la maternité et de l'enfance. Ces mesures rendaient obligatoires pour tous les départements la constitution, conformément à un règlement modèle type de l'armement sanitaire indispensable. Elles ne furent malheureusement pas appliquées de 1940 à 1942, mais inspirèrent l'acte dit loi du 16 décembre 1942, relatif à la protection de la maternité et de l'enfance; cet acte, toutefois, reste pratiquement lettre morte.

La question se pose donc de savoir s'il faut valider l'acte dit loi du 16 décembre 1942, remettre en vigueur le décret du 24 avril 1940 ou promulguer une nouvelle loi.

Après de longues études, il a paru préférable d'élaborer un texte qui réunit les prescriptions essentielles du décret du 24 avril 1940 et de l'acte dit loi du 16 décembre 1942 et leur ajoute certaines dispositions techniques nouvelles.

On peut attendre de ces mesures l'abaissement massif de la mortalité infantile, et il y a lieu d'espérer que, dans les deux ans qui suivront la promulgation de la loi, nous reviendrons aux chiffres de 1939; une application stricte du texte devrait même permettre d'abaisser ce taux à la moyenne normale pour un pays civilisé.

En effet, dès à présent, malgré toutes les difficultés et les carences de l'époque, la mortalité infantile a été maintenue aux environs de 6 p. 100 dans certaines collectivités restreintes, où des mesures techniques comparables à celles que la loi nouvelle va généraliser ont pu être appliquées.

A une époque de son histoire où la France a un besoin vital d'accroître sa population, le premier devoir qui s'impose aux pouvoirs publics est de sauvegarder l'existence des enfants qui viennent au monde, et la présente ordonnance apparaît, en la matière, comme une véritable mesure de salut public.

Le Gouvernement provisoire de la République française,

Sur le rapport du ministre de la santé publique,

Vu l'ordonnance du 3 juin 1943 portant institution du Comité français de la libération nationale, ensemble les ordonnances des 3 juin et 4 septembre 1944;

Vu l'ordonnance du 9 août 1944, ensemble l'ordonnance du 15 septembre 1944, portant rétablissement de la légalité républicaine sur le territoire continental;

Vu l'urgence constatée par le président du Gouvernement;

Le conseil d'Etat (commission permanente) entendu,

Ordonne:

TITRE I^{er}

ORGANISATIONS GÉNÉRALES

Art. 1^{er}. — La protection sanitaire et sociale des femmes enceintes et des mères, ainsi que celle des enfants n'ayant pas dépassé deux ans révolus, dits enfants du premier âge, et de ceux de trois à cinq ans révolus, dits enfants du second âge, est organisée dans les conditions fixées par la présente ordonnance.

Art. 2. — La protection médico-sociale maternelle et infantile est organisée dans le cadre du département, qui est divisé, après délibération du conseil général, en circonscriptions; chacune des circonscriptions étant elle-même divisée en un certain nombre de secteurs.

La circonscription est pourvue d'un centre de protection maternelle et infantile et comprend autant de consultations de nourrissons et de consultations prénatales que l'exigent les besoins de la population. Les consultations de nourrissons et les consultations prénatales devront, en principe, correspondre, chacun respectivement, à 8.000 et 20.000 habitants. Des consultations d'enfants du second âge seront également prévues dans toutes les circonscriptions.

Dans chaque département, le service de la protection maternelle et infantile, au point de vue médico-social et administratif, est confié, sous le contrôle de l'inspecteur régional de la santé, au directeur départemental de la santé.

Le contrôle financier est effectué, sous l'autorité de l'inspecteur divisionnaire des services administratifs de la santé publique, par l'inspecteur principal des services administratifs de la santé publique.

Une assistante sociale chef seconde le médecin chargé du service départemental de la protection maternelle et infantile, pour tout ce qui concerne le travail et la discipline du personnel des assistantes sociales concourant à l'application de la présente ordonnance.

Pour le département de la Seine, un arrêté du ministre de la santé publique fixera les modalités suivant lesquelles le directeur général de l'assistance publique de Paris d'une part, le directeur départemental de la santé et l'inspecteur princi-

pal des services administratifs de la santé d'autre part, assureront de concert l'application des présentes dispositions.

Art. 3. — Dans chaque région sanitaire, il est désigné un médecin consultant régional de pédiatrie.

La mission de ce médecin est d'ordre exclusivement technique, il rend compte de son activité à l'inspecteur régional de la santé.

Art. 4. — Dans chaque département, le préfet fixe les modalités suivant lesquelles devra être coordonnée l'activité de tous les services sociaux concourant à la protection maternelle et infantile.

Il provoque, de la part des diverses institutions publiques ou privées, les initiatives indispensables pour compléter s'il y a lieu, l'effectif et l'organisation desdits services.

Les services sociaux, qui ne se conforment pas aux directives formulées par le préfet, en exécution des deux articles précités, peuvent être privés du concours financier des collectivités publiques, ainsi que des organismes d'assurances, de sécurité ou de prévoyance sociales.

TITRE II

CERTIFICAT D'EXAMEN MÉDICAL AVANT MARIAGE

Art. 5. — L'article 63 du code civil est complété par les alinéas 2 et 3 ci-après:

« L'officier de l'état civil ne pourra procéder à la publication prévue à l'alinéa ci-dessus ni en cas de dispense de publication, à la célébration du mariage, qu'après la remise par chacun des futurs époux, d'un certificat médical datant de moins de deux mois, attestant, à l'exclusion de toute autre indication, que l'intéressé a été examiné en vue du mariage.

« L'officier d'état civil qui ne se conformera pas aux prescriptions de l'alinéa précédent sera poursuivi devant le tribunal de première instance et puni d'une amende qui ne pourra excéder 100 F ».

Art. 6. — Au cours de l'examen prévu par le deuxième alinéa de l'article 63 du code civil, l'attention du médecin doit se porter particulièrement sur les affections contagieuses ou chroniques susceptibles d'avoir des conséquences dangereuses pour le conjoint ou la descendance.

Le médecin ne devra délivrer le certificat prévu au deuxième alinéa de l'article 63 du code civil, qu'au vu du résultat:

1° D'un examen radioscopique et éventuellement radiographique effectué par un dispensaire public ou par un médecin agréé à cet effet;

2° D'un examen sérologique effectué par un laboratoire agréé.

Le médecin communiquera ses constatations à l'intéressé et lui en signalera la portée.

Dans les cas graves, il devra lui confirmer cette communication par écrit.

Un modèle de certificat prénuptial sera établi par arrêté du ministre de la santé publique.

Art. 7. — L'article 169 du code civil est complété par les deuxième et troisième alinéas ci-après:

« Il peut également dans des cas exceptionnels dispenser les futurs époux ou l'un d'eux seulement de la remise du certificat médical exigé par le deuxième alinéa de l'article 63.

« Le certificat médical n'est exigible d'aucun des futurs époux au cas de péril imminent de mort de l'un d'eux, prévus au deuxième alinéa de l'article 75 du présent code ».

Art. 8. — S'il s'agit de militaires ou de marins admis à contracter mariage sans comparution personnelle, la durée de validité du certificat est portée à trois mois en ce qui concerne le militaire ou le marin.

Art. 9. — L'article 362 du décret du 1^{er} décembre 1934, portant codification en matière de droit de timbre est complété par l'alinéa suivant :

« Sont également délivrés sur papier libre, les certificats médicaux exigés des futurs époux, en vertu de l'article 63 du code civil ».

Art. 10. — Les frais résultant de l'examen médical avant le mariage sont couverts :

1^{er} Par les caisses de sécurité sociale en ce qui concerne leurs affiliés et dans la mesure de leurs tarifs de responsabilité ;

2^e Par le service de l'assistance médicale gratuite pour ceux qui bénéficient de ce mode d'assistance.

Ces frais restent à la charge des intéressés eux-mêmes lorsqu'ils ne sont ni assurés sociaux, ni bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite.

TITRE III

PROTECTION DES PARENTS

Art. 11. — Examens médicaux. — Toute femme enceinte doit, pour bénéficier des allocations de toute nature versées par l'Etat, par les collectivités publiques ou les établissements publics, par les caisses de sécurité sociale, suivre les conseils d'hygiène et de prophylaxie qui lui sont donnés par l'assistante sociale.

Elle doit en outre, dans les conditions fixées par arrêté du ministre de la santé publique, après avis de l'académie de médecine, faire l'objet d'au moins trois examens au cours de sa grossesse, et d'un examen postnatal dans le mois qui suit l'accouchement.

Le premier examen qui se place avant la fin du troisième mois, est à la fois obstétrical et général ; il doit être effectué ainsi que l'examen postnatal, par un médecin.

Le directeur départemental de la santé et de l'assistance détermine, compte tenu de l'équipement sanitaire dont il dispose, la nature et les modalités desdits examens en ce qui concerne le dépistage de la tuberculose et de la syphilis.

Ces examens sont pratiqués :

a) Soit par un médecin au choix de l'intéressée ;

b) Soit par un médecin d'un centre de protection maternelle et infantile ;

c) Soit par un médecin inscrit au service de l'assistance médicale gratuite pour les bénéficiaires de ce mode d'assistance.

Les frais d'examen sont répartis conformément aux règlements et lois en vigueur, notamment en ce qui concerne l'assistance médicale gratuite et la législation sur les assurances sociales.

En cas d'observation des dispositions du présent article, la suspension partielle ou totale des allocations visées au premier alinéa du présent article est prononcée par l'organisme payeur, à la demande notamment du directeur départemental de la santé, de l'inspecteur du travail, ou du contrôleur des lois sociales en agriculture. Un décret déterminera pour chacune des administrations intéressées, les conditions d'application du présent article.

Art. 12. — Des primes d'assiduité seront accordées soit en espèces, soit en nature,

aux futures mères qui fréquenteront régulièrement les consultations prénatales et les séances de vulgarisation organisées par ces consultations et au cours desquelles les intéressées acquerront les premières notions de puériculture. L'importance de ces primes et les modalités d'octroi seront fixées après délibération du conseil général, par arrêté préfectoral sur proposition du directeur départemental de la santé.

Art. 13. — Chaque fois que l'examen de la mère ou les antécédents familiaux le rendront nécessaire, il sera également procédé autant que possible, au centre de protection maternelle et infantile, à un examen général du père accompagné de tous les examens de laboratoire, sérologiques ou autres, jugés utiles.

Art. 14. — Protection sociale. — Les assistantes sociales visitent à domicile les femmes enceintes dont l'état sanitaire ou la situation matérielle ou morale nécessite une protection particulière.

TITRE IV

PROTECTION DES ENFANTS

CHAPITRE I^{er}

Dispositions générales.

Art. 15. — Protection médico-sociale à domicile. — Jusqu'au début de l'obligation scolaire, tous les enfants sont l'objet d'une surveillance sanitaire préventive et éventuellement d'une surveillance sociale.

Cette surveillance, qui est exercée à domicile par les assistantes sociales, porte plus particulièrement sur :

1^{er} Les enfants qui sont placés en nourrice, en sevrage ou en garde hors du domicile de leur père, mère ou tuteur ;

2^e Les enfants dont les parents reçoivent un secours ou une allocation de l'Etat, des collectivités, des caisses de sécurité sociale ;

3^e Les enfants dont les parents ont été condamnés pour mendicité ou ivresse à une peine correctionnelle.

Les assistantes sociales s'assurent que les enfants reçoivent tous les soins que nécessite leur état et que les allocations versées en leur faveur sont bien utilisées à leur profit, conformément aux articles 6, 16 et 16 bis du décret du 29 juillet 1939, relatif à la famille et à la natalité française.

La fréquence des visites des assistantes sociales sera réglée par le préfet sur proposition du directeur départemental de la santé, après avis du médecin-chef du centre de protection maternelle et infantile du secteur.

Les assistantes sociales rendront compte mensuellement de leurs visites au directeur départemental de la santé.

Art. 16. — Surveillance dans les consultations de nourrissons. — La surveillance sanitaire des enfants dont la protection est organisée par la présente ordonnance s'exerce, en outre, dans les consultations de nourrissons.

Des primes d'assiduité seront accordées soit en espèces, soit en nature, totalement ou partiellement, aux personnes qui présenteront régulièrement les nourrissons. L'importance de ces primes et les modalités d'octroi seront fixées après délibération du conseil général, par arrêté préfectoral, sur proposition du directeur départemental de la santé.

Art. 17. — Intervention médicale. — Chaque fois qu'il est constaté, soit à la consultation de nourrissons, soit à l'occa-

sion de la visite à domicile, que la santé de l'enfant est déficiente, l'assistante sociale doit engager la famille ou la personne à laquelle incombe la garde de l'enfant à faire appel à un médecin et, le cas échéant, faire appuyer son avis par un médecin agréé pour le service de la protection de l'enfance.

De même, si la santé de l'enfant est compromise par l'absence de soins convenables, par de mauvais traitements ou de mauvais exemples, l'assistante sociale en rend compte simultanément et sans délai au médecin-chef du centre de protection maternelle et infantile de la circonscription intéressée et au directeur départemental de la santé. Ce dernier provoque d'urgence toutes mesures appropriées en vue de sauvegarder la santé ou la vie de l'enfant et, notamment, fait constater l'état de ce dernier par un médecin agréé pour le service de protection de la maternité ou de l'enfance.

Art. 18. — Surveillance médicale chez les nourrices. — Si un enfant tombe malade chez une nourrice ou une gardienne et que les parents n'aient pas pris de mesures nécessaires pour qu'il reçoive les soins médicaux, la nourrice ou la gardienne, après avoir appelé le médecin pour la première visite, en informe le maire qui prononce l'admission d'urgence à l'assistance médicale gratuite, sauf recours contre les parents et, éventuellement, le bureau des nourrices.

Si l'enfant placé chez une nourrice ou une gardienne ne paraît pas recevoir tous les soins matériels ou moraux nécessaires, le directeur départemental de la santé peut, après mise en demeure adressée aux parents, prononcer le retrait de l'enfant de chez la nourrice ou la gardienne et le placer provisoirement chez une autre personne. Il en réfère ensuite au préfet qui statue en ce qui concerne le placement définitif de l'enfant et le retrait du certificat de la nourrice prévu à l'article 21 ci-après. Il peut interdire, le cas échéant, à cette dernière de recevoir de nouveaux enfants.

Art. 19. — Carnet de santé. — Tout enfant est pourvu d'un carnet de santé délivré gratuitement par le maire lors de la déclaration de la naissance. Les enfants présentés dans les consultations de nourrissons et dans les centres de protection maternelle et infantile, s'ils n'ont pas reçu ce carnet, en sont pourvus par les soins de ces organismes.

Un arrêté du ministre de la santé publique déterminera la forme et le mode d'utilisation de ce carnet où seront mentionnés obligatoirement les résultats des examens préventifs prescrits par la présente ordonnance et où seront également notées, au fur et à mesure, toutes les constatations importantes concernant la santé de l'enfant.

CHAPITRE II

Formalités spéciales aux enfants placés en nourrice ou en garde, aux nourrissons au sein et aux donneuses de lait.

Art. 20. — Déclaration des parents. — Sera punie d'un à huit jours d'emprisonnement et d'une amende de 200 à 1.200 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, toute personne qui place pour une durée supérieure à huit jours son enfant en nourrice ou en garde sans faire à la mairie de sa résidence une déclaration indiquant le lieu de naissance de l'enfant et son état civil avec production d'une copie des certificats prévus à l'article 21.

Lors du placement, il devra être remis à la nourrice ou gardienne le carnet de santé de l'enfant constatant :

- 1° Que celui-ci n'est atteint d'aucune maladie transmissible;
- 2° Qu'il peut être transporté sans danger.

Seront punis des peines et-dessus prévues les parents qui, nonobstant la mise en demeure qui leur sera adressée par le directeur départemental de la santé, maintiendraient leurs enfants chez les nourrices ou gardiennes frappées de l'interdiction prévue à l'article 18 ci-dessus.

Art. 21. — Certificats exigés des nourrices ou gardiennes. — Toute personne qui veut recevoir chez elle, pour une durée supérieure à huit jours, un nourrisson ou un ou plusieurs enfants en garde, est tenue de se munir préalablement :

- 1° D'un certificat du maire de la commune de sa résidence mentionnant son état civil, indiquant sa moralité et celle des personnes qui vivent sous le même toit, et ses moyens d'existence, précisant si elle a déjà élevé d'autres enfants.

L'assistante sociale de secteur et, à défaut, le maire, attesteront d'autre part que ni la nourrice, ni aucune personne de son entourage immédiat, n'est alcoolique notoire ;

- 2° D'un certificat médical déclarant qu'elle est apte à élever un enfant, que la maison où elle habite est salubre et que, ni elle, ni aucune personne appelée à cohabiter avec l'enfant, n'est atteinte de tuberculose ou de syphilis ; à cet égard, le certificat doit préciser que des examens cliniques, et autant que possible radiologiques, bactériologiques et sérologiques, ont donné des résultats négatifs. Le certificat indique enfin le nombre d'enfants qu'elle peut recevoir en garde, celui-ci ne pouvant, en aucun cas, excéder trois.

- 3° Si elle veut nourrir l'enfant au sein, le certificat médical doit attester qu'elle est apte à allaiter ; le certificat du maire doit également indiquer si son dernier enfant est vivant et, dans l'affirmative, qu'il est âgé au moins de six mois.

Toute déclaration ou énonciation reconvenue fautive dans lesdits certificats sera punie des peines prévues à l'article 1^{er} de l'article 155 du code pénal.

Art. 22. — Déclarations des nourrices et gardiennes. — Sera punie d'un à huit jours d'emprisonnement et d'une amende de 200 à 1.200 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, toute personne qui aura reçu chez elle un nourrisson ou un enfant en garde sans :

- 1° En faire la déclaration à la mairie de la commune de sa résidence dans un délai de trois jours à compter de l'arrivée de l'enfant en présentant le certificat de salubrité et d'aptitude à la garde mentionné à l'article 21 ;

- 2° En cas de changement de résidence, notifier, avant son départ, ce changement à la mairie de la commune qu'elle quitte et faire une nouvelle déclaration dans les trois jours de son arrivée à la mairie de la commune dans laquelle elle vient de se fixer en présentant les certificats prévus à l'article 21 ;

- 3° Déclarer dans les mêmes délais le retrait de l'enfant par ses parents ou la remise de cet enfant à un autre personne pour quelque cause que cette remise ait lieu ;

- 4° En cas de décès de l'enfant, en faire dans les vingt-quatre heures la déclaration légale.

En cas de récidive, dans le délai d'un an, le délinquant est passible d'un emprisonnement de onze jours à six mois et d'une amende de 1.500 à 10.000 F.

Si un enfant précédemment en nourrice, en garde ou en ouvrage décède à l'hôpital, l'administration de l'hôpital est tenue d'en aviser sans délai la mairie de la résidence de la nourrice ou gardienne en même temps que le directeur départemental de la santé de la circonscription.

Art. 23. — Déclarations des personnes engageant une nourrice au sein. — Nul ne peut prendre chez lui une nourrice au sein ou donneuse de lait sans que celle-ci soit munie des divers certificats prévus à l'article 21.

Il doit, dans les quarante-huit heures de l'arrivée de la nourrice, en faire la déclaration à la mairie de sa résidence et y présenter :

- 1° Lesdits certificats ;
- 2° Une déclaration signée de la nourrice spécifiant les conditions de placement de son enfant et attestant, s'il a moins de six mois, qu'il est élevé au sein ;
- 3° Un certificat médical constatant que l'enfant confié à la nourrice ne présente aucun signe de maladie transmissible.

Art. 24. — Certificats exigés des nourrices au sein. — Toute nourrice au sein ou donneuse de lait ne peut se placer chez autrui sans être munie :

- 1° D'un certificat médical attestant qu'elle est apte à allaiter et n'est atteinte d'aucune maladie transmissible, qu'elle a subi les examens de dépistage de la syphilis et de la tuberculose mentionnés à l'article 21 ;

- 2° D'un certificat du maire de la commune de sa résidence mentionnant son état-civil accompagné d'un extrait de l'acte de naissance de l'enfant.

Exceptionnellement, une mère dont l'enfant n'a pas six mois révolus peut nourrir au sein un autre enfant en même temps que le sien :

- 1° Si un certificat médical constate qu'elle peut suffire à cette double tâche.
- 2° En cas de soudaine carence lactée d'une autre mère.

Art. 25. — Les infractions aux dispositions des articles 23 et 24 sont punies d'une amende de 200 à 1.200 F.

Art. 26. — Si le médecin appelé par l'assistante sociale dans les conditions prévues à l'article 17 reconnaît, soit chez la nourrice, soit chez l'enfant, les symptômes d'une maladie susceptible d'être transmise, l'allaitement au sein peut être supprimé par décision du directeur départemental de la santé, qui en avise immédiatement les parents.

Art. 27. — Registres ouverts dans les mairies. — Il est ouvert dans les mairies deux registres destinés à recevoir :

- Le registre n° 1 : les déclarations des parents prévues aux articles 20 et 23 ;

- Le registre n° 2 : les déclarations des nourrices et gardiennes prévues à l'article 22.

En cas d'absence ou de tenue irrégulière des registres, le maire est passible de la peine édictée à l'article 50 du code civil.

Le maire donne avis dans les quarante-huit heures à l'assistante sociale du secteur, par l'intermédiaire du maire de la commune, de placement de l'enfant, en ce qui concerne les déclarations visées à l'article 20 des déclarations déposées.

Art. 28. — Privilège des nourrices. — En cas de non-paiement du salaire des nourrices ou des gardiennes, une tentative amiable est faite par les soins du préfet auprès des parents ou des personnes qui ont effectué les placements.

Si les nourrices ou gardiennes sollicitent l'assistance judiciaire, le procureur de la République communique, pour avis, leur demande au préfet.

Les mois de nourrice font partie des créances privilégiées et prennent rang entre les numéros 3 et 4 de l'article 2101 du code civil.

Art. 29. — Tout département doit être rattaché à un ou plusieurs centres de placement surveillés relevant du service de la protection maternelle et infantile qui exercera sur eux le contrôle sanitaire et social prévu par la présente ordonnance.

Ces centres nourriciers ne recevront que les enfants du premier âge, qu'il s'agisse d'enfants placés par leurs familles, d'enfants surveillés, d'enfants recueillis temporairement, d'enfants en garde, ou, éventuellement, de pupilles de l'Etat.

Lorsque la circonscription d'un de ces centres s'étendra à plusieurs départements qui auront coopéré à sa création, le fonctionnement en sera surveillé par le service de la protection maternelle et infantile du département où le centre est installé.

TITRE V

ÉTABLISSEMENT CONCOURANT A LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Art. 30. — Le centre principal de protection maternelle et infantile, prévu pour chaque circonscription à l'article 2 de la présente ordonnance, est constitué par des formations sanitaires diverses relevant d'organismes publics ou privés exerçant leur activité, en partie ou en totalité, dans le domaine de la protection maternelle et infantile.

Ce centre comprend obligatoirement :

- Une consultation prénatale, dans laquelle pourront être examinés les futurs parents ;
- Une consultation postnatale ;
- Une consultation de médecine infantile d'enfants du premier âge ;
- Une consultation de médecine infantile d'enfants du second âge.

Il comprend éventuellement une consultation contre la stérilité conjugale.

Chaque centre doit s'assurer et rémunérer le concours d'un service antituberculeux, d'un service antivenérien, d'un laboratoire d'analyses médicales, suivant les modalités fixées par le directeur départemental de la santé.

Il peut toutefois faire appel pour les examens de radiologie à un autre service. Les modalités suivant lesquelles il est admis à user de cette faculté ou à demander le concours d'autres services spécialisés sont fixées comme il est prévu à l'article précédent.

Art. 31. — Surveillance des établissements. — Le contrôle du directeur départemental de la santé, au point de vue médical et technique, et celui des inspecteurs principaux des services administratifs de la santé, au point de vue administratif et financier, s'exerce sur tous les établissements ainsi que sur les particuliers qui concourent à la protection, à la garde ou au placement des enfants du premier et du second âge.

Ce sont :

- 1° Les maisons maternelles, les crèches ou pouponnières, les chambres d'allaitement, les centres de placements surveillés ;

- 2° Les consultations de nourrissons et les gouttes de lait ;

- 3° Les bureaux de nourrice, les meneurs et meneuses, les sages-femmes, et autres intermédiaires s'employant habituellement au placement des enfants.

Sont également soumis à la surveillance sanitaire les garderies et les jardins d'enfants.

En ce qui concerne les chambres d'allaitement, les crèches, les pouponnières, les garderies d'enfants dépendant d'établissements industriels, la surveillance s'exerce en accord avec les représentants du ministère du travail.

Les organismes privés ou les particuliers visés ci-dessus ne peuvent exercer leur activité sans une autorisation délivrée par le préfet, après avis du directeur départemental de la santé.

Toute décision de refus doit être motivée.

Le directeur départemental de la santé a qualité pour faire vérifier à tout moment l'état de santé des personnes qui, en exerçant soit pour leur propre compte, soit au service d'autrui l'une des activités visées ci-dessus, se trouvent en contact avec des enfants.

Si les examens qu'il aura prescrits, dans les conditions fixées par arrêté du ministre de la santé publique révèlent que les personnes examinées sont atteintes d'une affection contagieuse, les malades ainsi dépistés devront interrompre leur activité jusqu'à la disparition complète des risques de contagion.

Toute infraction aux dispositions du présent article est punie d'un à huit jours d'emprisonnement et d'une amende de 200 à 1.200 F, ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas de récidive, le délinquant est passible d'un emprisonnement de onze jours à six mois et d'une amende de 1.500 à 10.000 F.

Le tribunal peut, en outre, dans ce dernier cas, ordonner la fermeture de l'établissement ou prononcer l'interdiction d'exercer, soit à titre temporaire, soit à titre définitif.

TITRE VI

AIDE AUX MÈRES DE FAMILLE. — ALLOCATIONS AUX FEMMES EN COUCHES

Art. 32. — Toute femme de nationalité française et privée de ressources suffisantes a droit, pendant la période de repos qui précède et qui suit immédiatement ses couches, à une allocation journalière.

Les ressources temporaires résultant de leur participation à des sociétés de prévoyance, et notamment aux mutualités maternelles dont les femmes en couches peuvent disposer pendant la période de repos, ne devront pas entrer en ligne de compte dans l'évaluation des ressources.

Art. 33. — Conditions d'attribution de l'allocation. — Avant les couches, l'allocation est accordée pendant six semaines. Pour pouvoir en bénéficier, la postulante doit justifier, par la production de certificats médicaux, qu'elle a subi les trois examens de grossesse prévus par l'article 11 de la présente ordonnance et qu'elle ne peut continuer à travailler sans danger pour elle-même ou pour l'enfant. Après les couches, l'allocation est accordée pendant les six premières semaines si la demande est formulée avant l'expiration de ce délai. L'allocation ne peut, pour la période qui précède les couches comme pour celle qui les suit, être mandatée pendant plus de six semaines. Elle ne peut, à un moment quelconque, être accordée ou maintenue si l'intéressée, non seulement a suspendu l'exercice de sa profession habituelle, mais encore observe tout le repos effectif compatible avec les exigences de sa vie domestique et se soumette aux pres-

criptions de la présente ordonnance et que si elle prend pour son enfant et pour elle-même, les soins d'hygiène nécessaires, conformément aux instructions que lui donnera à cet effet l'assistante sociale du secteur.

Art. 34. — Fixation du taux de l'allocation. — Le taux de l'allocation journalière est arrêté, pour chaque commune du département, par le préfet après avis du conseil municipal. Les limites minimum et maximum en seront fixées par décret pris sur le rapport du ministre des finances et du ministre de la santé publique. Si l'allocation dépasse la limite maximum, l'excédent est à la charge exclusive de la commune.

Art. 35. — L'allocation journalière est réduite de moitié en cas d'hospitalisation, pendant la durée de celle-ci, si l'intéressée n'a pas d'autre enfant vivant au-dessous de quatorze ans.

L'allocation est incessible et insaisissable. Elle est payée à la bénéficiaire. Elle peut lui être versée en nature, soit partiellement, soit en totalité.

Art. 36. — Primes d'allaitement au sein. — Toute Française admise au bénéfice de l'assistance aux femmes en couches et allaitant son enfant au sein, reçoit une allocation supplémentaire pendant les six mois qui suivent l'accouchement et une allocation moitié moindre pendant les deux mois suivants; les taux de ces allocations seront fixés par décret.

Il peut être également formulé une demande ayant pour unique objet l'attribution de l'allocation d'allaitement. Cette demande sera recevable jusqu'à l'expiration du délai de trois mois consécutifs à l'accouchement. Elle est soumise aux mêmes conditions et à la même procédure que les demandes d'assistance aux femmes en couches.

Cette allocation n'est servie qu'à la condition formelle que la mère prenne, pour son enfant et pour elle-même, les soins d'hygiène visés à l'article 33 de la présente ordonnance.

Art. 37. — En cas de naissances multiples, les allocations accordées après les couches et les primes d'allaitement au sein sont proportionnelles au nombre d'enfants.

Art. 38. — Mode d'admission. — L'admission au bénéfice des dispositions du titre VI de la présente ordonnance est prononcée dans les conditions fixées par les articles 6, 7 et 8 du décret du 30 octobre 1935 relatif à l'unification et la simplification des barèmes en vigueur pour l'application des lois d'assistance.

L'allocation est supprimée dès que les diverses conditions requises pour avoir droit à l'assistance ne sont plus remplies ou s'il est constaté que des déclarations inexactes ont été fournies par la postulante; dans ce dernier cas, il y a lieu à répétition des sommes indûment perçues, à la diligence du préfet agissant au nom des diverses collectivités intéressées. La suppression fait l'objet d'une décision nouvelle dans la forme prévue pour les admissions.

Art. 39. — Domicile de secours. — Le domicile de secours s'acquiert et se perd dans les conditions prévues aux articles 2 et 3 du décret du 30 octobre 1935 précité.

Art. 40. — Organismes de distribution. — Les allocations d'assistance aux femmes en couches et les primes d'allaitement sont distribuées aux intéressées par l'intermédiaire des centres de protection maternelle et infantile, consultations de nourrissons et autres organismes agréés par arrêté préfectoral, sauf les cas de dispenses accor-

dées par le préfet sur avis du directeur départemental de la santé et de l'inspecteur principal des services administratifs de la santé publique.

TITRE VII

DISPOSITIONS FINANCIÈRES

Art. 41. — Les dépenses résultant de l'application de la présente ordonnance comprennent les dépenses de protection et des dépenses d'assistance.

Art. 42. — Dépenses de protection. — Figurent notamment parmi ces dépenses:

1° La rémunération des assistantes sociales dans la mesure où elle concourt à l'application des présentes dispositions et les frais nécessaires par la coordination des services sociaux;

2° Les honoraires et les indemnités de déplacement dus aux médecins pour la visite des enfants et calculés d'après les tarifs établis en matière d'assistance médicale gratuite;

3° Les frais des examens médicaux imposés aux nourrices, aux gardiennes et aux personnes de leur entourage immédiat;

4° Les frais d'installation et de fonctionnement des centres de protection maternelle et infantile, tels qu'ils sont définis à l'article 30 ci-dessus, ainsi que des consultations de nourrissons et des consultations pré ou postnatales;

5° Les dépenses des œuvres privées dans la mesure où leur activité supplée ou renforce l'action des pouvoirs publics pour l'application de la présente ordonnance;

6° Les récompenses pécuniaires aux nourrices et les primes d'assiduité;

7° Les imprimés du service et notamment les carnets de santé prévus à l'article 19 ci-dessus.

Ces diverses dépenses sont inscrites au budget départemental et font l'objet d'une contribution de l'Etat et des communes conformément au décret du 30 octobre 1935 relatif à l'unification des barèmes des lois d'assistance.

Viennent en atténuation des dépenses indiquées au présent article, toutes recettes faites par l'Etat ou les départements, susceptibles de constituer des fonds de concours en vue de l'application de la présente ordonnance.

Art. 43. — Recettes de protection. — Ces recettes comprennent:

1° Les remboursements effectués par les organismes de sécurité ou de prévoyance sociale, en contre-partie de la surveillance exercée et des soins donnés au profit de leurs ressortissants;

2° Les versements effectués par les bénéficiaires eux-mêmes;

3° Les subventions, dons ou legs faits sans affectation spéciale.

Art. 44. — Dépenses d'assistance. — Les dépenses d'assistance comprennent notamment:

1° Les allocations aux femmes en couches;

2° Les primes d'allaitement.

Ces dépenses sont inscrites aux chapitres correspondants des budgets départementaux et font l'objet d'une contribution de l'Etat et des communes, conformément au décret du 30 octobre 1935.

Indépendamment de la contribution allouée en exécution de l'alinéa précédent, l'Etat est chargé des allocations pour le repos des femmes en couches et pour l'allaitement maternel accordées en vertu des dispositions du titre VI ci-dessus, aux

femmes privées de ressources suffisantes n'ayant aucun domicile de secours.

Art. 45. — Le préfet, sur proposition du directeur départemental de la santé, arrête les prévisions de recettes et les dépenses du service et provoque l'inscription des crédits au budget départemental.

Art. 46. — Les dépenses énumérées aux articles 42 et 44 constituent pour les départements des dépenses obligatoires.

Si un département omet ou refuse d'inscrire au budget les crédits suffisants pour l'acquittement des dépenses obligatoires du service qui sont à sa charge, les crédits nécessaires sont inscrits d'office au budget soit ordinaire, soit extraordinaire par un décret pris sur le rapport du ministre de l'intérieur et du ministre des finances.

TITRE VIII

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 47. — Secret professionnel. — L'article 378 du code pénal relatif au secret professionnel est applicable à toute personne appelée à collaborer à la protection de la maternité et de la première enfance notamment aux assistantes sociales et aux nourrices ou gardiennes.

Art. 48. — Rapports. — Les préfets adressent chaque année au ministre de la santé publique un rapport sur le fonctionnement du service de la protection de la maternité et de la première enfance.

Le ministre de la santé publique publie tous les cinq ans au *Journal officiel* un rapport sur l'exécution de la présente ordonnance.

Art. 49. — Des décrets fixeront les conditions d'application de la présente ordonnance, notamment en ce qui concerne la surveillance sanitaire des enfants fréquentant les écoles maternelles, après accord avec le ministre de l'éducation nationale.

Art. 50. — Est expressément constatée la nullité des actes dits loi du 16 décembre 1942 relative à la protection de la maternité et de la première enfance, et loi du 29 juillet 1943 relative au certificat d'examen médical avant mariage.

Toutefois, cette nullité ne porte pas atteinte aux effets résultant de l'application desdits actes antérieurs à la mise en vigueur de la présente ordonnance.

Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à la présente ordonnance.

Art. 51. — La présente ordonnance sera publiée au *Journal officiel* de la République française et exécutée comme loi.

Fait à Paris, le 2 novembre 1945.

C. DE GAULLE.

Par le Gouvernement provisoire de la République française :

Le ministre de la santé publique,
FRANÇOIS BILLOUX.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
PIERRE-BENJAMIN TRUCQUET.

Le ministre de l'intérieur,
A. TIXIER.

Le ministre de l'économie nationale
et des finances,
R. FLEVEN.

Le ministre de l'agriculture,
TANGUY PRIGENT.

Le ministre de l'éducation nationale,
RENÉ CAPITANT.

Le ministre du travail
et de la sécurité sociale,

ALEXANDRE PARODI.

Annexe II : Article L2111-1 du Code de la Santé Publique

L'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, dans les conditions prévues par le présent livre, à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend notamment :

1° Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ;

2° Des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies ;

3° Des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ;

4° La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que le contrôle, la surveillance et l'accompagnement des assistants maternels mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ;

5° Des actions de prévention et d'information sur les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux, sur la base du concept d'exposome.

Annexe III : *Article L2112-2 du Code de la Santé Publique* (Version en vigueur depuis le 09 février 2022)

Modifié par LOI n°2022-140 du 7 février 2022 - art. 32 (V)

Modifié par LOI n°2022-140 du 7 février 2022 - art. 34

Le président du conseil départemental a pour mission d'organiser :

1° Des consultations prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;

2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle, en tenant compte des missions particulières des médecins traitants mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et sans préjudice des compétences des médecins du service de protection maternelle et infantile ;

3° Des activités de promotion en santé sexuelle ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans les conditions définies par le chapitre Ier du titre Ier du livre III de la présente partie ;

4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors de l'entretien prénatal précoce obligatoire prévu au dernier alinéa de l'article L. 2122-1, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

4° bis Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ;

5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations et en particulier de celles qui figurent sur les documents mentionnés par l'article L. 2132-2 ;

6° L'édition et la diffusion des documents mentionnés par les articles L. 2122-2, L. 2132-1 et L. 2132-2 ;

7° Des actions d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans leurs tâches éducatives, sans préjudice des dispositions du code du travail relatives à la formation professionnelle continue.

En outre, le conseil départemental doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article L. 221-1 et aux articles L. 226-1 à L. 226-11, L523-1 et L. 532-2 du code de l'action sociale et des familles.

Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale mentionnées aux 2° et 4°, aux actions de prévention et de dépistage des troubles du développement physique ou psychoaffectif, des troubles du neuro-développement et des troubles sensoriels ainsi qu'aux actions de promotion des environnements et comportements favorables à la santé. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

Annexe IV : Composition des équipes de PMI où s'est déroulé mon stage :

PMI A	PMI B	PMI C
Une puéricultrice directrice : temps plein	Une puéricultrice directrice à temps plein	Une puéricultrice directrice à temps plein
Trois auxiliaires à temps plein	Trois auxiliaires à temps plein	Deux auxiliaires à temps plein
Un médecin protection infantile quatre jours par semaine	Un médecin généraliste une demie journée par semaine	
	Un pédiatre deux demies journées par semaine	Un pédiatre deux jours par semaine
Une psychologue une journée par semaine	Une psychologue trois demies journées par semaine	
Une éducatrice de jeunes enfants une demi- journée par semaine	Une éducatrice jeunes enfants à temps plein et une qui vient une demi-journée par semaine	Une éducatrice une demi-journée par semaine
Une sage-femme : une journée par semaine	Une sage-femme une fois par trimestre	Une sage-femme : deux jours par semaine
Une psychomotricienne trois demi- journées par mois	Une psychomotricienne trois demi- journées par semaine	Une psychomotricienne trois demi- journée par mois

Une conseillère conjugale une demi- journée par semaine	-	Une conseillère conjugale une journée et demie par semaine
Une gynécologue une demi- journée par semaine	-	Une gynécologue une journée par semaine
Un dentiste et une nutritionniste deux journées par mois		Un dentiste et une nutritionniste une journée par mois
Une puéricultrice de secteur (temps non spécifié)	Une puéricultrice de secteur (temps non spécifié)	

Annexe V : Décret de compétence de la profession : Article R4332-1 du Code de la Santé Publique

Article R4332-1

Version en vigueur depuis le 08 août 2004

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles L. 4332-2, L. 4332-4 et L. 4332-5 sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants :

1° Bilan psychomoteur ;

2° Education précoce et stimulations psychomotrices ;

3° Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :

a) Retards du développement psychomoteur ;

b) Troubles de la maturation et de la régulation tonique ;

c) Troubles du schéma corporel ;

d) Troubles de la latéralité ;

e) Troubles de l'organisation spatio-temporelle ;

f) Dysharmonies psychomotrices ;

g) Troubles tonico-émotionnels ;

h) Maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;

i) Débilité motrice ;

j) Inhibition psychomotrice ;

k) Instabilité psychomotrice ;

l) Troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit ;

4° Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

Annexe VI : Grilles issues de la recherche RAF (pour les enfants de 11 à 13 mois)

Examen 11 - 13 mois - N° DE CODE : Traité Témoin 2

<p>CS 8ème jour <input type="checkbox"/> Date de Naissance : _____</p> <p>CS 9ème mois <input type="checkbox"/> Lieu de Naissance : _____</p> <p>Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/></p> <p>Date de l'évaluation</p> <p>Age de l'enfant, le jour de l'examen</p>	<p><u>Conditions de l'examen</u></p> <p>Consultation sur R.V. <input type="checkbox"/> sans R.V. <input type="checkbox"/></p> <p>L'enfant est-il malade ce jour Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>(si oui, l'examen sera refait éventuellement)</p> <p>La mère est-elle inquiète Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>						
<p><u>Personne accompagnant l'enfant</u></p> <p>Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/></p> <p>Fratrie <input type="checkbox"/> Autre, préciser</p>	<p><u>Pesée-Mensuration</u></p> <p>Poids: Normal <input type="checkbox"/> - D S <input type="checkbox"/> + D S <input type="checkbox"/></p> <p>Taille: Normale <input type="checkbox"/> - D S <input type="checkbox"/> + D S <input type="checkbox"/></p>						
<p><u>Mode de garde</u></p> <p>La mère travaille-t-elle actuellement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si, oui, mode de garde actuel :</p> <p>famille <input type="checkbox"/> préciser</p> <p>Garde à domicile <input type="checkbox"/> préciser</p> <p>Autre <input type="checkbox"/> préciser</p>	<p><u>Observation pendant la pesée</u></p> <p>L'enfant présente-t-il : pleurs Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> peur Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>agitation Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Apathie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>L'enfant est-il réconforté par sa mère ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>" s'agrippe-t-il à sa mère ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>						
<p style="text-align: center;"><u>Composition de la famille vivant au foyer</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Lien de parenté</th> <th style="width: 33%;">Date de Naissance</th> <th style="width: 33%;">Lieu de Naissance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Lien de parenté	Date de Naissance	Lieu de Naissance				<p><u>Remarques spontanées notables de la mère</u></p> <p> </p>
Lien de parenté	Date de Naissance	Lieu de Naissance					
<p>Noms des personnes ayant participé à l'examen:</p> <p>Pédiatre : _____ Puéricultrice _____</p> <p>Psychologue : _____ Auxiliaire : _____</p> <p>Interprète : _____ Autres : _____</p>	<p><u>Observations dans la salle d'attente</u></p> <p>L'enfant ne joue pas <input type="checkbox"/> Joue seul <input type="checkbox"/></p> <p>Joue avec sa mère <input type="checkbox"/> Curieux intéressé par les autres personnes présentes <input type="checkbox"/></p> <p><u>Attitudes envers les étrangers</u></p> <p>Sourires <input type="checkbox"/> pleurs <input type="checkbox"/> pas de manifestations particulières <input type="checkbox"/></p> <p><u>Problèmes suspectés au niveau de :</u></p> <p>Alimentation <input type="checkbox"/> sommeil <input type="checkbox"/></p> <p>Développement psycho-moteur <input type="checkbox"/> relations parents-enfant <input type="checkbox"/></p>						

N.B. Cette 1ère feuille doit être remplie avant l'entrée dans le cabinet médical

EXAMEN PÉDIATRIQUE : A) LES GRANDES FONCTIONS 11/12 mois

ALIMENTATION	SOMMEIL	PROPRETÉ
<p><u>Réponses de la mère</u></p> <p>Mode : sein <input type="checkbox"/> biberon <input type="checkbox"/> cuillère <input type="checkbox"/> tasse <input type="checkbox"/></p> <p>Sevrage : à quel âge :durée.....</p> <p>Motif.....</p> <p>(en quelques mots)</p> <p><u>Réactions du bébé au sevrage :</u></p> <p>Troubles alimentaires <input type="checkbox"/></p> <p>Troubles du sommeil <input type="checkbox"/></p> <p>Troubles du comportement <input type="checkbox"/></p> <p>Autre <input type="checkbox"/> (préciser).....</p> <p><u>Qui donne les repas :</u> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/></p> <p>fratrie <input type="checkbox"/> assistante maternelle <input type="checkbox"/></p> <p>mange seul <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> (préciser).....</p> <p><u>L'enfant mange-t-il :</u> en famille <input type="checkbox"/></p> <p>Seul <input type="checkbox"/> dans ce cas pourquoi ?</p> <p>Horaires décalés <input type="checkbox"/></p> <p>Convaincance personnelle <input type="checkbox"/></p> <p>Autre <input type="checkbox"/> (préciser).....</p> <p><u>Trouvez-vous que votre enfant mange :</u></p> <p>pas <input type="checkbox"/> peu <input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> trop <input type="checkbox"/></p> <p><u>Au total selon l'équipe</u></p> <p>Les repas sont-ils conflictuels ?</p> <p>Jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/></p> <p><u>L'enfant présente-t-il un trouble alimentaire</u></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, préciser : boulimie <input type="checkbox"/> anorexie <input type="checkbox"/></p> <p>mercysime <input type="checkbox"/></p> <p>refus alimentaire électif <input type="checkbox"/></p> <p>d'arrêché <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/></p> <p><u>Les conduites maternelles vous paraissent-elles jouer, dans les difficultés de l'enfant, un rôle</u></p> <p>majeur <input type="checkbox"/> modéré <input type="checkbox"/> mineur <input type="checkbox"/></p> <p>aucun rôle <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Réponses de la mère</u></p> <p>Entre quelle heure et quelle heure l'enfant dort-il ? la nuit le jour.....</p> <p><u>Trouvez-vous qu'il dort</u></p> <p>assez <input type="checkbox"/> trop <input type="checkbox"/> pas assez <input type="checkbox"/></p> <p><u>Se réveille-t-il la nuit</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>si oui, plus d'I fois/nuit Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>plusieurs nuits/semaine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><u>Trouvez-vous que c'est beaucoup</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Fait-il des cauchemars Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Pleure-t-il souvent la nuit Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><u>L'enfant dort-il dans son lit</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>dans sa chambre Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>dans la chambre de ses parents Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Autre <input type="checkbox"/> (préciser).....</p> <p><u>S'endort-il facilement</u> (moins d'1/2 h) <input type="checkbox"/></p> <p>difficilement (plus d'1/2 h) <input type="checkbox"/></p> <p><u>A-t-il besoin pour s'endormir :</u></p> <p>-de quelqu'un OUI <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>si oui, père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> fratrie <input type="checkbox"/></p> <p>-d'un objet transitionnel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>-sucette Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> d'une veilleuse Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><u>Au total selon l'équipe</u></p> <p>le sommeil est-il source de conflits familiaux</p> <p>Jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/></p> <p><u>L'enfant présente-t-il des troubles du sommeil</u></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>si oui, préciser :</p> <p>troubles de l'endormissement <input type="checkbox"/></p> <p>Insomnie <input type="checkbox"/> hypersomnie <input type="checkbox"/></p> <p>Autre <input type="checkbox"/> (préciser).....</p> <p><u>Les conduites maternelles vous paraissent-elles jouer, dans les difficultés de l'enfant un rôle</u></p> <p>majeur <input type="checkbox"/> modéré <input type="checkbox"/> mineur <input type="checkbox"/></p> <p>aucun rôle <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Réponses de la mère</u></p> <p>L'enfant a-t-il été mis sur le pot</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>A quel âge</p> <p>par qui ? la mère <input type="checkbox"/></p> <p>l'assistante maternelle <input type="checkbox"/></p> <p>Autre <input type="checkbox"/> (préciser).....</p> <p><u>Au total selon l'équipe</u></p> <p><u>La propreté est-elle source de conflits familiaux</u></p> <p>Jamais <input type="checkbox"/></p> <p>rarement <input type="checkbox"/></p> <p>souvent <input type="checkbox"/></p> <p>toujours <input type="checkbox"/></p> <p><u>Les conduites maternelles vous paraissent-elles</u></p> <p>adequates <input type="checkbox"/></p> <p>inadéquates <input type="checkbox"/></p> <p>ne sait pas <input type="checkbox"/></p>

CARACTERISTIQUES GENERALES DES INTERACTIONS MERE-NOURRISSON

11/12 mois

<p><u>Qui initie les échanges</u></p> <p>la mère <input type="checkbox"/> l'enfant <input type="checkbox"/></p> <p>les deux <input type="checkbox"/> aucun des deux <input type="checkbox"/></p> <p><u>Réciprocité des échanges :</u></p> <p>fréquente <input type="checkbox"/></p> <p>rare <input type="checkbox"/></p> <p>absente <input type="checkbox"/></p> <p>Les interactions se déroulent-elles, de façon prédominante avec :</p> <p>continuité <input type="checkbox"/> discontinuité <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Tonalité affective dominante :</u></p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Enfant</td> <td>Mère</td> </tr> <tr> <td>plaisir</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>tristesse</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>indifférence</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>excitation</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>vide</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>autre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Enfant	Mère	plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tristesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	indifférence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	excitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><u>Contenu prédominant des interactions</u></p> <p>jeux mère enfant <input type="checkbox"/></p> <p>enfant seul <input type="checkbox"/></p> <p>autre <input type="checkbox"/></p> <p>mère exagérément permissive <input type="checkbox"/></p> <p>interdictrice <input type="checkbox"/></p> <p>autre <input type="checkbox"/></p> <p>Enfant passif <input type="checkbox"/></p> <p>opposant <input type="checkbox"/></p> <p>autre <input type="checkbox"/></p> <p>Les interactions favorisent-elles l'exploration de l'environnement ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
	Enfant	Mère																					
plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
tristesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
indifférence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
excitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
vide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					

II - INTERACTIONS PERE-NOURRISSON

SELON LA MERE	SELON L'EQUIPE
La mère parle spontanément du père de l'enfant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Le père vient spontanément à la PMI <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Le père s'occupe - t- il de l'enfant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Il participe activement à la consultation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
si oui, seul avec l'enfant <input type="checkbox"/>	L'enfant semble-t-il très proche de son père <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
en présence de la mère <input type="checkbox"/>	L'enfant manifeste-t-il des comportements négatifs <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autre <input type="checkbox"/> (préciser).....	à l'égard de son père ? (évitement, peur, hostilité)?

CONCLUSION DE L'EVALUATION

11/12 mois

7.

I - Développement de l'enfant SEPARATION - INDIVIDUATION

L'enfant a-t-il acquis une certaine indépendance (capacité d'initiative, affirmation de soi) Oui Non

Manifeste-t-il un riche éventail de sentiments (plaisir, colère, tristesse) Oui Non

S'intéresse-t-il à l'environnement et aux objets Oui Non

Manifeste-t-il de l'intérêt à communiquer avec les personnes autres que sa mère Oui Non

II - Relation mère-enfant vous paraît-elle : très harmonieuse plutôt dysharmonieuse perceptions contradictoires

plutôt harmonieuse très dysharmonieuse dans l'équipe

III - L'enfant a-t-il été fréquemment malade avant la 1ère année ? Oui Non

Si oui, préciser

IV- Hospitalisations-Séparations : L'enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? Oui Non

Si oui, préciser, Nombre Durée Motif

L'enfant a-t-il vécu d'autres séparations à temps complet ? Oui Non

Si oui, préciser, Nombre Type..... Durée

Motif

V - Inquiétudes de l'Equipe (porter dans la case directement le coefficient de pondération)

Concernant	Enfant : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Parents	Mère Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Père Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Famille : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si,oui portent-elles sur	grandes fonctions :	Psychopathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychopathologie <input type="checkbox"/>
Coefficient de Pondération	sommeil <input type="checkbox"/>	Etat somatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etat somatique <input type="checkbox"/>
	alimentation <input type="checkbox"/>	Relation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le couple <input type="checkbox"/>
	Etat somatique <input type="checkbox"/>	mère-bébé <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S. financière <input type="checkbox"/>
	Développement psycho- moteur <input type="checkbox"/>	père-bébé <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S. Professionnelle <input type="checkbox"/>
	relation mère-bébé <input type="checkbox"/>	Autres, préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Logement <input type="checkbox"/>
4) inquiétude majeure	Autre (préciser).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres (préciser)

Le coefficient de pondération doit apparaître pour chaque item

VI - Cet enfant vous paraît-il à risques au niveau de : Sévices Oui Non Négligences graves Oui Non

Psychopathologie Oui Non

Résumé

Le travail du psychomotricien en PMI a souvent pour spécificité d'inclure les parents. Je m'intéresse dans ce mémoire à la façon dont il est possible de collaborer avec les parents en séance pour favoriser le développement psychomoteur de zéro à trois ans. Quelle position prendre ? Quelles qualités sont nécessaires ? Quels sont les écueils à éviter ?

Pour cela, je retrace différents concepts-clés qui permettent de situer l'enfant dans son développement avant de pouvoir entreprendre une guidance parentale : les différentes étapes du développement moteur, le holding, la contenance, l'attachement ou encore le processus d'individuation. J'évoque également des outils d'analyse des interactions parents enfants qui permettent d'identifier des dysfonctionnements à ce niveau.

En me basant sur trois cas cliniques, je décris l'apport que peut avoir le psychomotricien auprès du parent dans le but de l'aider à soutenir le développement de son enfant.

Mots-clés : Guidance parentale, psychomotricité, PMI, interactions parents-enfants, développement psychomoteur

The psychomotor therapist's work in mother and child protection centers often includes parents. In this thesis, I study how it is possible to collaborate with parents to improve psychomotor development from zero to three years old. How to behave? What qualities are needed? What are the pitfalls to avoid?

To this purpose, I explain some key concepts that enable to situate the child in his development before undertaking parental guidance : stages of motor development, holding, attachment or even the process of individuation. I also mention tools for analyzing parent-child interactions in order to identify dysfunctions in this field.

Based on three clinical cases, I want to put forward the psychomotor therapist's contribution to the help the parent in supporting the development of his child.

Key-words : parental guidance, psychomotricity, mother and child protection centers, parent-child interactions, psychomot development