



HAL
open science

La place particulière du parent en cabinet libéral : accompagnement en psychomotricité

Carla Lafon

► **To cite this version:**

Carla Lafon. La place particulière du parent en cabinet libéral : accompagnement en psychomotricité. Psychologie. 2024. dumas-04951456

HAL Id: dumas-04951456

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04951456v1>

Submitted on 17 Feb 2025

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

**La place particulière du parent en cabinet libéral :
Accompagnement en psychomotricité**

LAFON Carla

Née le 20/12/1999 à Langon

Juin 2024

Directeur de mémoire : Julia BIREM-MARCHAL

Remerciements

MERCI à l'ensemble des personnes rencontrées au cours de mes stages ; aux patients et à leurs parents et aux différents professionnels. Merci pour leur confiance.

MERCI à **Julia BIREM-MARCHAL**, tutrice de stage et maître de mémoire, pour son accompagnement, sa bienveillance, son soutien et tout le savoir-faire et le savoir-être qu'elle a su me transmettre.

MERCI à l'ensemble de mes maîtres de stages tout le long de mon parcours professionnel pour leur aide précieuse dans mon cheminement intellectuel, personnel et professionnel :

Maëlle FAGET, Benjamin CARRERA, Fanny LESAGE, ...

MERCI à tous les enseignants de l'Institut de Formation en Psychomotricité de nous avoir transmis la passion de leur métier.

MERCI à ma famille et à mes proches, pour leurs soutiens, leurs encouragements sans relâche et leur aide précieuse.

MERCI à mes camarades de promotion pour nos nombreux moments d'échanges et de partage.

Table des matières

Introduction	6
1. Le développement du jeune enfant dans le contexte relationnel et familial	9
1.1 Développement psychomoteur : l'autre comme point d'appui	10
1.1.1 Le travail psychique du bébé.....	10
1.1.2 Ajuriaguerra - Le dialogue tonico-émotionnel.....	11
1.1.3 Winnicott – les soins maternels	12
1.1.4 Théorie de l'attachement	14
1.2 La Parentalité	22
1.2.1 Définition.....	22
1.2.2 Les trois axes de la parentalité	24
1.2.3 L'annonce du diagnostic	26
1.2.4 Donner du temps, donner le temps.....	29
1.3 La rencontre avec le parent en tant que psychomotricien.....	32
1.3.1 Circonstances de rencontre	32
1.3.2 Recommandations HAS – Trouble du neurodéveloppement	35
2. Le cabinet libéral et la profession psychomotrice	39
2.1 Le psychomotricien en libéral.....	40
2.1.1 Définition.....	40
2.1.2 Le cadre	41
2.1.3 L'alliance thérapeutique	44
2.1.4 Tissage avec le réseau des professionnels	46
2.2 Le bilan psychomoteur, implication du parent	49
2.2.1 Analyse de la demande et anamnèse	49
2.2.2 Passation du bilan psychomoteur	52
2.3 Le suivi en séance	55
2.4 La salle d'attente	59

3. Implication du psychomotricien auprès des parents : étude de cas.....	61
3.1 Situation de Gabin	62
3.1.1 Bilan psychomoteur	63
3.1.2 Diagnostic de syndrome génétique lié au CHD8.....	71
3.2 Suivi de l'enfant et accompagnement des parents.....	72
3.3 Etayer une fin de prise en charge	79
Conclusion	81
Bibliographie	83
Annexes.....	86

Bullinger disait : « *Recevoir un enfant sans ses parents, c'est le décortiquer* » (Ritter, 2023)

Introduction

A travers ce mémoire, j'ai souhaité aborder le travail conjoint entre le psychomotricien, le patient et son parent au sein de la pratique psychomotrice. Je soulignerai l'importance de la relation thérapeutique entre ces trois partenaires au profit du développement de l'enfant. Cette collaboration sera mise en avant en parallèle d'un étayage du psychomotricien.

Selon la perspective que A. Bullinger, psychologue du développement, a pensée et expérimentée, le jeune se construit précocement à partir de ses interactions avec son environnement physique et son environnement humain, dont ses figures parentales (Ritter, 2023). Il disait :

« Recevoir un enfant sans ses parents, c'est le décortiquer » (Ritter, 2023).

Depuis plusieurs années, et à travers de diverses expériences professionnelles, je m'interroge sur l'accompagnement du parent en tant que professionnelle : quels seraient la place et le rôle du psychomotricien auprès du parent ?

Durant ces expériences, j'ai pu rencontrer des parents, les écouter, les observer et les accompagner. Ces situations m'ont permis de me rendre compte de l'importance du lien entre le parent et son enfant. De ce fait, je me suis questionnée sur la façon dont le psychomotricien pouvait étayer ce lien. A travers mes stages en 3^{ème} année de Psychomotricité, j'ai également réalisé l'importance de favoriser la participation du parent au soin psychomoteur.

En début d'année, j'ai contacté l'Institut de la Parentalité. J'ai pu participer à un programme parent, sur trois séances. Ces programmes sont destinés aux parents et ont pour objectif de révéler et accompagner les compétences parentales de chacun afin d'améliorer les interactions parent-enfant. Ce sont des parents volontaires, présentant des difficultés dans la relation avec leur enfant. J'ai pu observer tout au long de ces séances, la place du professionnel et son étayage auprès du parent. Je relève également l'importance du regard du parent sur le développement de son enfant. En effet, j'ai pris conscience de la richesse de ses observations.

En psychomotricité nous rencontrons des enfants, dans plusieurs domaines. Je présenterai l'accueil en cabinet libéral au sein de ce mémoire. Les enfants que nous rencontrons en cabinet libéral présentent des difficultés psychomotrices et/ou des troubles psychomoteurs et la place du parent y est singulière.

Il ne s'agit pas de soutenir seulement le parent, mais d'accompagner l'enfant, son parent et leur relation au travers d'une pathologie ou d'un retard de développement.

Avec sa formation, le psychomotricien est habilité à prendre en charge l'enfant avec des troubles psychomoteurs. Il est également apte à proposer de la guidance parentale aux parents. Mais en pratique cela donne quoi ?

Dans le processus de parentalité se jouent énormément de phénomènes psychiques et psychologiques. Je me demande de quelle manière le psychomotricien peut apporter son savoir-faire et son savoir-être sans être intrusif dans ce lien si fort qu'il existe entre le parent et son enfant.

Dans un cabinet libéral de psychomotricité, le parent semble avoir une place particulière, concernant la régularité de ses échanges avec le psychomotricien et la relation de confiance qui s'y joue. Le psychomotricien se doit de créer un lien avec son patient. De quelle manière le parent du « patient » est-il lui aussi pris en charge ?

Mes propos seront soutenus et appuyés par plusieurs théories afin de mettre en avant le lien parent-enfant et l'importance de celui-ci pour le bon développement de l'enfant. Cette première approche me permettra par la suite de penser que la relation et l'accompagnement qu'offre le psychomotricien aux parents induisent un meilleur accompagnement pour son enfant atteint de troubles psychomoteurs.

Problématique :

Comment articuler le travail en psychomotricité en tenant compte de l'enfant et de son parent ? De quelle manière parent et psychomotricien peuvent-ils travailler en collaboration ?

Tout au long de ce mémoire, j'introduirai des vignettes cliniques afin d'apporter des expériences concrètes pouvant étayer mes propos et les théories abordées.

Dans une première partie, je mettrai en avant l'importance du lien entre le parent et son enfant au travers de différentes théories. La complémentarité de ces dernières permettra d'avoir une vue d'ensemble sur les bases du développement psychomoteur de l'enfant et l'implication de son environnement relationnel et familial. Je pars du postulat que tout au long du développement, l'autre est un point d'appui. Je présenterai également la place du handicap au sein du processus de parentalité. De ce fait, j'introduirai la place du psychomotricien et les circonstances de rencontre avec celui-ci.

Une seconde partie permettra de préciser mon sujet puisqu'elle traite et définit la pratique psychomotrice en cabinet libéral et tout ce qu'il s'y joue. L'implication du parent au sein du bilan psychomoteur et du suivi en séance ainsi que le rôle de la salle d'attente seront abordés.

Une troisième partie fera l'office d'une illustration plus concrète de mon sujet puisqu'il s'agit d'une étude de cas. En effet, les premières parties de mon mémoire me permettront d'introduire cette étude de cas de manière objective. Je présenterai le cas de Gabin et de ses parents, avant de définir le rôle et la place du psychomotricien au sein de cet accompagnement.

1. Le développement du jeune enfant dans le contexte relationnel et familial

1.1 Développement psychomoteur : l'autre comme point d'appui

1.1.1 Le travail psychique du bébé

« Le bébé naît riche d'un équipement neuro-physio-psychologique surprenant et unique qui fait de lui un être de communication, orienté d'emblée vers l'adulte. Pourtant, ses formidables compétences ne lui permettent pas de donner du sens à son expérience de chaque instant et de survivre seul, raison pour laquelle il doit se lier aux adultes de son entourage pour organiser ses perceptions, mettre en forme sa pensée, métaboliser ses émotions, investir son corps et apprivoiser ses besoins. » (Alvarez & Golse, 2020a)

Alvarez et Golse mettent avant l'idée que le bébé, à travers ses interactions et ses expériences sensori-motrices, et lors d'un développement normal, va peu à peu se sentir différencié de l'autre et débute un processus d'individuation. Selon ces auteurs, l'accordage affectif de qualité dépend autant de l'adulte que du bébé, et permet l'émergence d'un sentiment de continuité et de sécurité interne.

Daniel Stern introduit la notion « d'accordage affectif » pour désigner *ce moment particulier pendant lequel mère et bébé s'engagent de concert dans un comportement qui traduit le partage d'un état affectif sans pour autant qu'il s'agisse d'une imitation stricte* (Bachollet & Marcelli, 2010). C'est le processus dynamique par lequel la mère se synchronise à son enfant afin de constituer avec lui un espace intersubjectif.

L'accordage affectif de qualité correspondrait à des réponses adaptées de la part de la figure maternante aux signaux du bébé, par exemple les pleurs. Plus la figure maternante répondra de manière adéquate à ces comportements de communication produits par le bébé, plus la confiance va se créer et plus l'enfant va se vivre comme sujet.

Alvarez et Golse ont également mis en avant les compétences du parent. Ils parlent de « crise maturative » avant la naissance, la grossesse bouleverse à la fois leur réalité externe et leur réalité interne. Pour ces auteurs, ce double travail, autour du passé et du présent, est essentiel à la filiation de l'enfant et constitue la toile de fond sur laquelle enfants et parents pourront se rencontrer après l'accouchement et écrire une histoire nouvelle. Ils considèrent ces remaniements comme des compétences de parents, fournissant à l'enfant le substrat relationnel de son développement (Alvarez & Golse, 2020b).

« *L'interaction est le lieu de rencontre des enfants imaginaire et fantasmatique des parents avec l'enfant réel.* » C'est à travers ces rencontres à répétition que l'enfant va se forger un sentiment d'exultance et de sécurité interne. Ces échanges de plaisir, de stimulation et de frustration réciproque sont eux-mêmes le reflet des aménagements que les adultes ont pu constituer au cours de leur propre histoire et sont le fruit du travail psychique de l'enfant (Alvarez & Golse, 2020b). Cette construction se base notamment sur le dialogue tonique, terme utilisé par Wallon dès 1930. Ce dialogue tonique reflète l'ajustement tonique entre la mère et son bébé.

1.1.2 Ajuriaguerra - Le dialogue tonico-émotionnel

Julian de Ajuriaguerra en 1977 a décrit le « dialogue tonico-émotionnel » (DTE), approfondissant la notion de « dialogue tonique » déjà proposé par Wallon dès 1930. Pour J. de Ajuriaguerra, le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge. Lorsqu'on s'intéresse au dialogue tonico-émotionnel, on observe comment se transmettent les émotions entre deux personnes.

Lorsque le bébé est dans les bras de sa mère (ou de son partenaire relationnel habituel), il est donc particulièrement sensible aux variations toniques et rythmiques des bras qui le portent et l'entourent (Bachollet & Marcelli, 2010). C'est là que plusieurs paramètres doivent être pris en compte : tonus des bras, rythme du portage, mimique du visage, musique de la voix (prosodie) formant ce que Bachollet et Marcelli appellent de façon plus précise le dialogue tonico-prosodico-mimo-émotionnel. Le bébé ressent donc des sensations dans ce dialogue tonique. Lorsque les paramètres sont cohérents, s'ils vont tous dans le même sens, une signification regroupant ces sensations peut émerger. Lorsque ces paramètres sont discordants, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas cohérents ensemble, la signification risque d'être confuse.

Exemple de paramètres cohérents : une voix douce, un rythme calme, une tension relâchée, ...

Le dialogue tonique, basé sur le tonus musculaire, est donc, lui aussi, un moyen utilisé pour la transmission des émotions. *Il paraît donc primordial d'accorder un intérêt tout particulier à ces émotions enkystées dans l'inconscient parental sans moyen d'être transformées en représentations* (Bachollet & Marcelli, 2010).

L'intervention possible d'un tiers dans cette relation paraît être un enjeu capital pour la mère, le bébé et leur relation à tous les deux (Bachollet & Marcelli, 2010). Lorsqu'un désajustement s'installe, cela peut provenir de problèmes transitoires ou de problèmes plus graves ; tant du côté du bébé que celui du parent. C'est important de le prendre en compte. Le bébé ne parlant pas, c'est dans le discours du parent qu'on entendra ces signes de désajustement. D'où l'importance de la place du professionnel pour comprendre cette dysharmonie entre le bébé et son parent.

Ce dialogue tonico-émotionnel est présent notamment lors de moments de contact entre la mère et son bébé. Winnicott a défini les soins maternels, ce sont des moments de relation et d'échanges entre la mère et son bébé. Winnicott pense ces soins maternels comme étant la base de la santé psychique du nourrisson.

1.1.3 Winnicott – les soins maternels

Winnicott accorde une place importante aux soins maternels, et notamment pendant une période qu'il appelle : la *préoccupation maternelle primaire*. Ce concept se manifeste particulièrement pendant la période prénatale, quelques semaines avant l'accouchement et immédiatement après celui-ci.

Il place ainsi l'enfance dans la vie humaine en insistant sur l'aspect primordial des soins maternels adéquats, indissociables du bébé et garants de sa bonne santé psychique (Gatecel et al., 2012).

Il distingue le holding et le handling comme étant deux notions propres à la sensibilité de la mère envers son bébé.

Le « holding » qui veut dire « maintien » désigne la façon dont l'enfant est porté sur le plan psychique et corporel. La qualité du portage, sa régularité et sa dimension contenante apportent à l'enfant un sentiment de sécurité et de fiabilité (Gatecel et al., 2012). Le holding retient la notion de rythmicité. En effet, la temporalité et la répétition vont être bénéfiques à la santé psychique du nourrisson. Ce holding va déterminer le processus de maturation que Winnicott va appeler le processus d'intégration qui conduit l'enfant à un état d'unité. C'est la construction du Moi. Mais ce holding va permettre cette intégration que si c'est assuré de manière suffisante et régulière. Il ne suffit pas de le porter bien une fois. Donc l'intégration est

déterminée par le holding et par les expériences instinctuelles qui se réalisent à travers la vie sensori-motrice.

Le « handling » est la manière dont le bébé est traité, manipulé, soigné. Il s'agit de la manière dont la mère s'occupe de son bébé dans les moindres détails des soins quotidiens qu'elle lui prodigue (Gatecel et al., 2012). Ceci est différent du portage et va permettre le processus de personnalisation¹. Winnicott parle de techniques de soin corporel, et c'est l'expérience instinctuelle et les expériences paisibles qui vont établir le sentiment qu'on a de sa personne dans son corps. Le handling permet d'accéder aux prémices de l'intégration du schéma corporel, l'enfant prend peu à peu conscience des parties de son corps et de leurs fonctions.

Winnicott propose une autre notion qui correspond à la façon dont la mère présente l'objet à son enfant. « L'objet presenting », c'est le mode de présentation de l'objet. C'est le fait que la mère offre son sein ou bien le biberon au bon moment, ce qui donne au bébé le sentiment que c'est justement de lui dont il avait besoin précisément à ce moment-là. (Gatecel et al., 2012)

Ces comportements maternels interviennent très précocement dans la vie de l'enfant. Ces attitudes de la mère vont petit à petit faire ressentir un sentiment d'individuation à l'enfant et ainsi lui permettre une plus grande autonomie psychique. Cela renvoie aux expériences physiologiques sensorielles, mais aussi aux expériences du corps.

Ce qui est également important c'est la question de la répétition dans le temps, des états de tension et plaisir/satisfaction que l'enfant acquiert. Cela va permettre de donner du sens aux sensations.

En effet, ces sensations vont être conscientisées à force d'être ressenties de la même manière et au même moment. Elles vont pouvoir être perçues et réutilisées. L'enfant se crée ses propres représentations du monde et va interagir avec son environnement en fonction de ces représentations. Ces dernières sont constamment modifiées de par de nouvelles sensations et perceptions du monde.

Winnicott parle essentiellement de « Care-Giver », du donneur de soin, lorsqu'il est question du Holding et du Handling. Ce « Care-Giver » est la personne qui prend soin de

¹ La personnalisation permet de ressentir les expériences pulsionnelles comme faisant partie de la personne propre et non pas de son environnement (Konicheckis, 2013).

l'enfant le plus souvent. On pourrait parler de figure d'attachement. Le bébé s'apparente et s'accorde à cette personne, celle qui est au plus près psychiquement et physiquement de lui.

1.1.4 Théorie de l'attachement

Je souhaite présenter la théorie de l'attachement dans le but de soulever l'importance de la création du lien parent-enfant dès le plus jeune âge et son impact sur le développement de l'enfant.

Décrite dans les années 1970 par le psychiatre anglais John Bowlby, la théorie de l'attachement est issue de son observation et des rencontres que son parcours personnel et professionnel lui a permis de faire.

Il propose un ensemble de systèmes innés de comportements ou de systèmes motivationnels favorisant les relations qui sont corrigées quant au but par la réponse de l'environnement (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015a).

Dans la théorie de l'attachement, le postulat de base est que l'enfant est génétiquement prédisposé à maintenir un degré de proximité avec sa mère (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012). Cette proximité aurait pour but de favoriser une certaine sécurité interne et une protection des potentiels dangers de l'environnement. Il a démontré que le bébé n'a pas uniquement des besoins physiologiques, mais également des besoins affectifs, notamment des besoins de sécurité émotionnelle qu'il a nommés « l'attachement ». Il a également mis en évidence le fait que les comportements du parent pouvaient influencer celui des enfants et inversement.

Tous les facteurs qui génèrent du stress à l'enfant activeraient ce système d'attachement et génèreraient des comportements d'attachement. Ces facteurs peuvent être internes (fatigue, douleur) ou externes (lié à l'environnement : stimulus effrayant, solitude, absence de la figure d'attachement) (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015a).

Pour obtenir cette proximité, le nourrisson use de divers comportements innés tels que le sourire, les vocalisations, le fait de s'agripper, les pleurs (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015a). En fonction du développement et des acquisitions de l'enfant, ces comportements d'attachement évoluent. L'enfant développe de nouvelles stratégies pour subvenir à ses besoins de proximité ; par exemple la marche.

Ces comportements, bien que présents à la naissance, ne sont pas encore dirigés vers une figure particulière et apparaissent plutôt indifférenciés dans un premier temps. Mais très tôt, les cris et les pleurs vont être mieux calmés par la mère que par n'importe qui d'autre. Vers 4-5 mois, un enfant dont la mère quitte la pièce va crier ou pleurer, essayant ainsi de la ramener auprès de lui. On retrouve davantage de babillages et de sourires en présence de la figure d'attachement (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015a).

C'est la répétition des expériences de réconfort en situation de détresse qui permet l'émergence progressive d'une meilleure discrimination par l'enfant de ses figures d'attachement (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015a).

Ainsworth, Blehar et coll. (1978), comme tant d'autres, reprirent l'idée de la théorie de l'attachement en insistant sur une autre fonction du système d'attachement déjà évoquée par Bowlby, la fonction d'exploration. L'interrelation ou l'équilibre entre le système d'attachement et le système d'exploration est crucial. Ainsi, lorsque les comportements d'attachement sont faiblement activés, le système d'exploration se met en action, ce qui permet à l'enfant d'aller à la découverte de son environnement (Mendonça et al., 2008).

La capacité d'exploration serait donc basée sur la sécurité émotionnelle de l'enfant. Ainsi, l'enfant n'ayant pas besoin de trouver du réconfort et de la proximité avec sa figure d'attachement se retrouve apte et disponible pour découvrir et investir son espace environnant.

« L'attachement va bel et bien servir l'autonomie et non la dépendance » (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015a)

La notion de porte avion

Anne Raynaud, dans son livre « La sécurité émotionnelle de l'enfant », nous invite à symboliser la théorie de l'attachement avec la notion de porte-avion. Ce porte-avion représente « la figure d'attachement ». Ce porte-avion, qui permet de venir se ravitailler, se poser ou se reposer, permet aux petits avions s'ils en ressentent le besoin, de venir atterrir sur le pont, pour s'abriter puis explorer l'environnement qui s'étend au loin. Ce serait comme une base de sécurité sur laquelle il est possible de se réfugier en cas de danger.

Lors d'un danger potentiel, la priorité pour l'enfant est de retrouver un état intérieur plus sécurisant. Tant que cette stabilité n'est pas là, impossible de redécoller pour retourner explorer de nouvelles expériences.

Anne Raynaud explique que l'enfant a besoin de s'assurer que son porte-avion sera toujours présent si besoin est là. Plus l'enfant ressentira son porte-avion disponible et proche, plus il sera sécurisé et pourra aller explorer.

Après 7 mois, l'enfant différencie de mieux en mieux les personnes avec lesquelles il interagit et lesquelles lui sont familières ou étrangères. Il commence à développer une relation d'attachement, franche et sélective, à une personne spécifique. Cette personne est celle qui répondra à ses signaux, dans une relation d'interaction durable (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015a).

Dans la théorie de l'attachement, cette personne s'appelle le Caregiver, le donneur de soin. Les figures d'attachement de l'enfant ayant une fonction de Caregiver sont repérées à partir de trois critères (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015a) :

- Une personne prenant soin physiquement et émotionnellement de l'enfant
- Ayant une présence importante et régulière dans sa vie
- Est investi émotionnellement

Lors des trois premières années de vie, l'enfant développe de nombreuses acquisitions motrices, cognitives et de communication. Ces acquisitions sont effectivement permises grâce à la maturation cérébrale et aux expériences de l'enfant avec son environnement. Dans cette théorie, la figure d'attachement représente la base de sécurité qui permet à l'enfant d'explorer et d'investir son monde environnant.

Son aptitude à explorer repose sur la qualité de ses liens d'attachement (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015a).

M. Ainsworth a défini différents styles d'attachement, grâce à « la situation étrange », qui est une procédure expérimentale et qui consiste à procurer un stress au bébé, semblable à ceux du quotidien et d'observer son comportement au travers de celui-ci.

Les styles d'attachement reflètent les prédispositions de l'enfant, son tempérament et la cohérence des réponses parentales en situation de stress. Ces différentes catégories

d'attachement sont des stratégies adaptatives sans conséquence psychopathologique. Il est pourtant évident qu'avoir des stratégies d'attachement sécurées est un facteur de protection contre l'adversité. Ces enfants explorent leur environnement plus librement, ils régulent mieux leurs émotions lors d'événements de vie stressants. Parallèlement, les catégories insécures sont des stratégies adaptatives plus rigides, facteurs de vulnérabilité (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015b).

Il existe 4 styles d'attachement :

- L'attachement de type sécurée : il s'accompagne, chez l'enfant, d'une meilleure estime de soi et de la capacité de faire appel lorsqu'il en a besoin. Il favorise également la capacité d'exploration. L'enfant manifeste une forme de protestation lors des séparations et accueille sa mère avec plaisir, à son retour (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015b).
- L'attachement de type insécure évitant. L'enfant ne fait pas appel à autrui au fur et à mesure que son stress augmente. Il a tendance à masquer sa détresse émotionnelle, ou à se sentir invulnérable, et à considérer que l'on ne peut pas faire confiance aux autres. Il essaie de garder le contrôle dans les situations de détresse en diminuant la réactivité du système d'attachement et en réduisant ses signaux de détresse en direction des parents (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015b).
- L'attachement de type insécure ambivalent ou résistant. L'enfant se montre très ambivalent en situation de stress, comme s'il résistait à son besoin d'être réconforté. Il adopte une stratégie d'augmentation de fonctionnement du système d'attachement et d'augmentation des signaux. Il manifeste de la détresse lors de la séparation, un mélange de recherche de contact et de rejet coléreux, des difficultés à être réconforté (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015b).
- L'attachement désorganisé : il s'agit d'enfants qui, typiquement, se figent lors de la réunion dans une posture évoquant l'appréhension et la confusion. La séquence temporelle, chez ces enfants, donne une impression de désorganisation des comportements apparemment opposés qui sont exprimés simultanément (comme s'approcher avec la tête détournée;) les mouvements semblent incomplets et l'expression des affects mal dirigée. On parle d'enfants désorientés-désorganisés. Il s'agit, pour beaucoup, d'enfants victimes de maltraitance ou témoins de violence c'est-

à-dire d'enfants dont les figures d'attachement sont elles-mêmes terrifiées et/ou terrifiantes (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015b).

Cette théorie de l'attachement nous aide à comprendre quand et comment les liens vont s'établir, tant avec les parents qu'avec d'autres personnes de l'entourage. Elle nous explique également les différents comportements utilisés pour que l'enfant investisse son environnement. Grâce aux différents styles d'attachement, nous percevons différentes manières de se présenter au monde environnant.

D'après Anne Raynaud, cette théorie explique également la confiance que nous allons avoir en eux et en nous, notre capacité de vouloir rencontrer de nouvelles personnes ou de nous isoler, notre élan à découvrir le monde ... (Raynaud, 2019).

Vignette clinique - Lucia et ses parents

Dans le cadre de cette troisième et dernière année d'étude en psychomotricité, j'ai réalisé un de mes stages dans un cabinet libéral. Lors de ce dernier, j'ai rencontré Lucia, une jeune enfant de 13 mois et ses parents. Cette situation m'a interrogé sur la place du parent dans le développement psychomoteur de son enfant et ainsi la place du psychomotricien auprès du parent. Lucia présente un retard de développement psychomoteur, elle est orientée en psychomotricité par son neuropédiatre. Elle présente un retard de développement de 3 mois lorsqu'elle a 11 mois et ce retard a diminué aujourd'hui (1 mois).

Pendant les premiers mois de vie de Lucia, la mère de Lucia indique avoir eu très peur des contagions et a été très axée sur l'hygiène et la transmission des maladies. Lucia, pendant ses 10 premiers mois de vie, a passé peu de temps dans les bras de sa mère qui la gardait. Le père de Lucia indique que c'était un bébé qui dormait beaucoup. Elle en garde d'ailleurs des marques au niveau du crâne (plagiocéphalie).

En s'appuyant sur les notions de Winnicott, nous pouvons nous demander si le temps de portage qui a été proposé à Lucia lors de ses premiers mois de vie a eu un impact sur son développement psychomoteur. Comme expliqué aux parents de Lucia, le portage permet également à l'enfant d'expérimenter différents appuis et différentes positions permettant ainsi plus de stimulations et de conscience de son corps.

Je note de manière générale que Lucia parvient facilement à entrer en relation. En termes de communication, Lucia se montre disponible et l'attention conjointe est possible. Cependant, je ne parviens pas à reconnaître ou à comprendre les envies de Lucia, car elle présente peu de comportements de communication non verbale. Elle n'a pas accès au pointage. Elle observe beaucoup son environnement sans ne jamais vraiment aller l'explorer avec le toucher. Lorsqu'on lui présente un objet dans les mains, elle le saisit et le manipule. Elle présente peu de déplacement spontané et peu de prise d'initiative.

Nous pouvons faire du lien en reprenant la théorie de l'attachement et notamment la notion d'exploration. En effet, si l'on se base sur cette théorie, le système d'attachement de Lucia semble être activé au vu de son exploration très peu présente, au moment des séances.

Mes observations sur la dynamique de la cellule familiale m'amènent à penser qu'elle est très centrée sur l'évolution et la sécurité de Lucia. Les parents nous expliquent qu'ils ont modifié l'aménagement de leur maison afin de protéger au maximum Lucia de potentielles

chutes ou blessures. Ces préoccupations donnent l'impression de prendre une place très importante dans leur quotidien et dans leur temporalité.

Dans cette situation, la psychomotricienne utilise le bilan psychomoteur comme point d'appui afin d'objectiver ses propos et ses observations. En effet, elle propose aux parents de faire un bilan d'évolution de Lucia. Ce dernier a permis de pointer les difficultés encore réelles de Lucia, mais également les nombreuses compétences qu'elle a pu acquérir depuis le dernier bilan (3 mois avant). Ce compte rendu a permis de rassurer les parents sur le développement de leur fille.

Concernant les difficultés encore présentes pour Lucia, la psychomotricienne et moi avons pu orienter les parents et proposer un temps de guidance parentale. Nous leur proposons d'initier le pointage lorsqu'ils communiquent avec leur fille, ou lorsqu'elle veut quelque chose. Le pointage étant un des prémices de la communication, cela pourra servir d'appui à Lucia pour la développer davantage. De plus, les parents de Lucia nous ont confié avoir des craintes concernant ses déplacements dans son lieu de vie (ex : les pièces de vie de la maison). Ils proposent à Lucia un parc la plupart du temps. Nous avons expliqué aux parents l'importance pour Lucia de découvrir son environnement. Elle pourra trouver par elle-même des stratégies de déplacement.

Il pourra être intéressant d'orienter les parents lors des temps de relation avec leur fille, en proposant des séances au sol, avec les parents et Lucia. Le parent, confiant de la proposition au cabinet, pourra reproduire chez lui ce qu'il s'est passé en séance. L'idée n'est pas de le mettre en difficulté, mais au contraire de lui offrir des possibilités.

Sanchez nous dit que « soutenir le parent dans ses difficultés, lui offrir la possibilité de se rendre acteur des changements à opérer pour lui-même, dans une prise de conscience des répercussions pour sa famille, lui permettront de reprendre confiance en ses capacités éducatives et de parent » (Sanchez, 2009).

La guidance peut donc consister comme ici en un apprentissage des parents à écouter, à interpréter les signaux de leur enfant, à tâtonner pour ajuster leurs actions à ses besoins. Les parents doivent opérer un « accordage » ou un « réaccordage » de leurs fonctions maternelles et/ou paternelles au fur et à mesure que l'enfant évolue. Le travail du thérapeute vise à éclairer ce qui parfois empêche la maman, notamment l'être, selon les expressions de Winnicott, suffisamment bonne ou d'utiliser l'héritage de sa préoccupation maternelle primaire qui s'est installée en elle autour de l'accouchement (Amoretti et al., 2015).

L'enfant va donc sans cesse avoir besoin d'aide pour grandir, en toute sécurité et de manière harmonieuse (Raynaud, 2019).

Actuellement, les travaux de recherche en neurosciences placent le curseur sur la plasticité cérébrale² et montrent que le cerveau est un système dynamique qui se transforme tout au long de la vie. Ce regard très contemporain vient souvent confirmer et valider ce qui avait été élaboré comme autant d'hypothèses sur le fonctionnement humain (Potel Baranes, 2020).

² On parle de « plasticité cérébrale » pour décrire cette capacité du cerveau à se façonner au gré de l'histoire vécue (Vidal, 2012).

1.2 La Parentalité

1.2.1 Définition

Au début des années 60, le terme de « maternalité » apparaît chez le psychiatre et psychanalyste Paul-Claude Racamier. Il désigne le processus de maturation psychique que la mère suit en attendant ou en devenant parent. Au cours des années 80, le terme « parentalité » est apparu, et plus récemment est apparu celui de « paternalité » (Barbe, 2012).

La maternalité et la paternalité sont des concepts complexes qui touchent à la fois à la psychologie et à la réalité de devenir parent. La maternité se réfère à l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez une femme lorsqu'elle devient mère. La paternalité, contrairement à la maternalité se construit pas à pas. A notre époque, les codes de paternalité évoluent.

Concernant la théorie de l'attachement, exposée plus haut, les recherches ont montré que le père et la mère sont tout autant capables l'un que l'autre de témoigner de l'affection à leurs enfants et d'être sensibles à leurs besoins (Lamb, 1997) (Paquette, 2004). Cette compréhension remet en question l'idée que la mère est la seule figure parentale capable de fournir des soins affectueux et de répondre aux besoins émotionnels des enfants. Il est essentiel de reconnaître que les pères ont un rôle crucial dans le développement émotionnel et social de leurs enfants, et que leur contribution est tout aussi importante que celle des mères.

Le terme « parentalité » est un néologisme officialisé dans les années 1980 et présenté dans la langue courante comme « *qualité, statut de parent (du point de vue social, juridique)* » (Le Petit Robert, 2024)

Le terme parentalité a été introduit à l'époque par le psychiatre Racamier (1961), il s'agit de la traduction du terme « parenthood » développé par le psychanalyste américano-hongroise Benedek en 1958.

Ce terme permet de dépasser cette distinction entre les processus maternels et les processus paternels, il fait référence au processus psychique et psychologique d'être parent.

Favez et Frascarolo, en 2011, parlent de « co-parentalité » pour désigner les différentes possibilités d'alliance et de coopération entre la mère et le père pour « faire parent », ensemble, avec leur enfant (Mellier & Gratton, 2015).

Dans le **champ psychanalytique**, le terme parentalité renvoie à « *l'ensemble des processus de maturation psychiques propres à la fonction parentale* » (Bouregba, 2004). Il s'agit « d'un processus qui se prépare inconsciemment depuis l'enfance, activé à l'adolescence sous l'influence des facteurs physiologiques et actualisé lors de la naissance des enfants ». Dans ce champ, le nonaccès à la parentalité est considéré comme un échec dans le développement psycho-affectif. C'est dans ce cadre que s'est développée la clinique de la parentalité (Lamboy, 2009). En psychanalyse, les comportements parentaux se basent sur des processus psychiques développés dès la petite enfance.

Dans le **champ sociologique**, la parentalité fait davantage référence à un ensemble de fonctions sociales. Il permet de mettre en avant la complexité et la diversité des fonctions parentales et de différencier la parenté biologique de la parenté sociale (Lamboy, 2009). Le domaine sociologique prend en compte les diverses formes que peut revêtir la parentalité dans une dimension sociale : on retrouve l'homoparentalité, la pluri parentalité (ou multi parentalité), parentalité adoptive, parentalité d'accueil, beau-parentalité, grand-parentalité, ...

Dans le **champ juridique**, le droit civil reconnaît uniquement le concept de parenté. Le terme de parentalité peut être utilisé lorsqu'il est question d'autorité parentale et de droit des parents (Lamboy, 2009).

Dans le **champ de l'action politique et sociale**, la parentalité est associée à la fonction parentale. Ce champ tient compte des responsabilités juridiques, des responsabilités morales et des responsabilités éducatives. Cette logique d'intervention vise à soutenir les familles et à protéger les intérêts des enfants (Lamboy, 2009).

On pourrait dire que les deux champs cités ci-dessus représentent la dimension objective de la parentalité et notamment ses droits et ses devoirs.

Dans le **domaine psycho-affectif**, le terme parentalité renvoie aux pratiques parentales mises en œuvre dans l'éducation des enfants et prend donc une signification plus restreinte (Lamboy, 2009). Dans la littérature anglaise, on retrouve deux notions concernant la parentalité : « parenthood » et « parenting ».

« Parenting » est rattaché à la question « qui est le parent ? » et semble plus se rapprocher des différents champs cités plus haut. Le domaine psycho-affectif semble être associé au terme « parenthood » qui se rattache plutôt à la question « que fait le parent ? ».

Chaque champ présenté ci-dessus associe des représentations et des approches différentes de soutien à la parentalité et fait ainsi de la parentalité un champ riche et complexe.

1.2.2 Les trois axes de la parentalité

D. Houzel définit trois dimensions au « fait d'être parent » :

Celle de « **l'exercice** », qui renvoie à la définition juridique de la Parentalité. C'est celui qui organise la parentalité en situant chaque individu dans ses liens de parenté et en y associant des droits et des devoirs (Houzel, 2002). On pourrait penser que cela renvoie à la dimension commune de la parentalité, à ce qui rassemble tous les parents. Ça serait regarder la parentalité d'un point de vue objectif.

Celle de « **l'expérience** » d'être parent, qui renvoie plus à un sentiment subjectif, à un lien vécu avec l'enfant. Deux des aspects de cette dimension méritent d'être mis en exergue (Houzel, 2002) :

- Le désir d'enfant : il énonce que la maturité psychique pleine et entière de l'individu suppose que la vie reçue soit transmise.
- Le processus de transition vers la parentalité ou *parentification*. Cela renvoie aux modifications psychiques qui se produisent chez la mère au cours de la grossesse et du postpartum, ce que Winnicott appelle « La préoccupation maternelle primaire ». On commence aujourd'hui à identifier les modifications psychiques chez les pères au cours de leur transition vers la paternité.

Celle de la « **pratique** », qui renvoie aux actes de prendre soin de l'enfant, d'assurer son éducation. Cette dimension de la parentalité se réfère aux soins maternels apportés aux bébés de Winnicott ainsi qu'à la notion d'attachement de Bowlby. En effet, ces notions parlent des soins parentaux et de la proximité avec ceux-ci comme étant source de besoins primaires pour le développement du bébé.

Cette définition tient compte du côté multidimensionnel de la Parentalité, où des devoirs juridiques viennent s'entremêler avec des états subjectifs.

Selon le Ministère de l'Éducation et de la Santé, « La Parentalité c'est la manière d'exercer, de construire et de vivre au quotidien son rôle de parent » (Ministère de la santé, 2022)

Et « Le soutien à la Parentalité c'est agir avec les parents dans l'intérêt de leur enfant » (Ministère de la santé, 2022).

Le Ministère de l'Éducation et de la Santé relève huit points clés du soutien à la Parentalité (c.f annexe 1) :

- Le soutien à la parentalité reconnaît et valorise prioritairement les rôles, le projet et les compétences des parents : les interventions s'appuient sur les ressources et capacités des parents.
- Le soutien à la parentalité s'adresse à toutes les familles, quels que soient la situation familiale, le milieu social, l'environnement, le lieu de résidence, la présence de handicap ou les références culturelles.
- Le soutien à la parentalité accompagne les parents en intégrant dans cette démarche toutes les dimensions et l'ensemble du contexte de la vie familiale.
- Le soutien à la parentalité propose un accompagnement et un soutien dès avant l'arrivée de l'enfant et jusqu'à son entrée dans la vie adulte.
- Le soutien à la parentalité respecte les principes d'égalité entre les femmes et les hommes dans la parentalité et au sein de la sphère familiale.
- Le soutien à la parentalité permet à chaque parent d'occuper, dans la mesure du possible, sa place dans le développement de l'enfant.
- Le soutien à la parentalité propose des interventions diverses accessibles à toutes les familles sur l'ensemble du territoire et respectueuses des principes de neutralité.

Je pense très important, pour tout professionnel pratiquant auprès des parents, de tenir compte de ces points clés de soutien à la parentalité, afin de pratiquer de la manière la plus juste et éthique possible.

Le psychomotricien, en tant que professionnel paramédical, peut intervenir dans la prise en charge des enfants porteurs de handicaps, qu'il soit sensoriel, moteur, génétique ou acquis. L'objectif est d'accompagner les parents dans les interactions avec leur enfant et de favoriser l'éveil psychomoteur. En travaillant sur le corps dans sa globalité, le psychomotricien soutient et fait émerger les possibilités du jeune enfant.

1.2.3 L'annonce du diagnostic

« Lorsque arrive au monde un enfant « pas comme les autres », c'est tout l'univers d'une famille qui bascule. » (Korff-Sausse, 2007)

L'apparition d'une maladie peut entraîner un bouleversement significatif dans la vie d'une personne. Que ce soit une maladie soudaine ou affection chronique, elle peut modifier radicalement la trajectoire existentielle. Les symptômes peuvent se manifester de manière progressive, ou bien surgir brusquement, mais dans tous les cas, ils ont un impact sur la santé physique ou mentale. L'annonce du diagnostic peut provoquer un choc émotionnel, susciter des questions sur l'avenir et entraîner des ajustements dans la vie quotidienne. Le traitement qui suit le diagnostic peut également être un facteur déterminant dans la façon dont la personne gère la maladie et s'adapte à sa nouvelle réalité.

Il est important que les patients reçoivent un soutien adéquat lors de ces moments de transition. La compréhension, l'écoute et l'accompagnement des professionnels sont essentiels pour les aider à faire face aux changements et à maintenir une qualité de vie aussi élevée que possible.

Dans tous les cas, il est question d'un avant et d'un après selon lequel la manière de vivre ne pourra plus être ce qu'elle était et à plus forte raison lorsque le pronostic vital est engagé. Ceci est vrai pour le patient et pour son entourage. La vie émotionnelle et affective va être plus ou moins perturbée pour le malade, mais aussi pour ceux qui l'entourent.

Lors de l'annonce d'un diagnostic, Bury en 1982, parle de « *rupture biographique* ». Une rupture biographique confronte le sujet à une remise en question de ce qui, auparavant, faisait sens pour lui. Dépassant les limites de son adaptabilité, cette rupture met à l'épreuve les composantes cognitives, affectives, émotionnelles et/ou relationnelles de son identité (du Breil de Pontbriand & Brugailière, 2019). Cette rupture biographique représente le deuil des capacités actuelles, de certains rôles et des pertes à venir (projet familial, sportif, professionnel). On pourrait penser que cette rupture biographique se joue aussi pour un parent qui apprend le diagnostic de son enfant.

Dans l'étude de cas présentée dans la troisième partie, la famille apprend le diagnostic d'un syndrome génétique de l'enfant et dans un même temps que le père est également porteur de la maladie. Nous le verrons par la suite, ce syndrome génétique provoque de nombreuses difficultés motrices et cognitives dans le développement. Nous pouvons penser que cette annonce engendre un double bouleversement pour les parents : une rupture biographique concernant la vie de leur fils, mais également dans la vie de parent.

En tant que parent, il est possible que la confiance en soi et l'estime de soi diminuent. Certains auteurs parlent de sentiment d'étrangeté, de perte de sentiment de reconnaissance de son identité propre, de crise identitaire. On retrouve également une grande incertitude et une diminution considérable du sentiment de contrôle. En effet, la maladie engendre des doutes, et met le patient face à l'inconnu. Le patient et/ou le parent peut s'appuyer sur le professionnel pour espérer avoir des réponses à ses questionnements, afin de pouvoir anticiper l'avancée de la maladie.

Ces bouleversements, cette coupure dans le fil de la vie et ces angoisses imposent donc un travail d'acceptation. L'acceptation de la maladie est semblable au travail de deuil et on y retrouve les mêmes étapes. Le processus de deuil passe souvent par cinq stades émotionnels : le déni, la colère, le marchandage avec la mort, la dépression et l'acceptation. Des étapes du travail de deuil ont été décrites par la psychiatre et psychologue Elizabeth Kübler Ross en 1976, pour les patients en fin de vie (c.f. en annexe 2)

1. **Le choc** : le patient est surpris, voire angoissé. L'attitude adéquate du soignant serait de le soutenir, de l'aider à se retrouver en privilégiant l'écoute, la reformulation.
2. **La déni** : le patient est détaché, il banalise la maladie, il rejette la menace. L'attitude adéquate du soignant serait d'instaurer un climat de confiance, chercher en quoi le patient se sent menacé en l'amenant à s'exprimer sur ce qu'il vit.
3. **La révolte** : le patient est agressif et revendicateur. L'attitude adéquate du soignant serait de chercher l'objet de la révolte et ne pas s'y opposer.
4. **Le marchandage** : le patient est collaborant et manipulateur. L'attitude adéquate du soignant serait de négocier sur les points secondaires.
5. **La dépression** : le patient est triste, méditatif. L'attitude adéquate du soignant serait de renforcer l'écoute active, respecter les larmes, susciter un projet.

6. **L'acceptation** : le patient est tranquille, collaborant. L'attitude adéquate du soignant serait de renforcer la formation personnalisée du patient.
7. **La résignation** : le patient est passif, docile. L'attitude adéquate du soignant serait d'éviter de renforcer la résignation, mettre l'accent sur les comportements positifs du patient, lui fixer des objectifs modestes.
8. **La pseudo acceptation** : le patient refuse consciemment de se sentir malade. L'attitude adéquate du soignant serait de tenter de rejoindre le niveau émotionnel en abordant les problèmes liés à la maladie, afin d'ouvrir une brèche pour que les patients parviennent à exprimer leurs sentiments.

Le stade 6 (l'acceptation) peut être remis en cause à chaque nouvelle manifestation de la maladie. Les stades 7 (la résignation) et 8 (la pseudo-acceptation) correspondent à des échecs de travail de deuil.

Selon S. Korff-Sausse, le handicap de l'enfant provoque, chez les parents, une blessure narcissique, qui atteint l'enfant imaginaire, prolongement du narcissisme parental. Il semble important de porter notre attention sur la façon dont le parent regarde ce bébé malade ou abîmé. De manière générale, le bébé devient un lieu de refuge de leur narcissisme infantile, chargé de réparer toutes les blessures et de combler tous les manques, il est à la fois l'enfant qu'ils ont été et l'enfant merveilleux qu'ils auraient aimé être (Korff-Sausse, 2007). Pour S. Korff-Sausse, l'enfant handicapé n'offre pas ce lieu sûr. On pourrait penser que l'appréhension et l'appréciation de la maladie modifieraient les propositions du parent face à son enfant. En effet, le parent pourrait être submergé par le traitement et les difficultés rencontrées au quotidien et passerait à côté de simples moments de complicité et de relation autour d'un jeu avec son enfant. Le professionnel est là aussi pour permettre au parent de prendre de la distance et du recul sur la situation.

Tels sont les aspects particuliers de la parentalité lorsque l'enfant porte un handicap : le traumatisme, la blessure narcissique, le deuil impossible de l'enfant imaginaire, un remaniement de l'identité, un risque de dépression ou de somatisations (Korff-Sausse, 2007).

Il est important de reconnaître que cette rupture émotionnelle est normale et qu'il existe des ressources et un soutien disponible pour aider les individus et leurs proches à faire face à cette période difficile. Le dialogue ouvert avec les professionnels de santé, les groupes de soutien et les amis peut contribuer à atténuer l'impact émotionnel de l'annonce du diagnostic.

1.2.4 Donner du temps, donner le temps

La maladie bouleverse le rapport au temps. Elle vient briser le vécu fluide du temps. Il y a une rupture dans l'existence du sujet et une perturbation du sentiment de continuité de soi. Il y a un avant et un après diagnostic.

Il y a un impératif du moment présent, et une convocation de la douleur. Dans ce rapport au temps, il y a une alternance des sentiments, des émotions. La maladie s'installe dans la durée et place le patient dans l'incertitude. On pourrait également penser que ce sont des émotions par lesquelles les parents peuvent passer à l'annonce du diagnostic de leur enfant.

Grimaldi propose différents temps (Grimaldi, 2006) :

- Temps de la rupture : Chaque geste et mot se gravent dans la mémoire des patients. Ce sont souvent les mots et les gestes présents à l'annonce du diagnostic qui provoquent cette rupture.
- Temps du deuil : semblable au travail d'acceptation (travail psychique nécessaire) avec les mêmes étapes que le deuil, décrites plus haut. Cet auteur remarque que les patients vont parler au passé (à l'imparfait), ce qui montre qu'il y a eu une rupture et comme si toutes les dimensions avaient été arrêtées.
- Temps compté : le patient se provoque des défis, des recherches de sensations fortes. La maladie vient annoncer que la vie sera brève, on voit les conduites à risque apparaître et prouver que le moi non malade est plus fort que le moi malade.
- Temps de la prévention : Grimaldi évoque l'importance de la capacité à projeter dans l'avenir. Cela implique des changements de comportements. Il faut que le patient soit capable de se projeter, il doit être convaincu que le traitement va permettre de réaliser ses choix de vie.
- Temps du changement : ce temps va nécessiter un temps de prise de conscience, de réflexion, d'évaluation, d'hésitation, ...
- Temps de l'angoisse : on peut remarquer du déni de la part du patient. Le malade ayant confiance en ses capacités, qui atteint les objectifs fixés, transforme son angoisse en soulagement, voire en plaisir de contrôler sa santé. Vient alors le temps de la sérénité.

- Temps perdu : en fonction du style cognitif des patients, les traitements ne sont pas vécus de la même façon. Le but ultime est de transformer les contraintes du traitement en routine quasi automatique.
- Discordance des temps : « il est essentiel de savoir perdre du temps pour en gagner ». On retrouve une discordance entre le temps du médecin et celui du malade et cela peut prendre des années. Le médecin fonctionne sur une autre temporalité et connaît l'histoire de la maladie et veut assurer les complications. Il est dans une course de vitesse et il n'y a pas de temps à perdre et il a beaucoup de patients, il est donc très pressé. Le patient lui, est sur une autre temporalité, il ne se joue pas les mêmes choses pour lui.

En tant que professionnels du paramédical, nous sommes amenés à rencontrer et accompagner certains patients tout au long de ce travail d'acceptation. Tous les patients ne passent pas par toutes les étapes, cela dépend d'une multitude de facteurs, notamment l'histoire de vie de chacun. Le professionnel se doit de respecter cette temporalité du patient et de l'accompagner au mieux lors de chaque étape.

La temporalité est un facteur essentiel d'une possibilité de développement psychique. Ce temps, dans le cadre de soin à plusieurs dimensions (Blazy & Mauvais, 2008) :

Le temps global : où s'inscrit le cadre, le rythme d'une succession de rencontres, dans un travail au long cours. Cette régularité, ce retour des temps de rencontre et de soins permettent de faire vivre et d'intérioriser ce sentiment de continuité d'existence. La perspective du temps qui s'enracine sur les étapes progressives, c'est la possibilité donnée au déploiement de l'attention du soignant qui recueille les éléments alimentant peu à peu une meilleure compréhension : possibilité pour l'enfant, son parent, d'une perspective pour inscrire sur un avenir les chances d'autres découvertes, d'autres développements (Blazy & Mauvais, 2008).

Le temps à l'intérieur de chaque séance (Blazy & Mauvais, 2008):

- Le temps de l'observation, de la découverte de l'enfant
- Le temps des microrhythmes qui donne une qualité particulière aux échanges entre l'enfant et le soignant, qui permet cet espace intersubjectif, offrant une place différenciée à chacun.
- Le temps laissé à l'enfant pour se découvrir, découvrir le monde, être l'auteur, l'initiateur. « *Chaque bébé a besoin de son temps ainsi que de son rythme personnel*

pour initier, développer et faire aboutir l'action dans laquelle il s'est engagé. La continuité du mouvement libre, autorégulé, mais en relation avec son entourage, lui permet de constituer une continuité psychique dans la pensée ainsi que dans le sentiment d'existence et d'unité de soi. » (Blazy & Mauvais, 2008)

En tant que psychomotriciens, nous pourrions également parler de la temporalité propre du parent. D'une part, chaque famille a son propre rythme, ses habitudes et ses contraintes. Il est important de collaborer avec les parents pour comprendre leurs disponibilités. De plus, établir une communication ouverte leur permet de mieux comprendre leurs besoins et leurs attentes.

Etre flexible et compréhensif avec le parent semble important. Trouver des solutions ensemble et faire preuve d'empathie contribue à renforcer la relation de confiance entre parents et professionnels. Les parents vont avoir besoin d'un soutien continu, ils peuvent oublier certaines informations ou avoir besoin d'un rappel. La répétition assure une compréhension approfondie des sujets importants.

Le temps qui est donné pour l'enfant lui-même et dans la relation nous paraît un élément important pour tout enfant atteint ou non dans son développement. Il semble que le handicap pousse parfois parents et soignants à d'autant plus « presser le pas » pour rattraper le « retard » (Blazy & Mauvais, 2008). Il va falloir certainement avoir l'impression de perdre du temps du temps, pour en gagner.

Du côté du soignant, il est souvent difficile de se donner le temps, en raison de ces doutes, de ces découragements, de cette « dépression » devant des progrès parfois si lents, avec des inquiétudes concernant les aspects psychopathologiques, les limites du développement de l'enfant. (Blazy & Mauvais, 2008). C'est là qu'il semble bénéfique de pouvoir s'appuyer sur un réseau de professionnels et de continuer à se former. Quel que soit le lieu de profession, nous pouvons rencontrer ces difficultés.

1.3 La rencontre avec le parent en tant que psychomotricien

1.3.1 Circonstances de rencontre

Dans un premier temps, il me semble primordial de reprendre les termes employés dans le décret d'acte du psychomotricien afin d'identifier les actions de celui-ci. Le décret n° 88-659 du 6 mai 1988 régit la pratique des soins de psychomotricité en France. Le psychomotricien est habilité à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants :

- Bilan psychomoteur
- Rééducation psychomotrice
- Relaxation psychomotrice
- Stimulation psychomotrice
- Guidance parentale
- Conseil et éducation thérapeutique

En tant que psychomotriciens, nous avons l'occasion d'aller à la rencontre du parent lors de nombreuses situations. Le psychomotricien est habilité à intervenir dans de nombreux domaines.

Tableau 1 : **DOMAINES D'INTERVENTION DE LA PSYCHOMOTRICITÉ (TIRÉ DE RIGAL ET ABI-NADER, 2009)**

ÉDUCATION Assurer un développement harmonieux		RÉÉDUCATION Rétablir un fonctionnement harmonieux	
Développement moteur	Apprentissages scolaires	Scolaire	Sociale
Schéma corporel Tonus musculaire Coordinations motrices Latéralité	Apprentissage des concepts par l'action motrice Fonctions perceptives, spatiales et temporelles L'action avant la pensée	Difficultés ou troubles des apprentissages (langage oral, écrit, mathématiques)	Difficultés ou trouble du comportement ou socioaffectifs Rétablir la relation avec les autres

Le psychomotricien est un auxiliaire du médical intervenant dans des domaines de l'éducation, de la prévention et du soin. Il fonde son intervention sur le mouvement, l'action, la communication verbale et non verbale, les émotions et les représentations. Il accompagne la personne dans sa capacité à percevoir, agir, être et symboliser (Giromini et al., 2022c). Les

psychomotriciens travaillent souvent avec des personnes de tous âges, notamment les enfants, les adolescents et les adultes, pour les aider à développer leurs compétences motrices, émotionnelles et cognitives. Leur rôle est essentiel pour favoriser le bien-être et l'autonomie des patients.

Ses missions sont très diversifiées ; il intervient auprès de personnes ayant des troubles développementaux et/instrumentaux, des pathologies somatiques et/ou psychiques ou encore lors d'une situation de handicap.

On peut retrouver le psychomotricien dans de nombreuses structures. Le soin psychomoteur permet le développement et le maintien des capacités psychomotrices de chaque sujet dans le but de soutenir les dimensions affectives, motrices et cognitives, et ainsi éviter l'aggravation du trouble de l'apparition des comorbidités psychoaffectives (Valentin-Lefranc & Pavot-Lemoine, 2015). Ces structures peuvent être des établissements hospitaliers (publics ou privés), des structures spécialisées dans le secteur médico-social (IME, SESSAD, Ehpad, ITEP ...) ou encore des centres de rééducation et de réadaptation.

Le psychomotricien exerce également en profession libérale (celle-ci sera décrite dans une prochaine partie). Son objectif est de rétablir les facultés psychomotrices des personnes qu'il reçoit afin d'améliorer leur intégration dans leur environnement social. Le psychomotricien en libéral accompagne en majorité des enfants et adolescents. La proposition du cabinet libéral offre une place particulière à chaque parent. Le psychomotricien et le parent travaillent en collaboration lors de la prise en charge de l'enfant.

Le psychomotricien exerce également dans le domaine de la prévention, dans les structures d'accueil du jeune public ou encore dans la PMI. Lorsque le psychomotricien intervient au sein de ces structures, il est amené à rencontrer le parent du jeune enfant.

On note aussi la présence du psychomotricien dans l'univers de l'entreprise afin de prévenir les troubles psychosociaux et musculosquelettiques à travers l'aménagement des espaces, la relaxation et d'autres médiations adaptées (Valentin-Lefranc & Pavot-Lemoine, 2015).

Le psychomotricien en soins palliatifs intervient auprès du patient afin principalement d'atténuer ses douleurs physiques et psychiques, mais accompagne également la famille (Valentin-Lefranc & Pavot-Lemoine, 2015).

Depuis 2017, la formation du psychomotricien intègre la formation à l'éducation thérapeutique du patient (ETP). L'éducation thérapeutique du patient s'adresse aussi bien à

celui-ci qu'à sa famille. Elle est proposée à n'importe quel âge et pour tout handicap ou maladie chronique. Elle offre la possibilité au patient de mieux comprendre sa maladie et d'être acteur de celle-ci. Elle lui permet entre autres de mieux comprendre ses manifestations corporelles, au travers de sa maladie et de prendre confiance en ses capacités. En impliquant le parent, l'ETP offre également la possibilité d'être acteur et de soutenir leur enfant avec un certain savoir-faire et de nouvelles connaissances sur la maladie et/ou le handicap. Elle propose une approche globale de la personne malade avec une prise en compte des répercussions sociales et psychologiques de la maladie.

Vignette clinique – Situation de stage

Tout au long de mon parcours en tant qu'étudiante, j'ai eu l'opportunité de découvrir différents lieux de stages (IME, SESSAD, ITEP, cabinet libéral, ...). J'ai pu me familiariser avec de nombreux publics, différentes approches et différents espaces de rencontres. En effet, avant la formation en psychomotricité, j'ai réalisé une licence de psychologie. A travers ces deux formations, très complémentaires, j'ai pu croiser les regards et les approches, et notamment sur l'accompagnement à la parentalité.

Toutes ces expériences professionnelles, aussi variées soient-elles, sont venues enrichir mes connaissances sur l'accompagnement du parent en tant que psychomotricien. J'ai pu me rendre compte de l'importance du lien avec celui-ci. Mes différents lieux de stage m'ont énormément questionné sur la place du parent et son rôle dans la prise en charge psychomotrice.

En fonction du lieu de profession du psychomotricien, le cadre spatio-temporel offert au parent sera différent. En fonction de la structure d'accueil, la prise de contact avec le parent semble plus ou moins spontanée. De plus, le temps imparti pour échanger avec lui sera différent.

Cette différence est multifactorielle. En effet, cela peut dépendre de la pathologie de l'enfant, du cadre institutionnel de la structure, des moyens de transport de l'enfant, de la création du lien avec le parent, de la présence ou non du parent dans la prise en charge ...

Au sein d'une structure spécialisée par exemple, l'enfant ne vient pas que pour le temps de séance, mais pour un plus long moment dans sa journée. Il est donc déjà accueilli au sein de la structure lors du début du rendez-vous et reste au sein de la structure à la fin du rendez-vous. Le psychomotricien ne rencontre donc pas le parent. Cette rencontre pourra se faire en dehors des temps de séance de l'enfant.

Lors de ma formation en psychomotricité, j'ai découvert le rôle du psychomotricien au sein d'un SESSAD, accueillant des enfants et adolescents porteurs de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). Lors de celui-ci, j'ai participé à de nombreuses réunions d'échange entre professionnels autour des situations familiales des jeunes de la structure. J'ai également participé à des réunions avec les parents des jeunes : concernant l'orientation du jeune, son évolution, son entrée au sein de la structure, etc. La psychomotricienne de la structure n'avait pas souvent l'occasion de rencontrer les parents de manière quotidienne et spontanée. En effet, il fallait prévoir les rendez-vous en amont.

Cependant, la structure organisait beaucoup de réunions d'échange pluridisciplinaire ; et les questionnements de ces derniers et également ceux des parents étaient posés à ce moment-là. Au sein des structures, l'accompagnement à la parentalité peut se faire sous la forme d'une rencontre organisée ou encore par l'intermédiaire d'un autre professionnel que le psychomotricien. La création du lien et l'alliance thérapeutique sont cependant tout à fait présentes et cohérentes.

1.3.2 Recommandations HAS – Trouble du neurodéveloppement

En Mars 2012, la Haute Autorité de Santé a préconisé des recommandations de bonnes pratiques auprès des enfants présentant un trouble envahissant du développement (TED). En tant que psychomotriciens nous rencontrons régulièrement des enfants atteints de TED et nous sommes habilités à proposer cet accompagnement.

« Les TED sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations. » (Haute Autorité de Santé, 2012)

Les enfants et adolescents atteints de TED peuvent présenter des troubles psychomoteurs et ainsi bénéficier d'un suivi en psychomotricité.

« Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à

rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. » (Haute Autorité de Santé, 2012)

Les recommandations sont au nombre de six :

1. Place de l'enfant/adolescent et de sa famille
2. Evaluation du développement de l'enfant/adolescent et de son état de santé
3. Eléments constitutifs du projet personnalisé d'interventions
4. Interventions
5. Organisation des interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées et du parcours de l'enfant ou de l'adolescent
6. Actions futures : le développement des études de recherche

Nous allons nous intéresser à la première recommandation et plus précisément à la place des parents. La HAS donne une place primordiale aux premiers échanges entre le parent et le professionnel permettant ainsi de nouer une relation de confiance. D'après l'HAS, cela assure un accompagnement de qualité (Haute Autorité de Santé, 2012).

Les recommandations établissent de prendre en compte les situations familiales dans toute leur diversité (culturelles, sociales, économiques) et toute leur complexité (Haute Autorité de Santé, 2012)

L'HAS recommande également que le parent doive participer au projet personnalisé d'intervention de son enfant, soit l'objet d'une co-élaboration. Il est essentiel que les parents comprennent clairement les objectifs spécifiques des interventions prévues pour leur enfant. Cela peut inclure des objectifs éducatifs, thérapeutiques, sociaux ou autres. La communication transparente avec les parents permet de s'assurer qu'ils comprennent les attentes et les bénéfices attendus pour leur enfant. Les parents doivent aussi être informés des méthodes et des moyens utilisés pour atteindre les objectifs.

Il est important d'obtenir l'accord des parents. Ils doivent être impliqués dans le processus décisionnel et avoir la possibilité de poser des questions, d'exprimer leurs préoccupations et de donner leur consentement éclairé. Leur participation active renforce la qualité de l'accompagnement.

Il est recommandé de faciliter l'écoute et le soutien des parents et de leur proposer différentes modalités d'appui (Haute Autorité de Santé, 2012).

Exemple de la guidance parentale

La guidance parentale est une méthode relativement récente, dont le précurseur est S. Lebovici. Elle s'adresse aux parents en les considérant comme co-thérapeutes dans la résolution des difficultés avec leurs enfants.

Soutenir le parent dans ses difficultés, lui offrir la possibilité de se rendre acteur des changements à opérer pour lui-même, dans une prise de conscience des répercussions pour sa famille, lui permettront de reprendre confiance en ses capacités éducatives et de parent. (Sanchez, 2009).

L'objectif de la guidance parentale est de favoriser le lien parent/enfant et de soutenir la parentalité dans ce cadre particulier du handicap, et d'éviter le surhandicap (comme des troubles du comportement ou des apprentissages plus réactionnels au problème initial et relationnel). La guidance parentale constitue une part non négligeable des consultations infantiles qui s'associe souvent de façon indispensable au suivi proprement dit de l'enfant (Amoretti et al., 2015).

La non-prise en compte de cette dimension peut rendre inefficace la meilleure prise en charge possible, conduite à l'abandon du suivi thérapeutique par la famille, voire même à des malentendus néfastes pour l'enfant. Pour autant, la guidance parentale ne s'impose pas constamment (Amoretti et al., 2015).

Ces échanges et/ou entretiens sont soit proposés aux parents par le professionnel, soit les psychomotriciens sont sollicités par les parents eux-mêmes. L'enfant ainsi que les deux parents peuvent être présents, ou l'entretien peut se faire sans l'enfant et/ou avec un seul des parents. Ces modalités de rencontre peuvent être prévues à l'avance soit amenées au cours de la prise en charge par le psychomotricien avec diplomatie et sincérité.

Il s'agit plus d'une posture, d'une écoute et d'une attitude du psychomotricien favorisant la collaboration avec les parents. Le psychomotricien va être sensible à la disponibilité du parent et proposera des adaptations. La guidance parentale accompagne le parent vers une compréhension du handicap, et précisément celui de son enfant. Il va orienter le parent dans son rôle de parent en tenant compte du contexte familial.

La guidance parentale peut être proposée dans tous les lieux de travail du psychomotricien et à différents âges de la vie de l'enfant. L'intervention du psychomotricien doit rester centrée sur l'enfant, mais intègre la famille et l'environnement. Il s'agit pour le

psychomotricien de proposer son savoir-faire au profit d'un meilleur développement de l'enfant et afin de le transmettre au parent (Amoretti et al., 2015).

Des entretiens ou des moments d'échange peuvent prendre beaucoup de place et d'importance au cours des séances en psychomotricité d'un enfant ou d'un adolescent. La question se posera entre les maintenir dans le cadre de cette prise en charge ou la pertinence de proposer une autre prise en charge avec un psychothérapeute.

2. Le cabinet libéral et la profession psychomotrice

2.1 Le psychomotricien en libéral

2.1.1 Définition

Selon l'ordonnance n°2023-77 du 8 février 2023 relative à l'exercice en société des professions libérales réglementées :

« Les professions libérales réglementées regroupent les personnes exerçant à titre habituel, de manière indépendante et sous leur responsabilité, une activité ayant pour objet s'assurer, dans l'intérêt d'un client, du patient et du public, des prestations mises en œuvre au moyen de qualifications professionnelles appropriées. Ces professions sont soumises à un statut législatif ou réglementaire ou leur titre est protégé. Elles sont tenues, quel que soit le mode d'exercice de leur profession et conformément aux textes qui régissent son accès et son exercice, au respect de principes éthiques ou d'une déontologie professionnelle susceptibles d'être sanctionnés par l'autorité compétente en matière disciplinaire. » (La DAJ, 2023).

Pour l'application de la présente ordonnance, les professions libérales réglementées sont regroupées en trois familles, le psychomotricien est inscrit dans celle des professions de santé réunissant les professions libérales réglementées mentionnées à la quatrième partie législative du code de la santé publique ainsi que des biologistes médicaux.

Selon le code de la santé publique,

« Est considéré comme exerçant la profession du psychomotricien toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes professionnels de rééducation psychomotrice, définis par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

Les psychomotriciens exercent leur art sur prescription médicale » (République Française, 2000)

Le psychomotricien en libéral propose sa pratique à des patients ayant des difficultés d'adaptations dans une dimension perceptivo motrice, sous prescription médicale. La profession libérale en tant que psychomotricien demande un cadre précis à maintenir.

2.1.2 Le cadre

Le cabinet libéral nous amène à penser que la question du cadre est d'autant plus présente et importante au sein de celui-ci. En effet, le psychomotricien en libéral n'est pas régi par un cadre institutionnel déjà établi. Il doit proposer un cadre qui lui est propre. Il lui est essentiel de maintenir du lien avec les autres professionnels autour de l'enfant afin d'être le plus cohérent possible dans ses prises en charge.

“Le cadre d'une activité, quelle qu'elle soit, c'est ce qui définit le lieu et le temps de cette activité.” (Potel Baranes, 2019b)

Ainsi C.Potel définit le cadre thérapeutique comme quelque chose qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique fait partie de notre cadre (Potel Baranes, 2019b).

La cadre thérapeutique est donc la toile de fond du psychomotricien. Il est nécessaire et indispensable d'en établir un, lors de la prise en charge d'un patient. Il doit être stable et durable, mais doit pouvoir être adapté selon les situations. Un cadre thérapeutique comprenant des éléments invariants ne doit pas être synonyme de rigidité. En effet, il est question de contenance et de souplesse et non de rigidité.

La prise en soin en psychomotricité nécessite un cadre, quelque chose de contenant, de permanent au sein duquel le processus thérapeutique peut avoir lieu. Le psychomotricien doit s'adapter au patient, trouver la bonne distance, etc... Et à côté de ses capacités « internes », il peut s'appuyer sur un cadre « externe » comme les rituels. Ces rituels viennent marquer concrètement différents temps de séance. Les rituels et le cadre thérapeutique sont des éléments essentiels dans une prise en charge psychomotrice. Ils permettent de poser des limites protectrices et contenantantes, d'établir un lien de confiance, un lien intersubjectif (rituel propre à chaque patient). Ils permettent d'investir au mieux chaque temps de la séance et de rendre l'exploration la plus libre possible.

En reprenant le terme de contenance utilisé plus haut, on pourrait dire qu'il semble essentiel dans la pratique psychomotrice afin que le psychomotricien soit le plus sécurisant, apaisant et solide possible.

Pour Catherine Potel, la contenance évoque de mettre en réflexion ce travail du

thérapeute avec ses moyens personnels, ses techniques spécifiques, sa personnalité, ses choix théoriques, etc. (Potel Baranes, 2019b). En effet, c'est toutes ces propositions faites au patient qui vont faire du cadre ce qu'il est et comment il tient. Le psychomotricien va devoir faire appel à des ressources internes de qualité.

La contenance en psychomotricité tient compte des qualités d'expression corporelle du psychomotricien. Tant la posture, la tonicité, le regard que la prosodie et le ton de la voix vont venir soutenir cette proposition de cadre contenant qui offre le psychomotricien. Cette attitude du psychomotricien lors des rencontres avec le patient fait partie du cadre proposé et doit essayer d'être maintenue.

C.Potel définit le mot *contenir* comme un travail long, difficile, qui demande du ressort, une implication corporelle et psychique de tout instant, et des moyens de compréhension théoriques pour saisir les tenants et aboutissants de la relation thérapeutique au travers du jeu psychomoteur (Potel Baranes, 2019b).

C.Potel propose cinq conditions au cadre thérapeutique, en tant que psychomotricien :

- ❖ Des conditions d'espace : pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps.
- ❖ Des conditions de matériel : le psychomotricien implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix de ses objets – jeux, tissus, coussins, matières, couleur – qui sont autant de supports aux intégrations et à l'imaginaire.
- ❖ Des conditions de temps : une séance où il va s'agir de jouer, d'organiser l'espace, de bouger son corps, demande une durée suffisante (entre 45 minutes et 1 heure, selon les indications et le cadre) et une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères.
- ❖ Des conditions d'encadrement : le psychomotricien peut travailler seul, en équipe, à deux, en coanimation. La mise en place d'un travail pluridisciplinaire est toujours d'une grande richesse, tant pour les patients que pour les thérapeutes.
- ❖ Des conditions de fonctionnement institutionnel : un cadre thérapeutique s'intègre dans une institution qui a un projet global pour les patients, s'appuie sur le travail d'une équipe où chacun est censé avoir sa place et sur un certain

nombre de règles qui lui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée.

Vignette clinique – Le cadre au sein de mon lieu de stage

Au sein de mon lieu de stage, les séances durent 45min chacune. Dans ce temps imparti, 5 minutes sont privilégiées pour échanger avec le parent. Ce temps est habituellement prévu pour la fin de séance. Le psychomotricien fait appel à une souplesse d'adaptation. Il doit repérer quel est le besoin d'écoute du parent au moment de la rencontre. Le cadre peut donc être modifié ou adapté à la situation, si le parent semble avoir besoin d'échanger en début de séance. Des temps peuvent également être proposés en dehors des séances si cela semble nécessaire pour le parent ou pour le psychomotricien.

La salle du cabinet se trouve au fond d'un couloir, et propose une salle d'attente. L'aménagement de la salle reste la plupart du temps inchangé. La salle de psychomotricité présente un espace bureau, un grand espace de jeu plus ou moins libre, et un placard avec le matériel, réservé à la psychomotricienne. Cette mise en place permet à l'enfant de retrouver ses repères, ainsi de pouvoir se représenter celle-ci en amont.

Lors des suivis réguliers, chaque patient a un créneau qui lui est réservé au sein de la semaine. Cette proposition permet ainsi au patient et à son parent de se créer des repères, et de pouvoir anticiper le rendez-vous. Ce créneau réservé permet également à ce dernier de se sentir attendu dans un espace spatio-temporel.

L'installation de conditions favorables aux interactions de qualité engage les parents, l'enfant et la psychomotricienne à s'ajuster chacun avec ses ressources. Ensemble, nous testons comment nous adapter aux besoins de l'enfant, comment disposer le matériel, pour qu'à partir du mouvement il apprenne à se connaître (Ritter, 2023).

Le cadre mis en place dans un cabinet libéral de psychomotricité permet de poser des circonstances propices à l'accueil du patient. Ce n'est que dans un climat favorable que le travail en collaboration et la relation de confiance entre le psychomotricien et le patient pourront être entretenus.

2.1.3 L'alliance thérapeutique

Selon Jacques Corraze, l'alliance thérapeutique peut se définir comme une collaboration entre le thérapeute et son patient.

Il est nécessaire de s'accorder sur les buts et les résultats attendus. L'instauration d'une relation de confiance et d'une alliance thérapeutique doit se faire rapidement, afin que le projet de soin puisse se dérouler au mieux pour le patient et le soignant. Il s'agit pour nous de permettre à l'enfant de trouver des ressources et des appuis psychomoteurs avant sa sortie. Dans le cas d'un accompagnement en pédiatrie, il est important de prendre en compte les relations avec les membres de la famille et parfois le milieu éducatif (Petitot, 2022).

L'alliance thérapeutique est un socle important dans la prise en charge en psychomotricité. Elle est propre à chaque relation patient-thérapeute et les places comme deux partenaires dans la prise en charge (Petitot, 2022).

Marc-Simon Drouin a élaboré des techniques favorisant l'alliance thérapeutique (Drouin, 2021) :

- ➔ Les techniques liées à l'entente sur les objectifs thérapeutiques : il préconise en tant que professionnel, de s'assurer que les objectifs thérapeutiques sont compris et acceptés par le patient et qu'ils soient les mêmes que pour le professionnel. Il s'agit de reformuler si besoin. Il tient compte également de l'importance de la participation active du patient au processus thérapeutique.
- ➔ Les techniques liées aux aspects relationnels de l'alliance thérapeutique : il met en avant l'importance de fournir au patient un regard positif, celui-ci est à ajuster en fonction de la situation. Certaines ruptures d'alliance sont causées par l'incapacité du thérapeute à offrir un niveau de regard positif minimal et essentiel pour supporter l'expérience du patient (perte de patience, agacement, ...)
- ➔ Les techniques liées à la gestion du contre-transfert : le thérapeute doit avoir développé une capacité d'introspection et d'intégration des diverses facettes de sa personnalité afin de se rendre plus disponible au patient. Il doit pouvoir gérer ses réactions internes et subjectives en thérapie.

En cabinet libéral, ces techniques sont essentielles et constamment présentes. En effet, là où l'alliance thérapeutique peut s'avérer plus difficile avec un enfant ayant une pathologie lourde, la relation avec son parent est inévitable. Le psychomotricien en libéral fera appel constamment à ces ressources afin de maintenir le lien et la relation de confiance.

L'empathie

En France, c'est un terme très employé en psychologie et en psychopathologie. Dans le Dictionnaire de Psychologie, Roland Doron, parle d'une « *institution de ce qui se passe dans l'autre, sans oublier toutefois qu'il est soi-même, car dans ce cas il s'agirait d'identification* » (Lebovici & Moro, 2009).

L'empathie s'apparente à comprendre ce que l'autre ressent, sans pour autant ressentir ou penser la même chose. L'empathie désigne la capacité que nous pouvons avoir à comprendre ce qu'autrui ressent ou pense, bien que de notre côté on n'éprouve pas, on n'en ressent pas et on ne pense pas pareil. Elle suppose une suffisante séparation, différenciation entre soi et l'autre. C'est cette différenciation qui nous permet d'être attentifs à la souffrance d'autrui et de développer des capacités à lui venir en aide. C'est ce que l'on appelle le souci d'empathie. Donc le souci d'empathie c'est cette capacité à aider, à apaiser, à reconforter autrui, à contenir sa souffrance. On arrive à faire ceci si nous n'éprouvons pas cette souffrance.

L'empathie est essentielle en psychomotricité. Elle se réfère à la capacité de comprendre et de partager les émotions d'autrui. L'empathie du psychomotricien se manifeste à travers sa posture psychocorporelle, favorisant la compréhension et l'accompagnement émotionnel des patients.

En tant que professionnel, il semble primordial d'avoir ce souci empathique face à une annonce de diagnostic chez un patient et lors d'un accompagnement. Cette notion d'empathie sera illustrée durant l'étude de cas de ce mémoire.

Cramer a étudié le dialogue entre le thérapeute et le parent dans les psychothérapies mère-bébé. Il suggère qu'approximativement 80 % de la conversation dans les thérapies est non spécifique, et invite à une interaction constante entre le parent et le thérapeute, dans l'espoir d'établir ou de maintenir une relation entre eux. Les 20% restants de la conversation sont plus spécifiques et impliquent une clarification, une explication, une opposition, ou l'interprétation de quelque chose ayant une importance thérapeutique par le patient. (Weatherston, 2003)

Pour Cramer, le thérapeute suscite un dialogue avec le parent, maintient l'interaction par la conversation, développe une compréhension émotionnelle et instaure un certain climat par des gestes, le ton de sa voix, les expressions de son visage, et ses réponses (Weatherston, 2003).

Je comprends à travers les écrits de cet auteur que la relation entre le parent et le professionnel reposerait sur une base d'alliance thérapeutique et de relation de confiance en construction, plus que sur une description ou une analyse de faits ou de comportements.

L'alliance thérapeutique se réfère à la relation de confiance et de collaboration entre le professionnel de santé et le patient. Les psychomotriciens peuvent bénéficier du réseau professionnel pour échanger avec leurs pairs, partager des expériences cliniques et discuter des pratiques utilisées. Ces interactions favorisent le développement des compétences et la réflexion sur l'alliance thérapeutique.

2.1.4 Tissage avec le réseau des professionnels

L'alliance thérapeutique et le tissage avec le réseau de professionnels participent tous les deux à une meilleure prise en charge du patient.

L'intérêt de repérer les besoins de l'enfant précède les propositions de soutien et le choix des objectifs thérapeutiques spécifiques à la psychomotricité. Ces objectifs se doivent d'être discutés avec l'enfant, sa famille et les autres partenaires ; ils doivent s'inscrire dans une dynamique plus générale de l'histoire de vie de cet enfant. Ainsi nous sommes amenés à articuler la prise en charge psychomotrice avec les pédopsychiatres, les psychologues, les orthophonistes, les éducateur/trices, les enseignant/es et autres professionnel/les (Ritter, 2023).

Comme le précise Ritter, l'échange pluridisciplinaire se greffe à la plupart des prises en charge en psychomotricité. Le psychomotricien se trouve avoir une place unique et particulière au sein du milieu paramédical, en effet, il tient compte du patient dans sa globalité. Il n'évalue pas que les symptômes ou les difficultés du patient, mais propose une évaluation de toute la situation en prenant en compte l'environnement et le contexte de vie.

Cette richesse conférée lui permet, à partir de ses différents outils cliniques, d'orienter les patients vers d'autres professionnels quand cela s'avère nécessaire (Raynal et al., 2018).

Le psychomotricien travaillant en libéral est fréquemment amené à orienter les patients vers d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux. Le psychomotricien en profession libérale peut être le premier professionnel du paramédical à rencontrer le patient. Son observation clinique fine peut alors lui permettre de soulever des difficultés du patient nécessitant une prise en charge pluriprofessionnelle ou des examens complémentaires. Le tissage avec un réseau de professionnels est indispensable dans la profession libérale en tant que psychomotricien. De plus, un parent peut venir vers nous pour avoir des conseils sur une autre approche ou une autre profession. Il peut également arriver que le parent et/ou le patient souhaite avoir des recommandations de professionnels. Le psychomotricien peut, dans ce cas, proposer aux parents des noms de professionnels avec lesquels il a l'habitude de collaborer. Cette démarche permet une cohérence dans la dynamique de soin.

Avec sa formation et ses connaissances, il peut repérer certaines anomalies anatomiques (pieds plats, malformations corporelles, déviation de la colonne vertébrale, etc.). Cela permet d'orienter le patient ou son parent vers un professionnel adapté.

En libéral, il est coûteux, mais essentiel de construire puis d'entretenir les liens avec les structures accueillant les enfants, avec les autres professionnels du libéral, par manque de temps notamment. Cependant, un partage des besoins spécifiques de l'enfant et de sa famille vise à améliorer l'accompagnement (Ritter, 2023).

Selon Jaquet et Miermon, « *Le travail en libéral nécessite donc de se créer un réseau de contacts professionnels. Un travail en réseau permet d'éviter « l'isolement » que peut apporter le cadre même de cet exercice. Les réunions dans les écoles sont souvent des moments de rencontres enrichissants. Elles permettent tout d'abord de penser un projet individualisé, personnalisé et commun avec les différents intervenants de l'enfant.* » (Raynal et al., 2018).

Les réunions dans les écoles permettent en effet de créer du lien entre le patient, les parents, les autres professionnels, le milieu scolaire et le psychomotricien. Cela permet également d'améliorer les connaissances sur l'approche psychomotrice auprès des autres professionnels et ainsi de généraliser les méthodes d'accompagnement tout en gardant chacun sa spécificité.

Vignette clinique – Réunion de synthèse et de coordination

Cette réunion est organisée par un lieu de soin accueillant l'enfant, regroupant tous les professionnels concernés par la situation. J'ai eu l'opportunité lors de mon stage, d'assister à cette réunion de synthèse concernant le suivi d'une jeune enfant que j'ai pu suivre tout au long de mon stage en cabinet libéral. Pour cette présentation, je l'appellerai Marie. Le lieu d'accueil de la réunion était un Jardin d'Enfant Spécialisé (JES).

En amont de cette réunion, ma tutrice de stage a eu longuement la mère au téléphone. Cet échange avait pour but de soutenir l'alliance avec la famille afin de tenir compte de leur observation pour en faire part à la réunion. Cet échange a également permis que les parents ne se sentent pas évincés du projet thérapeutique. C'est une façon de remettre le parent au centre du projet. Un compte rendu de la réunion leur a également été fourni.

Étaient présents à cette réunion : la coordonnatrice de l'établissement, l'institutrice de l'enfant, son orthophoniste, son orthoptiste, sa kinésithérapeute, son éducatrice référente, sa psychomotricienne et moi-même. Au sein de cette réunion, chaque professionnelle a pu faire un état des lieux de la situation de Marie. Chacune a mis en avant l'évolution de cette dernière dans le domaine concerné. Nous avons pu échanger sur les acquisitions et les difficultés encore présentes chez Marie. Cet échange, et l'apport de chaque point de vue ont permis de trouver des stratégies d'accompagnement face à des problématiques rencontrées. En tenant compte de toutes les pratiques et des médiations utilisées par les professionnelles, nous avons pu adapter la prise en charge de Marie dès la séance suivante en psychomotricité.

La pluridisciplinarité joue un rôle considérable dans la compréhension du patient. Le psychomotricien travaille en permanence avec le médecin prescripteur, les infirmiers, les aides-soignants, les rééducateurs, les personnels éducatifs et pédagogiques, les travailleurs sociaux, etc (Giromini et al., 2022a). Le psychomotricien en libéral semble finalement se construire au travers de ses relations professionnelles ; cela lui permet de s'enrichir professionnellement et finalement de ne pas être seul comme l'on pourrait le penser.

Lors d'une réunion entre professionnels de santé ou encore lors d'un échange entre deux professionnels autour de la situation d'un patient, le bilan psychomoteur est un appui fondamental. Chaque spécialiste conserve sa spécificité et la met au profit d'une réflexion commune.

2.2 Le bilan psychomoteur, implication du parent

2.2.1 Analyse de la demande et anamnèse

D'après Grabot en 2002, le bilan psychomoteur est l'acte le plus répandu chez les psychomotriciens et est une part essentielle de ce qui constitue son identité. Il a pour objectif de faire état du niveau de développement et de la qualité de la mise en œuvre des fonctions psychomotrices d'un sujet. Il se définit comme un examen, c'est-à-dire une observation minutieuse permettant de déterminer un diagnostic, et est composé de différentes épreuves. (Raynal et al., 2018).

Le bilan psychomoteur se définit comme une démarche de rencontre et l'observation du sujet dont l'objectif premier est de déterminer un diagnostic psychomoteur. Cette démarche associe nécessairement (Raynal et al., 2018):

- Une évaluation essentiellement subjective de l'examineur, basée sur la mise au travail du fonctionnement psychomoteur du sujet dans différentes épreuves, et sur l'appréciation de la nature et la qualité des interactions entre ce dernier, l'évaluateur et plus globalement l'environnement du sujet.
- Une mesure objective des phénomènes ayant motivé le bilan, ou apparaissant au cours de ce dernier, et pouvant constituer un trouble psychomoteur, mesure basée sur l'emploi des tests standardisés.
- Le diagnostic découlant de cette évaluation sera construit à la fois à partir de l'interprétation des tests, de la correspondance entre les résultats des tests, les observations de l'examineur et les informations anamnestiques recueillies, et de la représentation globale de l'examineur se faire de la dynamique psychomotrice du sujet.

Le bilan psychomoteur est l'outil fondamental de tout psychomotricien. Il constitue même le premier acte professionnel répertorié dans le décret de compétence du psychomotricien du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes en rééducation psychomotrice. Il permet d'évaluer les compétences et les difficultés de l'enfant dans les différents domaines tels que la motricité globale et fine, les coordinations, l'équilibre, le tonus, l'orientation dans l'espace et le temps, l'image du corps, les capacités d'attention et la qualité des modes de relations à son environnement. Ce bilan est suivi d'un compte-rendu écrit et oral.

Le premier bilan psychomoteur fut proposé par GUILMAIN en 1948. SOUBIRAN et COSTE nous disent en 1975 que *“les modalités pratiques de l’examen psychomoteur ont pour but l’évaluation méthodique des possibilités sensorielles, pratiques, kinesthésiques, gnosiques et relationnelles de l’enfant, de l’adolescent ou de l’adulte”* (Raynal et al., 2018).

L’examen psychomoteur est donc une spécificité de notre profession, car seuls les psychomotriciens diplômés d’Etat peuvent le faire passer, ce qui fonde l’originalité et l’existence du métier de psychomotricien. Cet examen a la particularité de prendre en compte la globalité du sujet, tenant compte à la fois d’une évaluation subjective et d’une évaluation normée.

Le bilan psychomoteur débute toujours par une évaluation de la situation. Cette première consultation est avant tout un temps d’écoute et d’observation clinique (Giromini et al., 2022b). En profession libérale, ce premier temps est un temps de rencontre entre le patient et le psychomotricien. Si le patient est un enfant, ou si ses difficultés entravent les échanges avec le professionnel, le parent est convié à l’entretien. Il s’agit d’une évaluation qualitative qui peut se compléter par une évaluation quantitative utilisant des tests standardisés lorsque la situation s’y prête. Le psychomotricien recueille toutes les informations nécessaires et possibles afin de comprendre au mieux le développement psychomoteur du patient. L’entretien sera plus ou moins dirigé en fonction des informations recueillies. Le but étant de faire l’anamnèse de la vie du patient afin d’avoir une vision globale de son développement. Il semble essentiel de rassembler toutes informations dès la grossesse, en passant par les étapes du développement psychomoteur et jusqu’à aujourd’hui, afin de mieux appréhender le profil du sujet.

Le psychomotricien s’intéresse également aux examens déjà réalisés du patient, si existants. Avec l’accord de ce dernier, il peut également prendre contact avec les autres professionnels accompagnant l’enfant : l’équipe médicale, paramédicale ou encore enseignante. Ces échanges pluridisciplinaires permettront une meilleure compréhension de la situation ainsi qu’une cohérence de prise en charge.

La coopération du parent lors de l’anamnèse est très importante, celle-ci dépendra notamment de l’alliance thérapeutique tissée avec le professionnel ainsi que de la disponibilité de celui-ci. En effet, ces informations, si précieuses qu’elles soient pour le psychomotricien, représentent une base pour comprendre au mieux la situation et le patient dans sa globalité. Catherine Potel insiste sur l’importance de cette première rencontre et de l’engagement relationnel qui s’y joue. (Potel Baranes, 2019a).

Dans un cadre libéral, la demande vient le plus souvent des parents eux-mêmes, du médecin, ou bien d'un autre professionnel de santé, suivant déjà l'enfant. L'analyse de la demande correspond à la capacité du psychomotricien de s'assurer qu'il va répondre de manière adaptée à la demande. Cela renvoie à nos capacités.

Il est important de préciser que la psychomotricité exerce sous prescription médicale, et qu'elle n'est pas conventionnée avec la sécurité sociale. Il est possible d'avoir des prises en charge avec certaines mutuelles. Le coût de l'entretien et de l'entièreté du bilan psychomoteur en libéral est non négligeable et constitue un des premiers aspects essentiels à nommer lors de la demande.

Le psychomotricien va prendre en compte le contexte dans lequel est faite la demande :

- De qui vient la demande : parents, professeur, médecin
- La nature de cette demande : souffrance, difficultés

Le psychomotricien s'adresse aussi bien aux parents qu'à l'enfant, en explicitant le cadre de la rencontre et en reformulant la demande. Le but est de créer une alliance thérapeutique aussi bien avec les parents que l'enfant et ce en concomitance. L'accord explicite des parents est requis, ainsi que celui de l'enfant, parfois implicite.

Les demandes reflètent généralement de la souffrance du sujet, les difficultés rencontrées dans un contexte relationnel et familial, et/ou la détresse du sujet et de sa famille. L'attention portée à l'écoute de cette souffrance revêt une grande importance dans l'analyse de la demande. Il est indispensable de proposer une atmosphère bienveillante et de non-jugement afin d'établir une confiance réciproque.

L'essentiel est l'ouverture du psychomotricien et sa capacité à ne pas prendre pour lui ni au premier degré les manifestations provenant du patient, parfois difficile à comprendre ou à supporter, tout en ne les mélangeant pas à ses propres projections. Le psychomotricien doit donc idéalement ne traiter que ce qui est induit par le patient et s'ajuster constamment pour maintenir une bonne distance relationnelle (Raynal et al., 2018). Il se doit de mettre à distance ce qu'il provient de sa propre histoire et de ses difficultés personnelles.

Il est important d'explicitier et/ou de reformuler la demande ainsi que le déroulé du bilan psychomoteur, les enjeux de celui-ci, les domaines observés, etc. Le psychomotricien

s'intéresse à l'intrication des symptômes dans le développement et le fonctionnement du patient.

Il faut par ailleurs prendre en compte autant la demande du patient que celle des parents, et mettre le patient en acteur principal de la demande.

A la suite de l'analyse de la demande et de ce premier entretien, un bilan psychomoteur peut être proposé. Ce dernier est soumis à un cadre, proposé par le psychomotricien et adapté en fonction du patient. Il est limité en termes de rendez-vous et demande une certaine assiduité de la part du patient et du professionnel.

Le psychomotricien entrevoit ainsi une première ébauche des tests qui lui seront nécessaires. Cette prévision sera ensuite ajustée lors de la passation du bilan au cours même de son déroulement (Raynal et al., 2018).

2.2.2 Passation du bilan psychomoteur

Le nombre de séances concernant la passation du bilan psychomoteur peut être différent en fonction du patient, de sa pathologie, de son âge, de ses difficultés ... Lors de mon stage en cabinet libéral, ma tutrice de stage proposait en moyenne quatre rendez-vous de bilan. Le premier était dédié au rendez-vous avec les parents définit plus haut, les deux suivants concernent la passation du bilan et le compte-rendu du bilan était proposé au patient et ses parents lors du dernier rendez-vous.

La plupart du temps, le patient est seul avec le psychomotricien lors de la passation. En fonction de son âge ou de ses difficultés, les parents ou accompagnateurs peuvent y assister. La présence du parent va le plus souvent dépendre des capacités de l'enfant. Le psychomotricien peut également demander la présence d'un ou des parents lors de la passation pour observer la dynamique familiale. Celle-ci est également observée au sein de la salle d'attente.

Le bilan va s'adapter au sujet et à sa problématique, il peut être dirigé et comporter des épreuves et des tests standardisés, mais aussi il peut aussi se faire par le biais de l'observation de l'activité spontanée du patient. Les modalités du bilan varient en fonction du patient, du thérapeute et du lieu de travail (Raynal et al., 2018).

Il s'agit dans un premier temps, d'explorer chaque item psychomoteur par le biais de tests, d'épreuves ou d'observations. La mise en lien des observations cliniques et des résultats de

chaque épreuve nous permettra une analyse clinique fine prenant en compte à la fois l'aspect qualitatif et quantitatif (Raynal et al., 2018).

Exemple du profil sensoriel de DUNN :

C'est un test qui évalue l'intégration sensorielle. Il est proposé aux personnes présentant des particularités sensorielles. Le profil sensoriel se présente sous la forme d'un questionnaire. Il s'appuie sur la théorie de l'intégration sensorielle. Cette théorie explique les comportements des enfants au travers de l'interprétation de leur capacité d'intégration des stimuli sensoriels. Cet outil, dans sa version française, s'adresse aux enfants âgés de 3 à 10 ans (Réveillé et al., 2018).

Le questionnaire sera rempli par les parents ou la personne qui s'occupe habituellement de l'enfant. A travers les réponses obtenues pour chaque item, on cherche à évaluer les capacités de traitement de l'information sensorielle de l'enfant. On pourra également mesurer l'impact du traitement sensoriel de l'enfant sur son quotidien à travers l'établissement d'un profil. (Réveillé et al., 2018)

Ce test demande l'implication du parent. Il va nous permettre, à travers un recueil d'informations, d'élaborer un profil sensoriel de l'enfant. Les observations et des données du parent nous permettent d'avoir des informations sur le comportement de l'enfant dans son quotidien. Le profil sensoriel sera de ce fait, le plus juste et précis possibles. Le point de vue du parent semble essentiel, car c'est lui qui connaît le mieux son enfant. A travers ses observations, le psychomotricien doit également remplir certains items qui demandent une observation plus fine. L'idée n'est pas de comparer les observations, mais justement de tout prendre compte, car les comportements observés peuvent dépendre du contexte.

Si besoin, le psychomotricien peut remplir le questionnaire avec le parent. Dans certaines situations, les parents peuvent présenter des difficultés de compréhension pour remplir le questionnaire. L'exercice semble alors plus délicat, le psychomotricien doit faire appel à ses capacités adaptatives. Il va devoir reformuler, synthétiser ou encore simplifier les demandes afin d'améliorer la compréhension du parent. Ce dernier peut donner des exemples pour faire appel à des situations du quotidien potentiellement vécues par le parent sans pour autant les influencer. Il semble falloir avoir assez d'humilité pour savoir écouter le parent, utiliser ses

connaissances et évaluer la sensorialité sans le déposséder de sa capacité d'observation et de compréhension des phénomènes.

Au bout de cette démarche, il sera possible d'évaluer le ou les troubles psychomoteurs. Ceux-ci constitueront le diagnostic psychomoteur et donneront l'indication de soin qui devra être présentée au patient au travers d'un compte rendu (Raynal et al., 2018). Ce dernier se fera lors du dernier rendez-vous bilan. Il implique la présence des parents et/ou du patient.

Lors de ce compte-rendu, le psychomotricien devra faire preuve d'adaptation et de savoir-être. Il va adapter son vocabulaire afin d'être compris par tous. Le compte rendu peut apparaître sous plusieurs formes. Par oral, lors du rendez-vous avec le patient et par écrit afin d'avoir une trace pour le patient, le psychomotricien ou pour d'autres professionnels si nécessaire.

Le psychomotricien s'assurera que le patient ainsi que ses parents aient bien compris ce qu'il en était. Ce compte-rendu permet au psychomotricien d'objectiver ses observations et d'apprécier les résultats aux tests sous une forme synthétique.

Pour le psychomotricien, le bilan psychomoteur est un outil précieux qui lui permet d'apporter un soutien adapté aux personnes présentant des difficultés psychomotrices. De plus, il peut s'en servir lors de réunions pluridisciplinaires, ou encore comme outil de comparaison à un bilan d'évolution. Ce bilan est un outil de communication entre professionnels, mais également avec le patient et son parent.

Pour le patient, cela va lui permettre de mettre des mots sur ses difficultés ou un potentiel trouble psychomoteur. Cette verbalisation permettra de mieux comprendre et accepter ses difficultés et/ou ses particularités.

2.3 Le suivi en séance

A la suite d'un bilan psychomoteur, un suivi en séance peut être indiqué. En cabinet libéral, les objectifs sont élaborés en partenariat avec la famille, sur la base du compte-rendu du bilan psychomoteur.

Les modalités de prise en charge sont très variables, car elles permettent à la fois de répondre aux objectifs déterminés, mais également de s'adapter aux capacités du patient et au fonctionnement du cabinet libéral (ou institutionnel). Elles comprennent (Raynal et al., 2018) :

- Le type de prise en charge : individuelle, groupe, parent-enfant
- Le lieu : en salle de psychomotricité, en chambre, dans un lieu particulier, en extérieur, etc.
- La fréquence des séances
- La durée de la séance

Le type de prise en charge sera déterminé par la nature des objectifs. En effet, si l'objectif est de proposer une guidance parentale, nous allons mettre en place une prise en charge parent/enfant. Si un des objectifs est la socialisation, nous envisagerons pour le patient une prise en charge en groupe. Le type de prise en charge peut également évoluer au cours du suivi. En effet, en fonction des acquisitions ou des besoins de l'enfant, les objectifs de prise en charge peuvent être modifiés. Pour évaluer les besoins de l'enfant, un bilan d'évolution peut être proposé. Celui-ci permettra d'avoir un regard objectif sur les difficultés et les facilités de l'enfant. L'observation fine du psychomotricien est également un outil majeur pour comprendre les besoins de l'enfant.

La psychomotricité se base sur le « plaisir d'être » pour explorer le monde qui entoure l'enfant et son propre corps. Les séances se construisent essentiellement autour du jeu, en s'appuyant sur les compétences de l'enfant. Le psychomotricien renforce la confiance de l'enfant et lui permet d'aborder progressivement les difficultés qu'il l'entoure. Pour les enfants connaissant un parcours de soin parfois lourd, il s'agit également de permettre à l'enfant d'investir positivement son corps et de se le réapproprier. La psychomotricité offre un accompagnement global et adapté aux besoins spécifiques de chaque enfant.

La fin du suivi peut survenir suite à une nouvelle orientation de l'enfant ou encore suite à une évolution du développement psychomoteur qui ne suscite plus de suivi en psychomotricité.

L'arrêt du suivi en psychomotricité peut se présenter pour plusieurs raisons. Si les objectifs initiaux du suivi ont été atteints, il peut être approprié de conclure la prise en charge. Si l'état du patient est stable et qu'il n'y a pas de nouvelles problématiques, le suivi peut également être arrêté. Parfois, une période de consolidation est nécessaire pour s'assurer que les progrès sont durables. Lorsque le patient présente une évolution positive significative, le psychomotricien peut envisager de mettre fin au suivi. Il est essentiel d'inclure le patient et ses parents dans la décision d'arrêter le suivi. Si le patient ne souhaite plus, ou ne peut plus, poursuivre les séances, le psychomotricien doit respecter le choix. Nous verrons dans la partie étude de cas une illustration de cette situation.

Parfois le suivi psychomoteur fait partie d'un parcours plus large impliquant d'autres professionnels de santé. L'arrêt peut être prévu lorsque le patient est prêt à passer à une autre étape de sa prise en charge.

Le psychomotricien évalue en permanence les besoins du patient. Si les séances n'apportent plus de bénéfices significatifs, il peut être approprié de mettre fin au suivi.

Vignette clinique : Exemple de suivi au sein du cabinet

Durant mon stage, j'ai pu assister à des suivis individuels d'enfant sur l'année, avec une durée illimitée de prise en charge. J'ai également assisté à plusieurs séances parent/enfant, pour de jeunes enfants. Ces dernières étaient dirigées vers de la guidance parentale.

J'ai également pu accompagner un groupe d'enfants, tous les samedis matin le temps d'un Programme d'Ecriture Positif et Spécifique (PEP'S). C'est un programme de rééducation destiné aux enfants d'âge primaire ayant une dysgraphie, associé ou non à un Trouble Développementale de la Coordination (TDC) ou à un autre trouble du neurodéveloppement. Ce programme propose un temps de séance limité, avec une séance de début et une séance de fin de prise en charge. Cette proposition permet à l'enfant ainsi qu'à son parent de se projeter et d'anticiper le début et la fin de la prise en charge. A la fin de ce programme, nous avons proposé aux enfants un bilan d'évolution afin de permettre un regard objectif sur le développement du patient.

J'ai pu accompagner et suivre un groupe d'adolescents, tous les samedis matin, lors d'un temps en groupe. Cette prise en charge a pour objectif d'améliorer les habiletés sociales et de proposer des temps de relaxation à ces jeunes. La psychomotricité offre des possibilités de mise

en jeu relationnel et d'espace transitionnel, riche et créatives. L'utilisation de groupes en psychomotricité est particulièrement riche sur le plan clinique. Les groupes thérapeutiques à médiation corporelle offrent un espace transitionnel où l'activité du « jouer » crée un lien entre soi et les autres. Cet espace permet d'explorer les interactions, les émotions et les dynamiques relationnelles. J'ai trouvé pertinent et très enrichissant que ces jeunes n'aient pas la même pathologie (Trouble De l'Attention avec Hyperactivité, Syndrome de Gorlin, Dysplasie poli épiphysaire et Syndrome génétique de Prader Willy). Ils ont pu échanger et partager leurs expériences et leurs problématiques. Chacun pouvait conseiller ou donner son avis sur tel ou tel sujet. En parallèle de ces échanges très riches, la psychomotricienne a pu leur apporter des moyens pour gérer leurs émotions, diminuer le stress ou encore pour améliorer leurs capacités d'interactions sociales. Ces propositions influent sur le rapport au corps, la construction de l'identité propre et l'interaction avec les pairs.

Nous avons pu avoir des retours de parents concernant l'amélioration de la relation avec leur adolescent. Concernant la proposition du groupe, il est primordial d'avoir une attention particulière pour chaque parent. La relation et les échanges entre le psychomotricien et le parent se trouvent dans un autre cadre espace/temps. Cela peut se faire par échange téléphonique, ou de façon moins régulière. Tout le travail de confiance qu'il a été établi en amont avec le parent a permis de laisser une autre place à l'adolescent. Il va pouvoir faire de nouvelles propositions : venir seul aux rendez-vous, faire lui-même le retour de la séance à son parent ... Ce n'est que lorsque le parent ressent que le professionnel est à son écoute que ce travail avec l'adolescent pourrait se faire.

Le suivi d'un enfant en cabinet libéral de psychomotricité implique inévitablement le parent. Comme vu plus haut, il est présent dès le début de la prise en charge, lors du bilan psychomoteur. Il joue un rôle très important lors de celui-ci et lors des séances de suivi en pratique psychomotrice. La participation active des parents est essentielle dans le suivi psychomoteur de leur enfant.

La plupart du temps, c'est le parent qui amène son enfant au rendez-vous de soin psychomoteur et qui vient le chercher. Un temps d'échange est très souvent proposé avant et/ou après le rendez-vous avec le psychomotricien. Ces échanges sont très importants pour comprendre les besoins spécifiques de l'enfant, établir des objectifs et mettre en place des stratégies adaptées. Les parents peuvent partager leurs observations, leurs inquiétudes et leurs

questions concernant le développement de leur enfant. Le psychomotricien peut recommander des activités spécifiques à faire avec l'enfant à la maison pour renforcer les compétences motrices, émotionnelles et cognitives.

De plus, le parent peut apporter un soutien émotionnel à l'enfant pendant le suivi psychomoteur. Les séances peuvent parfois être stimulantes ou émotionnellement intenses. Ce soutien émotionnel est notamment présent avant et après la séance, au sein de la salle d'attente.

2.4 La salle d'attente

« *Et on aurait bien tort de penser ou de croire que le travail se fait uniquement à l'intérieur de la salle* » (Potel Baranes, 2019b). Dans le contexte médical et paramédical, la salle d'attente est un lieu crucial pour les patients, car c'est là qu'ils attendent avant leur consultation avec le professionnel.

➔ Un espace interstitiel

Comme son nom l'indique, la « salle d'attente » est un espace dédié à l'attente du rendez-vous donné. Cette salle devient un espace transitoire important entre le quotidien du patient et la séance de psychomotricité.

M. Carton en 1986 évoque l'aspect contenant des espaces interstitiels avec leurs qualités de limite : « cet espace aidera l'enfant à constituer ce lieu imaginaire interne où les tensions peuvent se relâcher, où les excitations peuvent s'apaiser, où la solitude n'est pas désespoir... » (Marciano & Benadiba, 2007)

P. Delion situe, en 1998, les moments interstitiels de la manière suivante : « Ce temps me semble fondamental parce que c'est à ce moment-là que les enfants ou les adultes fabriquent dans leur appareil psychique des représentations de ce qu'ils viennent de faire juste avant et qu'éventuellement ils anticipent sur ce qu'ils vont faire juste après. Ce faisant, ils éprouvent la solidité de leur système représentatif et leurs capacités à garder ou non, en eux, ce qu'ils viennent de construire avec les soignants ... (Marciano & Benadiba, 2007). Ce lieu accueille le patient dans un espace inchangé. Un lieu qui va lui permettre de retrouver ses repères en amont de la séance. La salle d'attente semble être un lieu d'accueil essentiel, pensé et élaboré.

➔ Un espace de rencontre et d'échange impromptu (Valentin-Lefranc & Pavot-Lemoine, 2015)

Cet espace est souvent dédié à l'accueil du patient. Cet espace dans lequel on se dit « bonjour » au début de la séance et « au revoir » en fin de séance. On pourrait penser que ces mots, aussi simples soient-ils, permettent un sentiment de contenance, de rythmicité.

La salle d'attente du cabinet dans lequel je suis en stage est assez privilégiée. Elle accueille essentiellement les patients du cabinet de psychomotricité et d'un cabinet de psychologie. Cet espace est chaleureux et accueillant. Il se trouve au fond d'un couloir, avec très peu de passage. Les patients ont toujours une place pour les accueillir. L'aménagement de l'espace et l'intimité

proposée prennent tout leur sens. Cette salle d'attente pensée et proposée favorise l'accueil du patient et de son parent. Il est primordial que le patient se sente considéré, accueilli et attendu.

La salle d'attente est également un lieu d'échange. C'est un endroit d'accueil et de recueil de mots. Très souvent, c'est dans ce « lieu » que les parents nous confient comment s'est passée la semaine pour leur enfant. En tant que psychomotriciens, nous pouvons également faire le retour de la séance au sein de cet espace. Ce sera au psychomotricien de s'adapter en fonction du retour à faire ou des personnes présentes dans la salle.

Le rendez-vous en salle de psychomotricité est un moment privilégié pour l'enfant. Pour certains enfants, il va être important de respecter cela. Certains sentent leur espace envahi si les parents s'y installent trop. Ce moment en salle de psychomotricité fait partie de sa vie privée, de son intimité. La salle d'attente devient de ce fait, l'espace de séparations et de retrouvailles avec l'extérieur. La vie privée de l'enfant doit être protégée. Les psychomotriciens doivent respecter la confidentialité des informations partagées par l'enfant ou sa famille. Tout échange avec l'enfant doit se faire dans un cadre sécurisé et confidentiel.

➔ Un espace de séparation et de retrouvailles

Selon C.Potel, le passage de la salle d'attente à la salle de psychomotricité peut être un espace venant soutenir une ébauche de différenciation des espaces psychiques, et donc de séparation (Potel Baranes, 2019b).

C.Potel utilise l'exemple de la salle d'attente comme lieu aidant à la construction d'un dedans et d'un dehors. Ce lieu permettrait à l'enfant de se créer des repères dans la relation à soi, à ses parents et au thérapeute.

Pour le patient et son parent, la salle d'attente est un espace très spécifique. En fonction de la nature du rendez-vous et de l'âge de l'enfant, le parent peut avoir l'occasion d'attendre dans cette salle le temps de la séance. Certains parents ne sont que de « passage » dans cette salle. Ils amènent leur enfant et reviennent pour l'heure de fin de rendez-vous. Pour d'autres, c'est dans celle-ci que de nombreux échanges se font.

Néanmoins, pour l'enfant, c'est dans celle-ci que les chemins se séparent. Il est de notre rôle d'accompagner le parent afin qu'il verbalise cette séparation pour accompagner l'enfant à accepter cette séparation et à donner sens à ces retrouvailles.

L'importance et le rôle de la salle d'attente en cabinet libéral seront illustrés lors de l'étude de cas ci-après.

3. Implication du psychomotricien auprès des parents : étude de cas

3.1 Situation de Gabin

Le bilan psychomoteur a été réalisé en juin 2021, Gabin avait 10 mois. Il a été réalisé par ma tutrice de stage. Les informations recueillies lors du premier rendez-vous du bilan psychomoteur seront présentées dans cette partie.

Gabin est orienté en psychomotricité pour des difficultés de sommeil et un retard des acquisitions psychomotrices avec négligence héli corporelle droite (bras) et des stéréotypies manuelles.

Concernant sa naissance, Gabin est né à terme, il s'est présenté en siège par voie basse puis césarienne (car problème d'oxygénation). Gabin est né avec une posture « en virgule ». Il présentait un score APGAR³ à 6/10 à sa naissance. C'était un bébé décrit comme calme, qui ne s'endormait que dans les bras, au contact.

Gabin est enfant unique. Concernant son mode de garde au moment du bilan, il était accueilli chez une assistante maternelle avec deux autres enfants plus jeunes. L'assistante maternelle avait confié aux parents que Gabin ne dormait que par tranche de 45 minutes et qu'il criait à plusieurs reprises. Les parents de Gabin ne reconnaissaient pas leur fils dans les dires de l'assistante maternelle. L'accueil prendra fin en juin 2021. Gabin intégrera un multi accueil peu de temps après.

Concernant l'alimentation au moment du bilan, elle était diversifiée, mais Gabin présentait des hauts-le-cœur face aux morceaux présents dans la nourriture qui lui était proposée. Cependant, il avalait sans recracher. Les textures lisses étaient mieux tolérées. A 10 mois, Gabin tenait sa cuillère, mais ne la portait pas à la bouche, de même avec le boudoir.

Gabin présentait des difficultés de sommeil avec des cycles courts. Il ne se réveillait pas en pleurant ni en appelant. Les parents expliquaient qu'il était calme, éveillé dans son lit et se parlait à lui-même, parfois il criait.

Gabin se retournait du dos vers le ventre à ses 10 mois et du ventre au dos également et le 4 pattes n'était pas acquis lors du bilan.

Concernant les éléments médicaux : Gabin présentait un torticolis du nourrisson à droite et un enfoncement fronto pariétal gauche. Le périmètre crânien était élevé. Il a été suivi par un

³ Test qui évalue des constantes vitales fondamentales 30sec à 1 minute après la naissance (fréquence cardiaque, respiration, tonus musculaire, réactivité, coloration des téguments).

ostéopathe et un kinésithérapeute à l'hôpital pour sa posture. L'échographie transfontanellaire réalisée à 7 mois n'avait rien relevé (permet l'exploration morphologique et vasculaire du contenu intracrânien). Au moment du bilan, il était de nouveau suivi en kinésithérapie de façon hebdomadaire.

Gabin présentait une allergie aux protéines de lait de vache sous forme de manifestations digestives et respiratoires.

L'évolution de Gabin sera présentée ci-après sous la forme de compte rendu de bilan psychomoteur. Depuis le suivi de Gabin en psychomotricité, trois bilans ont été effectués afin d'évaluer objectivement son évolution à travers son développement psychomoteur. Un bilan a été réalisé à ses 10 mois, puis à ses 19 mois et enfin à ses 36 mois. L'accompagnement des parents sera présenté en parallèle des comptes rendus de bilan.

3.1.1 Bilan psychomoteur

Le premier bilan est réalisé avec l'utilisation du DF-MOT et du Brunet-Lezine (06/2021).

Acquisitions posturo-motrices et locomotrices (à 10 mois) : Gabin commençait tout juste à se retourner. Il ne savait pas encore s'asseoir ni se mettre à 4 pattes. Il présentait un schéma d'hyperextension qui inhibait le mouvement de parachute et la prise d'appui sur ses bras lorsqu'il était en décubitus ventral. Il prenait alors la position « planneur ».

L'examen du tonus ne révélait pas d'asymétrie particulière. Le tonus postural était encore immature, Gabin avait du mal à maintenir son dos droit en position assise, il était emporté vers l'avant, par le poids de son buste et de sa tête.

- Age développemental posturo-locomoteur : 6 mois (Age réel : 10 mois)
- Quotient développemental posturo-locomoteur : 60%
- Ecart à la norme : -4 écart-type

Préhension et coordination visuo-manuelle :

Les médecins et les parents avaient remarqué une sous-utilisation de l'hémicorps droit au profit du gauche. Cependant, au moment du bilan, la mère remarquait une inversion depuis quelques semaines. Elle percevait que Gabin allait plus volontiers utiliser sa main droite à

présent. La pince fine était absente et la saisie des objets était radio-palmaire (attendue à 6 mois). Les coordinations bimanuelles étaient échouées. Il présentait également des difficultés pour maintenir son regard (port de tête difficile) et pour coordonner l'œil et la main. Il mettait sa tétine à sa bouche et pouvait également saisir sa girafe et la porter à sa bouche. Le boudoir et la cuillère n'étaient en revanche pas rapportés volontairement vers la zone buccale.

- Age développemental préhension coordination visuo-manuelle : 6mois (âge réel 10mois)
- Quotient développemental préhension coordination visuo-manuelle : 60%
- Ecart à la norme : -4 écart-type

Comportement et sociabilité :

Le bilan psychomoteur relatait des difficultés dans ce domaine. L'attention conjointe était difficile par moments. Afin que Gabin porte de l'intérêt sur un objet, la psychomotricienne devait l'animer ou le rendre sonore. Il pouvait jouer avec l'air qui passait dans son nez et placer son regard dans le vide dans un moment d'excitation. A ce moment-là, il se détachait de l'activité en cours. Il présentait une bonne poursuite oculaire de l'objet lors de ce bilan, et des moments d'attention au visage de l'adulte. L'imitation n'était pas encore observée.

Sensorialité :

Gabin présentait une faible exploration des jouets par la bouche lors de ce bilan. La psychomotricienne notait une recherche de sensation kinesthésique et proprioceptive (recherche de mouvement des jambes en décubitus dorsal, schème d'hyperextension).

Je suppose que cette recherche de sensations pouvait être liée à une hyposensibilité proprioceptive.

Ma tutrice de stage notait également une possible hypersensibilité orale autour des textures épaisses et des morceaux lors de l'alimentation, déclenchant parfois des haut-le-cœur.

A la suite de ce premier bilan psychomoteur, on notait un retard harmonieux de -4DS. Gabin avait besoin d'être aidé dans la perception de son corps, la mise en place des schèmes moteurs et le développement de son tonus postural. Il avait également besoin d'être soutenu dans ses manipulations pour mieux coordonner ses deux mains entre elles et accorder son regard et son attention au geste réalisé.

Accompagnement et étayage auprès des parents

A ce moment-là, la psychomotricienne avait proposé un temps de guidance parentale afin de soutenir le développement psychomoteur de Gabin et de prévenir d'un potentiel trouble. Ce temps de guidance a permis aux parents de Gabin de mieux comprendre les particularités sensorielles de leurs fils, ainsi connaître les stratégies à adopter pour limiter certains comportements et en stimuler d'autres.

La psychomotricienne avait proposé aux parents de lui présenter des jeux contrastés et de limiter la quantité de stimuli lorsqu'il exerce à coordonner ses mains pour saisir un objet. La psychomotricienne proposait d'être attentif à son oralité ; elle a préconisé une consultation chez une orthophoniste. Nous pouvons être le premier professionnel du paramédical à rencontrer le patient, il est donc primordial d'orienter les parents vers un autre professionnel si l'on détecte un besoin spécifique à une autre profession.

Enfin, pour travailler les notions de relation, mais aussi soutenir le contact visuel, la psychomotricienne avait orienté les parents afin qu'ils continuent les jeux en interaction avec leur fils, notamment au travers du jeu « coucou-caché ».

Des séances de psychomotricité ont été proposées à quinzaine pour soutenir son développement.

Le deuxième bilan psychomoteur a été réalisé en Mars 2022, Gabin avait 19 mois.

Au vu de ce deuxième bilan, je perçois une évolution lente dans le développement de Gabin. Il semble avoir présenté une évolution plus quantitative dans le domaine posturo locomoteur que dans le domaine de la préhension/coordination.

Le tonus postural avait bien évolué et le maintien de la tête et du dos était de meilleure qualité. Cependant, même s'il avait progressé depuis le dernier bilan, l'écart avec sa tranche d'âge réel se creusait. Le champ de ses expériences sur le monde était encore limité tant par l'aspect moteur que par l'aspect sensoriel.

Ses centres d'intérêt et son bien-être étaient en effet régis par le domaine de la sensorialité. Gabin avait toujours besoin d'être aidé par des séances de psychomotricité pour le guider dans la perception de son corps et du monde, la mise en place des schèmes moteurs de déplacement et de préhension. Les séances de psychomotricité proposées initialement à quinzaine pour soutenir son développement ont eu besoin de s'intensifier. La psychomotricienne avait proposé de passer à une séance hebdomadaire.

Acquisitions posturo-motrices et locomotrices

Au moment de ce deuxième bilan psychomoteur, Gabin présentait des retournements dos/ventre et ventre/dos. Il s'asseyait et le faisait très régulièrement. Le ramper était possible en marche arrière, mais il n'avait pas encore trouvé l'intérêt de se propulser vers l'avant.

Concernant le schéma d'hyperextension observé lors du dernier bilan, qui inhibait le mouvement de parachute et la prise d'appui sur ses bras lorsqu'il était en décubitus ventral, la psychomotricienne avait perçu une diminution. Gabin pouvait tenir à 4 pattes en utilisant ses bras comme soutien (si on le met dans cette posture). En revanche, il ne coordonnait pas encore le déplacement de ses bras avec celui de ses jambes. Il restait statique à 4 pattes dans une position de lutte antigravitaire qu'il tolérait mieux qu'auparavant.

L'examen du tonus n'avait pas révélé d'asymétrie particulière. Le tonus postural était de meilleure qualité.

- Age développemental préhension coordination visuo-manuelle : 9 mois (âge réel 19 mois)
- Quotient développemental préhension coordination visuo-manuelle : 47%
- Ecart à la norme : -13 écart-type

Préhension et coordination visuo-manuelle

En position assise, les jambes et les pieds de Gabin étaient en avant, dans le champ du regard et de préhension. Aussi, les pieds étaient intégrés comme faisant partie de l'espace de préhension dans le schéma corporel de Gabin qui utilisait parfois plus ses pieds que ses mains pour saisir les objets.

Gabin pouvait mobiliser ses 2 hémicorps de manière symétrique. La coordination bimanuelle était cependant faible et Gabin ne réalisait pas encore de construction (assemblage de 2 cubes attendu à 14 mois). Il avait encore du mal à assembler le rond sur sa tige (attendu à 11 mois) car il avait tendance à jeter les objets après les avoir saisis.

La pince fine n'était pas encore observée. La saisie des objets était faite par un mouvement de ratissage parfois radio-palmaire, parfois cubito palmaire.

L'imitation des gestes était encore difficile de sorte que Gabin ne pouvait pas encore reproduire une consigne gestuelle montrée (ex : assembler des objets, retirer une pièce de

puzzle). Les gestes tels que marionnettes, bravo ou au revoir n'étaient pas encore observés (attendu à 9 mois).

- Age développemental préhension coordination visuo-manuelle : 8 mois (âge réel 19 mois)
- Quotient développemental préhension coordination visuo-manuelle : 42%
- Evolution depuis le dernier bilan psychomoteur de Juin 2021 : -18%

Comportement, Sociabilité

L'attention conjointe se trouvait difficile par moments. La psychomotricienne notait une bonne poursuite oculaire de l'objet, et des moments d'attention au visage de l'adulte. Gabin pouvait s'amuser de la répétition de situations ou de l'introduction de surprises ou de petites variations dans un contexte globalement connu. L'imitation n'était pas encore observée.

Sensorialité

La psychomotricienne observait une faible observation des objets par la bouche. Les mêmes observations concernant les stimuli sonores et l'air qui passe sous son nez ont été observées.

La psychomotricienne remarquait une possible hypersensibilité orale autour des textures épaisses et des morceaux lors de l'alimentation, déclenchant parfois des haut-le cœur. Mais également une sensibilité tactile importante, plus importante sur la peau des mains que des pieds et une recherche de sensations visuelles (balle à tentacules, jeux lumineux).

Le dernier bilan psychomoteur a été réalisé en septembre 2023, Gabin avait 36 mois.

Je propose un tableau récapitulatif afin d'éclaircir l'acquisition des grandes étapes du développement psychomoteur chez Gabin.

Dos/Ventre	Ventre/Dos	Tenir assis	4 pattes	Marche	Propreté	Pédalage
10 mois	10 mois	15 mois	24 mois	32 mois	Non acquise	Non acquis

Acquisitions posturo-motrices et locomotrices

Gabin a acquis la marche à 32 mois, elle est possible avec orthèses. Sans orthèses l'affaissement du pied et de la cheville est important.

Au moment de ce dernier bilan, le niveau posturo-locomoteur correspondait à ce qui était attendu à 16 mois. Gabin pouvait s'asseoir sur une chaise, monter et descendre un plan incliné en marchant, grimper un obstacle à 4 pattes, s'accroupir puis se remettre debout.

Dans ce qui était attendu au niveau supérieur, il montait les escaliers avec de l'aide sans changer de pied (niveau 17 mois) mais il ne pouvait encore marcher en reculant (attendu à 17 mois). Par ailleurs, la posture en appui sur un pied en se tenant d'une main ne pouvait pas être maintenue même quelques secondes (attendue à 17 mois).

Le schéma d'hyperextension qui inhibait le mouvement de parachute a évolué et était moins présent au profit d'une meilleure équilibration.

L'examen du tonus ne révélait pas d'asymétrie particulière. Le tonus postural avait mûri, Gabin pouvait à présent tenir son dos droit en position assise sur une chaise même si on observait une attitude en cyphose lorsqu'il est assis au sol.

- Age développemental posturo-locomoteur : 16 mois (âge réel 36 mois)
- Quotient développemental posturo-locomoteur : 44% (évolution : -16%)
- Ecart à la norme : -20 e.t.

Préhension et coordination visuo-manuelle

La pince fine se développait des deux côtés. La saisie des objets était cependant le plus souvent cubito-palmaire.

Les coordinations bimanuelles sont échouées lors de ce bilan. Gabin n'utilisait pas encore ses 2 mains en complémentarité pour actionner les objets ou bien avoir une action construite sur ces derniers. Pour exemple, il ne pouvait enfiler 3 perles (attendu à 24 mois), n'encastrait pas le carré (attendu à 22 mois). Il ne mangeait pas seul à la cuillère. Il n'assemblait pas encore 2 cubes (attendus à 14 mois).

Les manipulations étaient surtout centrées sur la recherche de sensations le plus souvent kinesthésiques, visuelles ou sonores (produire des gestes rapides et répétitifs, regarder la semoule s'écouler, faire tinter les objets en les lâchant).

Il existait des stéréotypies gestuelles au niveau des mains, mais également des pieds qui peuvent être agités, secoués dans le champ visuel (mains et pieds) ou utilisés pour tambouriner (pieds).

- Age développemental préhension coordination visuo-manuelle : 12 mois (âge réel 36 mois)
- Quotient développemental préhension coordination visuo-manuelle : 33% (évolution : -27%)
- Ecart à la norme : -24 e.t

Sensorialité

La passation du Profil Sensoriel de DUNN a permis d'objectiver les observations. Le profil sensoriel de DUNN a été rempli par les parents. Cette passation permet d'avoir un regard précis sur les comportements de Gabin dans son quotidien.

Gabin présente un profil hyporéactif/chercheur (de sensation) avec :

- Recherche de bruit (ex : cherche à faire du bruit par plaisir)
- Recherche de mouvement (ex : frapper ses pieds au sol, les faire tambouriner, marcher et déambuler sans forcément de but précis, recherche d'accélération sur les pentes). Le mouvement peut rendre Gabin trop excitable.
- Recherche de sensations visuelles (recherches des lignes horizontales et verticales, recherche visuelle d'objet en mouvement).

L'hyporéactivité se manifeste sur le plan tactile avec par exemple une absence de réaction à la sensation du visage ou des mains sales. Elle se manifeste aussi sur le plan proprioceptif avec un défaut de tonus postural, d'équilibration et de sensation profonde du corps de mieux en mieux compensé. La psychomotricienne ne notait pas d'hypersensibilité.

Le manuel du profil sensoriel de DUNN propose une approche d'intervention à l'attention des professionnels, pour les patients ayant une hyposensibilité sensorielle : *« concentrer l'information sensorielle dans toutes les expériences pour renforcer la probabilité*

que les seuils soient atteints et que l'enfant soit en mesure de remarquer les signaux de l'environnement et d'y répondre. ».

Nous pouvons nous référer à ce tableau du manuel afin de mieux comprendre le fonctionnement lors d'une hyposensibilité. Les personnes ayant une hyposensibilité ont un seuil d'habituation élevé, c'est-à-dire qu'il leur faut plus de stimulation que la normale pour que ces derniers soient atteints. Dans le cas de Gabin, on remarque une hyposensibilité avec recherche de sensation. Gabin présente des comportements d'autostimulation qui se présente sous la forme de recherche de sensations.

Continuum de seuils neurologiques	Continuum de réponses comportementales	
	Agir EN ACCORD avec le seuil	Agir pour CONTRER le seuil
SEUIL ELEVE (habituation)	Hyposensibilité sensorielle	Recherche de sensations
SEUIL BAS (sensibilisation)	Hypersensibilité sensorielle	Evitement des sensations

Figure 2.1 - Rapports entre réponses comportementales et seuils neurologiques¹

Conclusion des comptes rendus de bilan :

La psychomotricienne repérait chez Gabin un retard développemental important et plus fortement marqué dans le domaine de la préhension/coordination visuo-manuelle. Elle notait des particularités sensorielles de type hyporéactivité avec recherche de sensations surtout kinesthésiques et sonores, mais parfois visuelles également. Elle remarquait que cette sensorialité particulière venait parfois perturber l'enrichissement des praxies manuelles. Au vu des recherches de sensations kinesthésiques de Gabin, on peut penser à une hyposensibilité dans son fonctionnement au niveau proprioceptif.

A la suite de ce dernier bilan psychomoteur, la psychomotricienne préconisait de poursuivre le suivi hebdomadaire en psychomotricité pour permettre à Gabin une meilleure intégration sensorielle, ainsi de développer les praxies manuelles et la conscience du corps.

3.1.2 Diagnostic de syndrome génétique lié au CHD8

En Mai 2023, un **syndrome génétique lié au CHD8** a été diagnostiqué chez ce patient. Après de nombreuses analyses, celles-ci ont démontraient que le père en était également atteint.

Le trouble neurodéveloppemental lié à la CHD8 avec surcroissance (CHD8-NDD) est caractérisé par (Mitchel et al., 1993) :

- Une surcroissance généralisée
- Un retard de développement
- Une incapacité intellectuelle (DD/DI)
- Un trouble du spectre de l'autisme (TSA)
- Des problèmes neuropsychiatriques
- Des problèmes neurologiques
- Des troubles du sommeil
- Des problèmes gastro-intestinaux

Les résultats les plus courants sont le développement de la macrocéphalie (le plus souvent pendant la petite enfance) et de la taille. La plupart des personnes touchées ont un certain degré de DD, le plus souvent de la parole et de la motricité. Lorsqu'il est présent, la DD se trouve dans la gamme légère à modérer. Les troubles du sommeil sont caractérisés par des difficultés à la fois de l'initiation (apparition retardée du sommeil) et le maintien (éveils nocturnes fréquents) du sommeil. Le problème gastro-intestinal le plus courant est la constipation avec ou sans périodes de diarrhée.

Les caractéristiques moins courantes sont l'hypotonie (30% des personnes touchées), les convulsions (10% à 15%), la dystonie (rare) et la malformation de Chiari I (rare).

Le diagnostic de CHD8-NDD est établi par l'identification d'une variante hétérozygote pathogène dans la CHD8 par des tests génétiques moléculaires. (Mitchel et al., 1993)

3.2 Suivi de l'enfant et accompagnement des parents

Lors de ce stage, j'ai rencontré Gabin et sa famille dès octobre 2023. Gabin est suivi en psychomotricité par ma tutrice de stage depuis ses 10 mois. Cette dernière m'évoque la situation de Gabin dès mon arrivée en m'expliquant tout le travail d'accompagnement qui a été entrepris avec les parents, dès le début du suivi de Gabin.

Dès le début de la prise en charge, un **travail d'acceptation autour du retard de développement de leur fils** a suscité une implication de la part de la psychomotricienne. Ces parents sont passés par différentes étapes afin d'arriver à celle d'acceptation. Les étapes que traversent les parents lors d'un retard de développement de leur enfant peuvent être semblables aux étapes du deuil, et ont été présentées plus haut dans le mémoire (c.f Annonce du diagnostic).

Les parents ont pu proposer plusieurs lieux d'accueil à Gabin étant petit. En effet, que ce soit l'accueil en crèche, ou chez plusieurs assistantes maternelles, cela ne semblait jamais vraiment correspondre aux parents. Le comportement de Gabin semblait venir entraver les relations, les retours des professionnels étaient en contradiction avec les attentes des parents. Ces réactions peuvent faire penser à l'étape de « déni » d'après Elizabeth Kübler Ross en 1976. Cette famille a donc vécu beaucoup de ruptures concernant les lieux d'accueil de Gabin.

Ma tutrice de stage a également vécu ces moments de confusions. Elle a pu proposer un **travail de guidance** autour des comportements de Gabin afin de réfléchir ensemble à comment l'aider. Ce travail d'accompagnement a permis aux parents de mieux comprendre les réactions de leur enfant en fonction des situations ; cela a pu permettre aux parents d'anticiper certains comportements afin de s'y préparer ou de les éviter.

Les parents de Gabin ont pris la décision de se séparer dans les débuts de prise en charge. Les parents de Gabin ont souhaité l'annoncer à la psychomotricienne lors d'un rendez-vous dans son bureau. Cette étape a suscité **un travail d'écoute et de soutien de la part de la psychomotricienne**.

A l'annonce du diagnostic, ce travail d'accompagnement a continué. Il a fallu soutenir les parents, séparément, avec leur histoire et leur propre implication. Les deux parents ont ensuite entamé un **travail d'acceptation de la maladie génétique** de leur enfant.

Ayant suivi Gabin depuis tout petit, ma tutrice de stage était devenue un repère et un appui pour ses parents. De par sa formation et son expérience, elle a pu les orienter sur

l'accompagnement d'un enfant atteint d'un trouble génétique qui atteint le neurodéveloppement.

Concernant la dynamique de soin autour de Gabin aujourd'hui, elle est pluridisciplinaire. Gabin est suivi en kinésithérapie, en orthophonie et en psychomotricité. Il participe également à des séances d'équithérapie, qu'il affectionne particulièrement, tous les vendredis matin, avant la séance de psychomotricité.

Concernant le suivi en psychomotricité, et depuis mon arrivée, nous travaillons en collaboration avec les parents afin de soutenir le développement psychomoteur de Gabin. Il est suivi en psychomotricité à raison d'une séance par semaine en individuel, tous les vendredis matin.

La mère de Gabin a été présente dès le début de sa prise en charge. Elle était très impliquée dans le développement de son fils et dans les soins en psychomotricité. Une relation de confiance s'est établie avec la psychomotricienne et a permis de créer du lien dans l'accompagnement de Gabin. Grâce au travail de mise en confiance de la part de la psychomotricienne, l'implication des deux parents a évolué. Le rôle de la psychomotricienne a été de renforcer leur position de parent, leur donner confiance et leur laisser à chacun une place.

Cette alliance thérapeutique a permis peu à peu au père de Gabin se s'immiscer dans cet accompagnement, il a su prendre confiance en lui et accepter ce syndrome génétique, dont il est lui aussi porteur. La mère de Gabin a su faire confiance et réduire la place qu'elle occupait dans cet accompagnement. Aujourd'hui, Gabin est le plus souvent accompagné par son père aux séances psychomotrice. Ce socle stable et rassurant, établi en amont et dès le début de la prise en charge, a permis à chacun de trouver sa place, et à Gabin de prendre confiance au fil des séances.

A l'annonce du diagnostic, des recherches sur le syndrome de la part des parents, de la psychomotricienne et des autres professionnels autour de Gabin, ont permis de mieux connaître ce syndrome et ainsi mieux l'anticiper. Un travail éducatif dans le cadre de la parentalité d'un enfant porteur de TED a pu être engagé par la psychomotricienne. De par son œil clinique avisé et sa connaissance du développement psychomoteur de l'enfant, le psychomotricien peut aider au mieux-être et au mieux-vivre de l'enfant et de ses parents. De plus, le psychomotricien est un spécialiste des particularités sensorielles.

Chaque séance avec Gabin est plus ou moins réalisée de la même manière. Cela diffère en fonction de sa disponibilité. Dans un premier temps, nous allons chercher Gabin dans la salle

d'attente. Il nous reconnaît directement et se dirige vers la salle de psychomotricité la plupart du temps.

Nous prenons toujours un temps pour échanger avec le père sur le déroulé de la semaine pour Gabin. De plus, il nous explique toujours comment s'est passé le temps d'équithérapie, présent juste avant notre séance. Les observations du père nous permettent d'avoir des informations sur la qualité de présence de Gabin au moment présent. Depuis quelque temps, Gabin présente des comportements d'évitement et d'énervement face à certaines situations. Il l'exprime souvent en disant « maman, maison » ou « papa, maison », et en répétant, il peut même se mettre à crier si l'on ne réagit pas. Nous avons pensé, en collaboration avec les parents, plusieurs stratégies afin d'atténuer ces comportements. Je les présenterai plus tard.

A la suite de cet accueil, nous proposons à Gabin de rentrer dans la salle. On installe avec lui un parcours psychomoteur la plupart du temps. Cette activité a pour but de varier et soutenir ses schémas moteurs. A force de répétition, il reconnaît maintenant l'ordre et les séquences qui lui sont demandées : passer dans les cerceaux, monter sur le pont (sur la base d'un schéma moteur précis), passer le marchepied (sur la base d'un schéma moteur précis), traverser la poutre en maintenant son équilibre sans aide humaine puis s'asseoir et glisser le long du toboggan. Ces séquences sont soutenues avec une guidance orale. Gabin ne semble plus avoir besoin de guidance physique aujourd'hui. Le début et la fin du parcours sont symbolisés par des cerceaux de couleur vert pour le départ et rouge pour l'arrivée. A force de répétition, Gabin sait repérer le début et la fin du parcours.

Je perçois une diminution des comportements stéréotypés et d'autostimulation chez Gabin. Les propositions faites en séance semblent satisfaire ses besoins de stimulation et de ce fait réduire ces comportements.

Lors d'une **hyposensibilité sensorielle**, les seuils neurologiques sont élevés et l'enfant va avoir une tendance à agir en accord avec ces seuils. Ils peuvent paraître « dans leur bulle », peu intéressés au monde qui les entoure et peuvent montrer un affect sans variation. Ces enfants présentent souvent une importante fatigabilité.

« L'activation neuronale inadéquate des enfants montrant une hyposensibilité sensorielle ne favorise pas une performance soutenue » (Dunn, 2010).

Leur faible réactivité est influencée par ce phénomène neuronal, lorsque les stimuli provenant de l'environnement ne sont pas assez importants pour dépasser les seuils neurologiques sensoriels.

Un étayage autour des particularités sensorielles a été entrepris avec les parents. En effet, la psychomotricienne a pu orienter les parents et leur expliquer de quelle manière cela s'exprimait chez Gabin. Cet accompagnement a permis de trouver en collaboration (professionnel et parent) des stratégies permettant de subvenir aux besoins de Gabin. Son profil sensoriel a relevé une sensibilité particulière aux sons. L'observation fine du psychomotricien et celle du parent ont permis de se rendre compte que les chansons ou comptines proposaient à Gabin depuis tout petit étaient devenues source d'apaisement et de repères. Ces observations ont pu aboutir à des rituels autant en séance psychomotrice que dans les autres lieux de vie de Gabin. Il semble important de généraliser ces derniers dans un souci de cohérence et afin de soutenir au mieux ses acquisitions.

A la suite de ce parcours, nous proposons à Gabin un travail autour du schéma corporel. Nous utilisons un puzzle du corps qu'il peut manipuler ; l'acquisition de l'encastrement est en cours. Puis une comptine autour du corps vient renforcer cette activité. De par nos observations, le profil sensoriel de DUNN et les dires des parents, nous pouvons penser que les comptines et le langage oral peuvent très rapidement rassurer Gabin et le maintenir attentif lors d'une activité. Gabin chante avec nous quelques mots de la comptine, et sait également initier la chanson lorsqu'il en a envie.

En fin de séance, un moment autour des sensations proprioceptives est souvent proposé à Gabin. Il fatigue très vite lors des séances, d'autant plus qu'il revient de son rendez-vous en équithérapie. Concernant l'hyposensibilité au niveau proprioceptif de Gabin, la psychomotricienne a pu orienter les parents vers l'achat de vêtements proprioceptifs pour leur fils, et a pu leur expliquer leurs bienfaits au vu des particularités de Gabin. Les parents n'ont jamais donné suite à cette proposition. Il faut parfois savoir proposer, orienter sans forcément être en attente d'un retour de leur part. Il va être important de ne pas juger leur comportement. Peut-être que cette proposition ne leur convenait pas ou encore qu'ils en n'aient pas compris le sens. La notion de proprioception est parfois très abstraite pour les patients. Il faut savoir laisser du temps et peut être que cette question sera de nouveau abordée plus tard dans la prise en charge ou par un autre professionnel.

Lorsque la séance se termine, nous le verbalisons à Gabin puis on lui demande de ranger avec nous. Il se dirige ensuite immédiatement vers la porte pour aller retrouver son père en salle

d'attente. Nous gardons toujours cinq minutes à la fin de la séance pour échanger autour de celle-ci avec le père de Gabin.

Concernant l'anxiété perçue chez Gabin, rapportée plus haut, nous l'avons abordé avec son père. Il a pu nous signifier que ces comportements étaient présents dans tous les lieux d'accueil et de vie de Gabin. A savoir : à la maison, à l'école, lors des rendez-vous médicaux et paramédicaux et lors de ses activités. Ces comportements ne semblent pas arriver à la suite d'un évènement particulier.

D'après les dires de ma tutrice de stage, cette anxiété apparaissait déjà à travers des stéréotypies motrices, des pleurs ou encore des ruptures de contact lorsque Gabin était plus jeune. Son handicap l'empêchait de se réguler. A travers ses acquisitions motrices (autonomie) et de langage, ces comportements s'expriment autrement : par la parole ou encore par l'initiation de déplacements.

Afin de diminuer ces comportements, nous avons verbalisé à Gabin le planning de sa journée puis quand est-ce qu'il retrouvera sa maman et sa maison à chaque fois que ce comportement apparaissait.

J'ai pu proposer à la psychomotricienne d'instaurer un planning visuel pour Gabin afin qu'il puisse se rassurer et se créer des repères. Ma tutrice de stage a su me réexpliquer que Gabin semblait peu attentif aux stimuli visuels par rapport aux stimuli auditifs. Elle préconise donc d'utiliser des repères auditifs afin de le rassurer. Les parents étaient totalement en accord avec sa proposition. En collaboration avec les parents nous nous sommes mis d'accord sur les termes que nous pourrions employer pour lui signifier telle ou telle chose. Le fait de généraliser ces termes à chacun des adultes présents pour Gabin permet davantage de cohérence et d'efficacité.

Depuis le mois de janvier, nous avons pu remarquer que Gabin ouvrait la porte pour aller retrouver son père en salle d'attente, en répétant toujours la phrase déjà citée ci-dessus (comportement qu'il ne faisait pas auparavant). Son père n'étant pas toujours revenu à ce moment-là, cela a pu créer un fort état de tension et d'anxiété chez Gabin à plusieurs reprises.

Concernant cette situation, nous avons orienté le père de Gabin afin qu'il lui verbalise son départ, toujours de la même manière et en utilisant une phrase type « Papa va au magasin, il revient après le rendez-vous ».

Lors des séances qui ont suivi ces échanges, Gabin a su se répéter cette phrase à voix haute à plusieurs reprises.

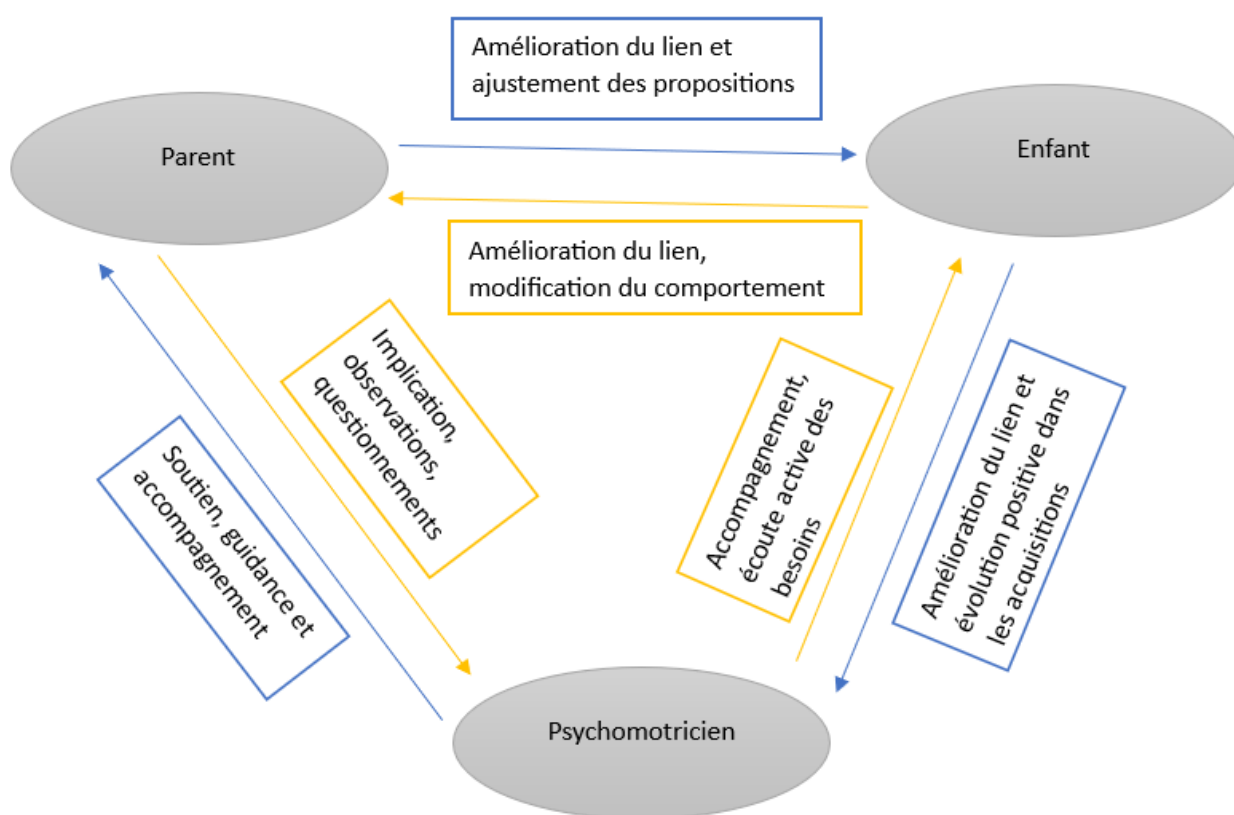
Ce qui définit également le métier de psychomotricien c'est de souligner les interactions positives entre l'enfant et son milieu et s'appuyer sur ces dernières pour soutenir son développement.

Début février, j'ai eu l'opportunité de mener une séance avec Gabin, de l'accueil en salle d'attente à la fin du rendez-vous. Le père de Gabin a pu me confier que la semaine avait été très difficile au vu des comportements d'anxiété de Gabin. Le rendez-vous à l'équithérapie s'était assez mal passé. Ce jour-là, le père de Gabin me signale qu'il reste dans la salle d'attente et qu'il reste à ma disposition si besoin.

Lors de la séance, je prends évidemment en compte les retours du père de Gabin. Je reste attentive pour Gabin et lui propose les mêmes rituels d'activités afin de le rassurer. En effet, il semble moins disponible qu'il n'a été. Je décide donc de soutenir ses efforts en proposant un support sonore sous forme de comptines chantées dès qu'il semblait en avoir besoin. Le papa m'avait parlé en amont des comptines préférées de son fils. Ma proposition a semblé convenir à Gabin, il a su s'apaiser peu à peu et a réussi à se relâcher lors d'un temps sur un gros ballon. Je n'ai perçu aucun comportement d'autostimulation à ce moment-là.

Au fil de cet accompagnement, j'ai observé les comportements de chaque personne présente dans ce travail conjoint, et les répercussions qui ont eu lieu. Je propose donc un schéma permettant de symboliser mes observations tout au long de ce travail avec Gabin et sa famille. Le schéma ci-dessous représente la posture et les comportements de chaque personne dans ce travail de collaboration. Il comprend deux sens de rotation. Le premier (bleu) expose le lien entre la guidance parentale, la relation parent/enfant et le développement de l'enfant. Le deuxième (orange) expose le lien entre l'implication du parent, le regard du psychomotricien et la relation entre l'enfant et son parent. Ces deux sens de rotation fonctionnent conjointement.

Dynamique d'interaction entre l'enfant, le parent et le psychomotricien



3.3 Etayer une fin de prise en charge

Début mars, les parents de Gabin nous confient avoir eu une proposition au sein d'une Unité d'Enseignement Maternelle Autisme (UEMA), pour leur fils. Ils souhaitaient avoir l'avis de la psychomotricienne sur la proposition au vu du profil de Gabin. Si cette dernière venait à être validée, le suivi en psychomotricité avec ma tutrice de stage viendrait à s'arrêter, car cette UEMA en propose déjà aux enfants accueillis. De plus, la proposition était de faire entrer Gabin au sein de l'unité dès la fin du mois de mars.

Dans le cadre de la Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement 2018-2022, ont été créés 325 dispositifs spécifiques de scolarisation des élèves autistes à l'école.

Selon le ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, « *les unités d'enseignement maternelle autisme (UEMA) sont des unités d'enseignement rattachées à des établissements médicaux sociaux implantés dans des écoles maternelles pour proposer un cadre de scolarisation adapté à des élèves avec des troubles du spectre de l'autisme et pour lesquels la maison départementale des personnes handicapées a notifié ce besoin. Ces unités scolarisent 7 enfants de 3 à 6 ans.* » (Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, 2023).

L'arrêt du suivi en psychomotricité peut être un moment délicat et important dans le processus thérapeutique. Cette fin de prise en charge nous a demandé un étayage et une implication importante auprès des parents, on les a accompagnés dans leur futur projet de vie pour leur fils.

La mère de Gabin a souhaité prendre rendez-vous avec ma tutrice de stage au sujet de cette proposition. Ce rendez-vous a été réalisé par téléphone. Ayant accompagné Gabin et sa famille, je me suis informée de leurs échanges.

La psychomotricienne a pu faire part de ses connaissances concernant les UEMA aux parents de Gabin et des points positifs de cette structure au vu du profil de leur fils. Elle a pu leur expliquer que le choix leur appartenait, mais qu'elle restait disponible pour eux. Ces parents ont pu tenir compte qu'ils ne perdraient pas l'espace de psychomotricité. Il me semble primordial de soutenir les parents dans cette situation, tout en les accompagnant à faire leur propre choix pour leur enfant. Ils décident, peu de temps après ces échanges, d'accepter la proposition.

La psychomotricienne de l'UEMA ainsi que ma tutrice de stage se sont mises en contact, afin d'échanger sur l'accompagnement de Gabin. Ces échanges vont permettre une continuité dans la prise en charge. Ainsi, ils permettent de rassurer les parents dans la perception du lien et d'une continuité entre les différents espaces thérapeutiques proposés. Le travail en cours ainsi que les acquisitions de Gabin depuis le suivi en psychomotricité ont pu être évoqués.

Lors du dernier rendez-vous de suivi avec Gabin, mi-mars, nous avons pris le temps de lui verbaliser cette fin de prise en charge au début puis en fin de séance.

Ce lien qui a été créé avec les parents de Gabin a permis de leur donner confiance dans le rôle de parents et ainsi trouver des appuis lorsqu'ils en avaient besoin. Ce travail permet aux parents de se sentir compétents à aider leur enfant. Ce décryptage permet également d'envisager les adaptations nécessaires à la vie sociale ordinaire de la famille et à la scolarisation de l'enfant au regard de son fonctionnement actuel (Giromini et al., 2022b).

Parents et professionnels avaient remarqué l'importance des séances hebdomadaires pour Gabin dans ses acquisitions. Cette rythmicité semble lui correspondre. Au vu de ces observations, les parents de Gabin ont souhaité, avec accord de la psychomotricienne, proposer à Gabin des séances au sein du cabinet lors des grandes vacances scolaires.

Cette décision semble bénéfique pour le développement psychomoteur de Gabin. De plus, cela a été proposé, car une rupture totale avec les soins actuels et la précipitation de l'indication aurait pu remettre en question l'acceptation des parents de ce nouveau dispositif. La psychomotricienne a prévu de refaire un point avec sa consœur de l'UEMA avant de revoir Gabin.

Cette guidance auprès des parents aura permis de leur donner confiance dans leur rôle de parents, qu'ils trouvent leur place auprès de leur enfant, afin qu'ils puissent prendre des décisions favorables et soutenantes pour leur famille.

Conclusion

Au sein de ce mémoire, j'ai souhaité mettre en avant l'importance du lien entre le psychomotricien et le parent lors de la prise en charge de son enfant ; au sein d'un cabinet libéral. Nous avons pu voir qu'au sein du cabinet libéral de psychomotricité, la place du parent est particulière.

Il s'agit donc, en tant que psychomotricien, de trouver des ressources et des stratégies afin d'apporter notre savoir-faire et notre savoir-être au profit d'un meilleur accompagnement, et de s'adapter à chaque situation. J'entends par accompagnement de soutenir les parents dans leur rôle de parent, de leur donner confiance en eux et ainsi pouvoir être un appui en cas de doutes ou de questionnements.

En cabinet libéral, il est essentiel de tenir compte du parent dans l'accompagnement d'un enfant et de s'appuyer sur un réseau de professionnels. Nous avons pu voir à travers ce mémoire que l'apport du psychomotricien dans l'accompagnement parental est bénéfique au développement de l'enfant, mais également que le parent peut être collaborateur de la prise en charge, de par ses observations riches et son investissement tout au long du suivi.

Notre pratique demande des facultés d'adaptation et un regard d'ensemble sur chaque situation. Cette adaptation tient compte de l'enfant, de sa famille et de l'ensemble du réseau de professionnels autour de l'enfant. L'objectif est de trouver ensemble des stratégies, des situations pouvant améliorer et soutenir le développement de l'enfant et bonifier la qualité de vie du patient et sa famille.

Comme le disait Françoise Dolto, pédiatre et Psychanalyste, « *on ne naît pas parent, on le devient* ».

Dans cette citation, Françoise Dolto exprime le fait que devenir parent n'est pas inné. Certes, le statut de parent est attribué, mais le savoir-faire s'apprend avec l'expérience. Le psychomotricien a un rôle à jouer dans cet apprentissage. De plus, lorsque le handicap vient se greffer au sein de celui-ci.

L'écriture de ce mémoire me permet d'ouvrir mon regard sur la place qu'offre le psychomotricien au parent. Mes interrogations sur l'implication du parent sont aujourd'hui confortées grâce à mes expériences professionnelles et ma formation. Ce travail aboutit me permet d'axer ma posture professionnelle vers un accompagnement du parent pourvu de non-

jugement, d'objectivité, de confiance et d'une prise en compte du patient dans son environnement relationnel et familial. Notre singularité se retrouve dans celui-ci. J'ai pu approfondir mes connaissances du métier avec certes beaucoup de découvertes, mais également beaucoup de certitudes.

Mon objectif est de continuer à me former dans l'accompagnement à la parentalité. Je prévois de faire la formation à la méthode Barkley, dans le but d'accompagner et de soutenir le parent dans la compréhension du trouble de son enfant.

Pour ne pas conclure ...

A la suite de la prise en charge présentée dans la partie étude de cas, j'ai trouvé nécessaire d'avoir des nouvelles de Gabin. Je me suis permise de demander à ma tutrice de stage comment se passait son entrée à l'UEMA. Je me questionne aujourd'hui sur l'impact de la séparation dans le soin psychomoteur : pour le psychomotricien, le patient et son parent. Ainsi, penser la posture du psychomotricien face à une séparation lors d'un soin psychomoteur est une piste de réflexion vaste pouvant être intéressante à explorer lorsque l'on parle de l'accompagnement de l'enfant et de son parent.

Bibliographie

- Alvarez, L., & Golse, B.** (2020a). *Chapitre II - Les compétences du bébé : Vol. 3e éd.* (p. 19-34). Presses Universitaires de France.
- Alvarez, L., & Golse, B.** (2020b). *Chapitre IV - L'étude des interactions : Vol. 3e éd.* (p. 47-59). Presses Universitaires de France.
- Amoretti, S., Ouchacoff, L., Bénavidès, T., Adeline, A., Scialom, P., Jacquet, S., Miermon, A., Calvet, É., Fillion, S., Cornot, A., & Brandily, A.** (2015). Chapitre 3. Modalités de prise en charge. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 129-209). De Boeck Supérieur.
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D.** (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19.
- Barbe, R.** (2012). Parentalités. *Psychothérapies*, 32(1), 1-2.
- Blazy, M., & Mauvais, P.** (2008). *La parentalité accompagnée*. Érès.
- Drouin, M.-S.** (2021). Chapitre 19. Les techniques favorisant l'alliance thérapeutique. In *L'alliance thérapeutique* (p. 117-123). Dunod.
- du Breil de Pontbriand, B., & Brugailière, M.-C.** (2019). L'apprentissage et la construction de soi dans une situation de rupture biographique. *Savoirs*, 49(1), 69-82.
- Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S.** (2015a). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66(2), 14-22.
- Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S.** (2015b). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66(2), 14-22.
- Gatecel, A., Massoutre-Denis, B., Giromini, F., Moyano, O., Scialom, P., & Corraze, J.** (2012). Chapitre 9. La relation en psychomotricité. In *Manuel d'enseignement en psychomotricité* (p. 327-351). De Boeck Supérieur. =
- Giromini, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S., & Gatecel, A.** (2022a). *Chapitre III. L'activité du psychomotricien* (p. 21-27). Presses Universitaires de France.
- Giromini, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S., & Gatecel, A.** (2022b). *Chapitre IV. La démarche clinique* (p. 28-51). Presses Universitaires de France.
- Giromini, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S., & Gatecel, A.** (2022c). *Introduction* (p. 3-4). Presses Universitaires de France.
- Grimaldi, A.** (2006). La maladie chronique. *Les Tribunes de la santé*, 13(4), 45-51.
- Houzel, D.** (2002). IV – Les enjeux de la parentalité. In *La parentalité* (p. 61-70). Presses Universitaires de France.
- Konicheckis, A.** (2013). Personnification, personnalisation et figurations premières. *Revue française de psychanalyse*, 77(4), 1055-1065.

- Korff-Sausse, S.** (2007). L'impact du handicap sur les processus de parentalité. *Reliance*, 26(4), 22-29.
- Lamboy, B.** (2009). Soutenir la parentalité : Pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept. *Devenir*, 21(1), 31-60.
- Lebovici, S., & Moro, M. R.** (2009). L'empathie. In *L'arbre de vie* (p. 101-111). Érès.
- Marciano, P., & Benadiba, M.** (2007). Temps et espaces interstitiels : Dans un hôpital de jour pour enfants. *VST - Vie sociale et traitements*, 95(3), 79-89.
- Mellier, D., & Gratton, E.** (2015). Éditorial. La parentalité, un état des lieux. *Dialogue*, 207(1), 7-18.
- Mendonça, J. S. de, Cossette, L., Lapointe, M.-N., & Strayer, F. F.** (2008). Vers une analyse systémique des liens d'attachement. *Bulletin de psychologie*, Numéro 495(3), 257-266.
- Mitchel, M. W., Myers, S. M., Heidlebaugh, A. R., Taylor, C. M., Rea, H., Neuhaus, E., Kurtz-Nelson, E. C., Earl, R., Bernier, R., Ledbetter, D. H., Martin, C. L., & Eichler, E. E.** (1993). CHD8-Related Neurodevelopmental Disorder with Overgrowth. In M. P. Adam, J. Feldman, G. M. Mirzaa, R. A. Pagon, S. E. Wallace, L. J. Bean, K. W. Gripp, & A. Amemiya (Éds.), *GeneReviews®*. University of Washington, Seattle.
- Paquette, D.** (2004). La relation père-enfant et l'ouverture au monde. *Enfance*, 56(2), 205-225.
- Petitot, J.** (2022). Chapitre 17. La prise en charge psychomotrice en SSR pédiatrique. Une temporalité suspendue. In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices : Vol. 2e Éd.* (p. 187-195). Dunod.
- Potel Baranes, C.** (2019a). 12. Introduction au bilan psychomoteur et aux évaluations. In *Être psychomotricien* (p. 233-242). Érès.
- Potel Baranes, C.** (2019b). 19. La question du cadre thérapeutique. La contenance, les limites, le corps. In *Être psychomotricien* (p. 357-381). Érès.
- Potel Baranes, C.** (2020). 4. Au cœur de la pratique : Un dialogue tonico-émotionnel revisité. In *Le corps en relaxation* (p. 39-50). Érès.
- Raynal, N., Sage, I., Scialom, P., Saint-Cast, A., Cornot, A., & Jacquet, S.** (2018). Chapitre 1. Introduction. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 1-38). De Boeck Supérieur.
- Raynaud, A.** (2019). *La sécurité émotionnelle de l'enfant*. Marabout.
- Réveillé, C., Paquet, A., Le Menn-Tripi, C., Laranjeira-Heslot, C., Perrin, J., Tavera, F., & Albaret, J.-M.** (2018). Chapitre 16. Évaluation psychomotrice dans le Trouble du Spectre de l'Autisme. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 235-243). De Boeck Supérieur.
- Ritter, N.** (2023). Accompagnement parental en psychomotricité sous l'angle de l'approche sensori-motrice. *Empan*, 130(2), 69-81.
- Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A.** (2012). Chapitre 5. Le tonus et la tonicité. In *Manuel d'enseignement en psychomotricité* (p. 161-199). De Boeck Supérieur.

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>

Valentin-Lefranc, A., & Pavot-Lemoine, C. (2015). Chapitre 2. Prévention, éducation et soin. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 99-128). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2015.02.0099>

Vidal, C. (2012). La plasticité cérébrale : Une révolution en neurobiologie. *Spirale*, 63(3), 17-22. <https://doi.org/10.3917/spi.063.0017>


Weatherston, D. J. (2003). La santé mentale du nourrisson : Une revue de la littérature. *Devenir*, 15(1), 49-83. <https://doi.org/10.3917/dev.031.0049>

Sources internet :

- **Haute Autorité de Santé.** (2012). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_953959/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-interventions-educatives-et-therapeutiques-coordonnees-chez-l-enfant-et-l-adolescent
- **Ministère de la santé.** (2022). *Mise à jour de la charte nationale de soutien à la parentalité* | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. <https://solidarites.gouv.fr/mise-jour-de-la-charte-nationale-de-soutien-la-parentalite>
- **Le Petit Robert.** (2024). *Définitions, synonymes, prononciation, exemples* | *Dico en ligne Le Robert*. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/parentalite>
- **La DAJ.** (2023). *Lettre de la DAJ – Exercice en société des professions libérales réglementées : Ordonnance du 8 février 2023*. <https://www.economie.gouv.fr/daj/lettre-de-la-daj-exercice-en-societe-des-professions-liberales-reglementees-ordonnance-du-8>
- **Ministère de la santé.** (2023). *UEEA, UEMA, dispositifs intégrés*. éducol | Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse | Direction générale de l'enseignement scolaire. <https://eduscol.education.fr/3634/ueea-uema-dispositifs-integres>
- **République Française.** (2000). *Chapitre II : Psychomotricien. (Articles L4332-1 à L4332-7) Légifrance*. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171316/


Annexes

Annexe 1.



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction générale
de la cohésion sociale



CHARTRE NATIONALE DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

8 grands principes pour accompagner les parents

1. > Reconnaître et valoriser prioritairement les rôles, le projet et les compétences des parents : les interventions s'appuient sur les ressources et capacités des parents. Elles se construisent avec eux. Elles nécessitent bienveillance et écoute, sans jugement, préjugé, injonction, ni obligation. Elles encouragent l'entraide entre pairs.

2. > S'adresser à toutes les familles quels que soient la situation familiale, le milieu social, l'environnement, le lieu de résidence, la présence d'un handicap ou les références culturelles: les interventions de soutien à la parentalité doivent être accessibles à toutes les familles, sur tout le territoire, dans une perspective universaliste, tout en prenant en compte la singularité de chaque parent.

3. > Accompagner les parents en intégrant dans cette démarche toutes les dimensions et l'ensemble du contexte de la vie familiale, pour le bien-être de l'enfant et des parents eux-mêmes, et quel que soit l'âge de l'enfant.

4. > Proposer un accompagnement et un soutien dès avant l'arrivée de l'enfant et jusqu'à son entrée dans la vie adulte : agir tôt permet de prévenir, anticiper et mieux repérer les situations de vulnérabilités ou les difficultés.

5. > Respecter les principes d'égalité entre les femmes et les hommes dans la parentalité et au sein de la sphère familiale : les actions de soutien à la parentalité et l'accompagnement des parents veillent à ne pas véhiculer de stéréotypes sur les relations entre parents ou entre les enfants.

6. > Quelles que soient les configurations familiales, permettre à chaque parent d'occuper, dans la mesure du possible, sa place dans le développement de l'enfant. En outre, et parce que les parents ne sont pas les seuls impliqués dans le quotidien des soins et de l'éducation des enfants, d'autres personnes ressources dans l'environnement familial peuvent être concernées par les actions de soutien à la parentalité: grands-parents, beaux-parents, familles recomposées...

7. > Proposer des interventions diverses (collectives ou individuelles, dans des lieux dédiés, itinérants ou au domicile...) accessibles à toutes les familles sur l'ensemble du territoire et respectueuses des principes de neutralité politique, philosophique, et professionnelle : les services, ressources et modes d'action variés mis à disposition des familles sont tous légitimes dès lors qu'ils répondent à un besoin identifié et qu'ils explicitent les approches et objectifs qui les sous-tendent. Ils s'inscrivent dans une démarche d'évaluation pensée en amont et qui intègre la temporalité nécessaire à l'établissement d'un lien de confiance. Les parents y sont associés comme ils le sont à la définition des actions.

8. > Garantir aux personnes qui recourent à une action de soutien à la parentalité **que les bénévoles ou professionnels qui interviennent dans ce cadre: ont une compétence ou bénéficient d'une formation dans ce domaine; et disposent de temps de partage d'expérience et d'analyse des pratiques.**

Cette charte établit les principes applicables aux actions de soutien à la parentalité en application de l'article L. 214-1-2 du code de l'action sociale et des familles.

Annexe 2.

Stades	Attitude du patient	Exemple de propos de patients	Comportement habituel du soignant	Attitude adéquate du soignant
1. Choc	Surpris à angoissé	« Je ne réalise pas bien... »	Banalise, minimise le problème, évite le sujet, donne trop d'instructions.	Soutenir, aider le patient à se retrouver en privilégiant l'écoute, la reformulation.
2. Dénégation	Détaché, banalise la maladie, rejette la menace.	« Il y a des maladies plus graves... »	Persuasif, cherche à faire prendre conscience de la réalité de la maladie.	Instaurer un climat de confiance, chercher en quoi le patient se sent menacé en l'amenant à s'exprimer sur ce qu'il vit.
3. Révolte	Agressif, revendicateur	« C'est la faute de... si... »	Se sent attaqué, juge le patient caractériel.	Chercher l'objet de la révolte et ne pas s'y opposer.
4. Marchandage	+/- collaborant, manipulateur	« Si je fais plus attention à mon alimentation, il ne sera peut-être pas nécessaire que je passe à l'insuline... »	Irrité, remis en question, risque de répondre par l'agressivité ou l'autoritarisme.	Négocier sur des points secondaires.
5. Dépression	Triste, méditatif	« Je réalise que le diabète peut provoquer de graves complications »	Sentiment d'incapacité, minimise le problème, peu attentif.	Renforcer l'écoute active, respecter les larmes, susciter un projet.
6. Acceptation	Tranquille, collaborant	« Je vis avec et non pas malgré mon diabète... »	Gratifié, il risque de négliger son attention.	Renforcer la formation personnalisée du patient.
7. Résignation	Passif, docile	« Je m'en remets à vous, Docteur... »	Dévoué	Éviter de renforcer la résignation, mettre l'accent sur les comportements positifs du patient, lui fixer des objectifs modestes.
8. Pseudo-acceptation	Refuse consciemment de se sentir malade.	« Je refuse d'être handicapé... »	Impuissant, agacé, menaçant	Tenter de rejoindre le niveau émotionnel en abordant les problèmes liés à la maladie, afin d'ouvrir une brèche pour que les patients parviennent à exprimer leurs sentiments.