

Observation et prévention du jeune enfant de 0 à 3 ans

Psychomotor observation and prevention in 0 to 3 years old children

Annabelle MIERMON*

Psychomotricienne

RÉSUMÉ

L'intervention psychomotrice en crèche parentale s'étaye sur divers éléments : l'orientation du projet pédagogique, la dimension parentale, une bonne connaissance du développement psychomoteur normal, de la sémiologie psychomotrice, des variations normales et pathologiques. Ceci donne une idée des stimulations dont l'enfant fait l'objet. Cette intervention s'organise alors autour de plusieurs axes : une observation psychomotrice précise de l'enfant et une réponse structurée en terme de prise en charge. En effet, le psychomotricien doit pouvoir établir la nature et les modalités de son intervention et bien sûr les objectifs. Les moyens dont nous disposons actuellement en crèche ont leur limite et c'est pourquoi le travail en équipe est si important.

MOT CLÉS : stimulations, prévention psychomotrice, jeune enfant, crèche parentale

SUMMARY

Psychomotor management in a parental nursery leans on various factors : educational methods orientation, parental aspect, being very well versed in psychomotor development, psychomotor semiology, ordinary et pathological variations. This allows to make a representation of how children are stimulated. Then, psychomotor management will be organized according to a clear psychomotor observation and a structured response in terms of psychomotor intervention. The psychomotor therapist should be able to work out nature, terms and conditions of his intervention and of course, the aims of it. At the time, means we have in nurseries are limited and that's why working in shift is so important.

KEY WORDS : stimulations, psychomotor prevention, child, parental nursery



Voici une présentation du travail d'observation et de prévention que le psychomotricien peut effectuer en crèche. Ce travail peut paraître surprenant voire inapproprié. Toutefois, si on considère la population de crèche comme une population générale correspondant à une tranche d'âge, toute la sémiologie psychomotrice précoce peut y être représentée. Dès lors, l'intervention en psychomotricité s'oriente de 2 façons : l'observation et la prévention.

Le travail présenté s'effectue dans une collectivité à caractère parental qui n'est pas une structure de soin. Les axes de réflexion en fonction de ces 2 critères se situent ainsi :

- le statut que donnent les parents à l'enfant (crèche parentale),

- le statut que donne le personnel à l'enfant (structure d'accueil et non de soin).

Tout deux déterminent le type de stimulations dont l'enfant fait l'objet.

Ainsi, en cas de désordre psychomoteur détecté, on peut dégager si un mauvais ajustement existe au cœur des interactions parents/enfants, si un dysfonctionnement de la crèche ne permet pas de répondre aux besoins de l'enfant, et/ou si une difficulté instrumentale apparaît. Ceci permet au psychomotricien de dégager la part des difficultés de développement inhérente à l'enfant lui-même et la part des difficultés d'organisation des stimulations de l'environnement. La prévention s'organisera

*Institut de Formation en Psychomotricité,
Faculté de médecine de Toulouse-
Rangueil, 133 rte de Narbonne,
31062 Toulouse cedex

alors différemment en fonction des cas.

Le cadre théorique de l'intervention

Il peut grossièrement se résumer en 3 points essentiels :

- Le nouveau-né est doté de capacités interactives avec son environnement proche dès le début de la vie. Ceci permet, outre le développement affectif et des conduites d'attachement, l'accès aux stimulations de son milieu d'évolution. L'interaction est dès lors renforcée par le fait que le bébé acquiert et intègre de nouveaux savoir-faires qu'il peut à son tour mettre au service de la communication.
- Par ailleurs, les compétences perceptives néo-natales que ce soit en matière de transfert intermodal (= coordinations inter-sensorielles) ou de discrimination perceptive par exemple, sont également au service de l'exploration du monde environnant, dans ses composantes physiques et sociales mais aussi dans l'exploration et le développement de la connaissance de soi.
- Le 3ème volet de ce cadre théorique est la motricité. Elle est soumise dès la naissance à la maturation du système nerveux central, au développement de la perception, aux sollicitations environnementales, donc plus tardivement aux capacités d'apprentissage.

L'action motrice peut alors s'envisager de 3 façons :

- Comme l'expression de la santé du système nerveux central de l'enfant donc comme la qualité de l'intégration des données sensorielles et neuromusculaires au cours d'un mouvement.
- Comme l'apprentissage des relations de causalité : ce que l'enfant ne

peut atteindre dans son environnement physique, son environnement social l'atteindra pour lui. Et c'est par le truchement de la motricité, entre autre, que cet environnement social va décoder certains besoins, certaines envies. Ainsi, le bébé repère progressivement quels sont les conséquences de ses actes moteurs dans son environnement proche.

- Enfin plus tard, comme l'actualisation active des comportements d'exploration sensori-moteurs. Bien entendu, la motricité vient à son tour renforcer la perception par le biais des expériences et des explorations.

La crèche parentale

Le cadre de l'intervention en psychomotricité se situe dans une crèche parentale en banlieue de Toulouse. Cette banlieue est d'un bon niveau socio-économique. La crèche parentale est une structure d'accueil co-gérée par des professionnels de la petite enfance et par les parents eux-mêmes. Ces professionnels sont trois éducatrices de Jeunes Enfants, une auxiliaire de puériculture, une psychologue, une généraliste et une psychomotricienne. L'aspect co-éducatif implique que les parents participent à la gestion administrative et encadrent une demi-journée par mois les enfants. Cela ne va pas sans poser de problèmes et de confusions qui ne seront pas abordés ici. Toutefois, ce type de structure présente l'avantage de favoriser le contact parents-professionnels. Les parents sont donc sensibilisés à l'importance et l'impact de l'éducation précoce et de la prévention quand celle-ci est nécessaire.

La crèche accueille quotidiennement 25 enfants. Ils ne viennent pas forcément à plein temps, le nombre total d'enfants inscrits s'élève donc à 37 ; ce qui ramène le temps de présence des parents à la crèche à environ 3/5^e de temps.

Environ 80 % des enfants ont leur premier contact avec la crèche à la fin du congé maternité de la mère soit aux alentours de 2,5 mois-3 mois. Ce qui est extrêmement jeune si on considère le cas des bébés prématurés (entre 0 et 8 % en moyenne à la crèche par an).

Une période dite d'adaptation se fait comme dans la plupart des établissements qui accueillent collectivement de jeunes enfants. Cette adaptation tente de servir 3 objectifs :

- permettre à l'enfant de se familiariser progressivement avec ce nouveau lieu en présence d'un de ses parents,
- permettre à la dyade parents-enfant d'accepter la séparation et d'admettre ainsi qu'une ou plusieurs personnes non familières peuvent prendre en charge le bébé,
- enfin, permettre à l'équipe de prendre connaissance des habitudes de ce nouvel enfant à travers les commentaires du parent. Ceci permet secondairement de rassembler certaines données anamnétiques qu'il est parfois délicat de recueillir dès l'inscription administrative.

Une fois l'adaptation effectuée, la fréquentation de la crèche par l'enfant va de 3 demi-journées par semaine à 10 demi-journées par semaine. L'enfant fréquentera en général la crèche jusqu'à l'âge de scolarisation qui varie entre 2 et 3 ans. Les plages horaires d'accueil sont 8 h-19 h du Lundi au Vendredi.

Le choix d'un mode de garde en collectivité par les parents (8 à 10 % des enfants en France) est motivé par différents aspects qu'il me paraît important de souligner du fait de leur signification à 3 niveaux :

- le 1er niveau porte sur la conception et l'acceptation du jeune enfant comme un être social,
- le 2ème niveau porte sur l'acceptation implicite par les parents que plusieurs personnes s'occupent de l'enfant et portent un regard de professionnels sur lui.

- enfin, le 3ème niveau peut porter sur la nuance qui existe entre garderie et éducation dans la représentation que peuvent avoir les parents de la crèche. Cette notion n'est guère favorisée par la politique de santé de la petite enfance (P.M.I., C.A.F., municipalités, ...).

Remarque : il est évident que cette politique varie d'un département à l'autre mais la législation en vigueur concernant la petite enfance contient des vides juridiques qui n'encouragent pas les initiatives autres que celles de "garderie". Voici quelques exemples de thèmes où demeurent les flous législatifs : conditions d'encadrement des sorties à l'extérieur des locaux, intégration d'enfants handicapés, utilisation de certains matériels, fonctions administratives des responsable-technique en crèche parentale, rôle de la crèche, présence et rôle du médecin, contrôle des conditions de sécurité et d'hygiène, conditions d'obtention d'un agrément, ... Ces flous ne sont compensés qu'en fonction des moyens déployés par la structure.

Ces 3 éléments conditionnent la perception que les parents ont de l'enfant. Les stimulations de l'environnement social et physique du bébé sont donc soumises dès le plus jeune âge à la représentation qu'ont les parents du statut d'enfant.

Ce statut s'échelonne en général de l'enfant-biologique qui subit les influences de son milieu d'évolution à l'enfant doté d'un équipement sensori-moteur et cognitif permettant des interactions précoces avec l'environnement et le milieu matériel. Cette 2ème conception comprend évidemment que l'enfant possède 1) un système de régulation des stimulations reçues et 2) des formes de contrôle sur les sources de ces stimulations. Toutes les nuances dans les représentations de ce statut existent et reposent également sur des histoires familiales et sur des aspects socio-culturels.

Le nouveau-né arrivant en crèche rencontre donc un ensemble de stimulations liées aux sphères affectives, sociales et de soins qui diffèrent des stimulations parentales et du style éducatif familial dans leur aspect quantitatif et qualitatif. En effet, l'ensemble du personnel a établi un projet pédagogique. Ce projet est conditionné par le statut conféré au nourrisson et au jeune enfant au sein de l'équipe d'encadrement.

Le cadre théorique que l'on donne à ce projet entraîne une particularité des attitudes éducatives du personnel de crèche. La crèche où j'interviens situe l'enfant dans un cadre de stimulations essentiellement affectives et liées aux soins corporels.

Les ajustements à l'enfant à la crèche en terme :

- d'observation (outils et moyens d'observation utilisés),
- d'exigences (objectifs éducatifs), de réponses données en regard des besoins détectés (activités, stimulations),
- vont se calquer au cadre théorique auquel on se réfère.

Toutefois, des différences inter-individuelles entre les membres d'une même équipe apparaissent. Ils apportent une hétérogénéité dans le type de stimulations offertes à l'enfant.

Lorsque la cohésion d'une équipe est importante, elle peut amoindrir cette hétérogénéité. A l'inverse, le manque de cohésion entraîne des stimulations incohérentes et nuisibles au travail auprès de l'enfant.

Ce statut donné au bébé conditionne fortement le contexte général de la crèche.

Voici quelques points qui permettent de repérer les choix éducatifs d'une crèche ainsi que la représentation que le personnel se fait de l'enfant :

- l'aménagement de l'espace, structuré, fouilli, large, confiné, doté de matériel adapté ... ;
- l'utilisation du temps, part consacrée au sommeil, aux activités psy-

chomotrices et cognitives, aux moments affectueux, aux soins corporels, à l'alimentation, à l'hygiène des locaux, à la réflexion pédagogique) ;

- la densité d'enfants au mètre-carré (notion d'agrément donné par la P.M.I. pour tant d'enfants) ;
- le confort et les conditions de sécurité pour les enfants ;
- le confort pour les adultes ;
- les règles de vie collectives dans le lieu ;
- l'accueil des parents ;
- la qualité, quantité et variété des activités ;
- le travail d'équipe ;
- le nombre de membres de l'équipe,
- la nature des diplômes de ces membres ;
- les outils de transmission des informations entre les parents et l'équipe : cahiers de liaison, cahiers individuel par enfant, tableaux d'informations (pour les menus, activités, manifestations diverses, annonce d'épidémie, arrivée des factures mensuelles, ...), nature de l'accueil du matin et de la fermeture du soir, cahier du médecin, etc.

Le projet de la crèche où je travaille s'inspire globalement des théories maturationnistes réduisant la part de l'environnement aux relations affectives.

Dans ce flot d'éléments qui entourent le quotidien d'un jeune enfant en crèche, quelle place peut prendre la psychomotricité, quel est son intérêt, quelles en sont les limites ?

Comment l'observation en psychomotricité peut-elle prendre sa place

L'observation

Son cadre

Il est d'abord indispensable pour le psychomotricien de procéder à une investigation multiple autour d'un même enfant. Cette investigation

s'étaye sur les éléments d'observation suivants :

- des informations anamnétiques, des éléments concernant le type de stimulations que les parents offrent à l'enfant,
- des éléments concernant le type de stimulations que la crèche offre à l'enfant,
- le niveau de développement des habiletés psychomotrices,
- les capacités d'apprentissage psychomoteur.

Ceci permet lors d'une évaluation en psychomotricité de situer l'enfant dans son contexte de vie d'une part et dans sa trajectoire de développement d'autre part. Il est en effet important de tenter de faire la part entre ces 2 influences afin d'offrir à l'enfant en difficulté des stimulations appropriées en accord avec l'équipe éducative et ses parents qui l'entourent.

Par ailleurs, situer l'enfant dans sa tranche d'âge permettra avec les éléments ci-dessus énoncés, de différencier une variation individuelle normale d'une déviation ou d'un trouble psychomoteur d'expression précoce. Cette différenciation est capitale car la valeur pronostique auprès du jeune enfant est extrêmement délicate à établir, pour les raisons mêmes que le développement est soumis à des influences multiples qui s'intriquent les unes aux autres. Le produit de cette interaction fait que chaque enfant dès les premières semaines de vie présente un profil psychomoteur individuel et unique, profil qu'il est parfois difficile de faire correspondre à une description clinique type. C'est pourquoi la prise en charge psychomotrice doit nécessairement s'appuyer sur une observation objective et clinique, précise et complète des éléments développementaux de l'enfant.

Ses outils

Il existe 2 types d'outils : des outils d'évaluation étalonnés pour

une population française ou non et des outils non étalonnés. En voici une liste non exhaustive :

- l'échelle révisée de développement psychomoteur de 1 à 30 mois, de Brunet-Lézine (Josse, 1997),
- l'échelle de développement psychologique de l'enfant de Uzgiris-Hunt (cf Petitpierre-Jost, 2000),
- l'échelle de 1 à 42 mois, de Bayley, 2^o édition (1993),
- l'échelle d'évaluation du comportement néonatal de Brazelton (cf. Brazelton, 1983),
- l'échelle de développement mental de 1 à 24 mois, de Griffith (1954),
- les échelles neuromotrices diverses (période néonatale), de Amiel-Tison et Grenier (1985),
- le bilan sensori-moteur de l'enfant (observation clinique) de Bullinger (1996),
- la grille d'évaluation de 0 à 4 ans, de Portage
- la grille d'observation des interactions précoces de 0 à 4 ans, de Hubert Montagner.

Et pour les plus âgés :

- la WACS, Analyse des structures cognitives de 3 à 6 ans, de Wachs (1988),
- l'échelle de coordinations motrices de 3,5 ans à 6 ans, de Charlop-Atwell (adaptation française de J.M. Albaret et N. Noack, 1994),
- le test d'attention soutenue "Le Thomas" pour les 3-6 ans de Aubert, Ducuing et Santamaria (en voie de publication).

La sémiologie psychomotrice, sa fréquence

Cette sémiologie est difficile à mettre en évidence car il existe 2 phénomènes concomitants dans le développement psychomoteur du jeune enfant : la continuité et les ruptures. L'évaluation doit donc comparer les éléments qui appartiennent à une rupture normale du déve-

loppement à ceux qui signent un déficit précoce ou un dysfonctionnement temporaire ou non. Ceci ne peut se faire sans une connaissance précise du développement psychomoteur normal.

La sémiologie rencontrée dans cette crèche ressemble de près à des expressions précoces et/ou atténuées de tableaux classiques observés traditionnellement à des âges plus tardifs. Sa forme clinique est toutefois plus diversifiée. La présentation de cette sémiologie ne tient donc pas compte de l'étiologie ou des facteurs de renforcement.

On retrouve 2 catégories de signes :

1) les signes qui s'organisent comme dans la mise en place précoce de syndromes psychomoteurs. On y retrouve :

- les retards de développement psychomoteur et les difficultés d'ajustements toniques qui s'actualisent à travers des désordres du développement posturo-locomoteur et/ou des coordinations (4% à 8% en moyenne par an).
- les difficultés d'acquisition des coordinations accompagnées de lenteur, de chutes, de conduites d'évitement (entre 4 et 12 % en moyenne par an).
- les difficultés de régulation de l'activité soit dans le sens d'une retenue excessive du comportement, des explorations, de la communication, soit dans le sens d'un défaut d'inhibition provoquant une hyperactivité, une motricité impulsive, des apprentissages psychomoteurs perturbés, des difficultés dans les coordinations posturales. Les % annuels sont inclus dans les signes d'après car ils sont souvent associés.
- les difficultés de focalisation sous différentes formes : distractibilité excessive, difficulté en attention durable et/ou sélective, difficulté dans l'autonomie liée à un défaut d'organisation. Le % comprend les difficultés de régulation de l'activité et de foca-

lisation (entre 8 et 16 % en moyenne par an).

- les perturbations dans les apprentissages praxiques : elles se retrouvent dans le cas d'imitations difficiles de mouvements et de postures, de réalisations difficiles dans les activités de construction, dans l'acquisition retardée d'actes autonomes comme l'habillage, le chaussage, se laver les mains et la bouche, ranger des jeux, manger, ... (entre 0 et 4 % en moyenne par an).

- les mouvements anormaux : dyskinesies, mouvements spastiques, certains tics, tremblements, certaines stéréotypies, ... (entre 0 et 4 % en moyenne par an).

Chacun de ces signes peut être isolé ou s'intégrer dans une organisation psychomotrice plus complexe.

2) les signes psychomoteurs appartenant à une symptomatologie plus complexe d'apparition précoce :

- les troubles envahissants du développement (entre 0 et 4 % en moyenne par an).

- les syndromes neuromoteurs (entre 0 et 4 % en moyenne par an).

- les syndromes comportementaux (entre 0 et 8 % en moyenne par an).

Ces chiffres ne sont que le reflet d'une évaluation qui porte sur une crèche donnée. Ils n'ont aucune valeur statistique et ne peuvent pas refléter des % concernant la sémiologie psychomotrice précoce de la population générale des 0-3 ans.

Par ailleurs, environ la moitié de ses déviations s'atténuent rapidement avec ou sans intervention. L'autre moitié persiste et s'installe dans le temps, certaines difficultés résistant aux mesures préventives, d'autres ralentissant ou annulant leur évolution.

Les signes psychomoteurs précoces les plus révélateurs et dont le pronostic est défavorable sont : les difficultés d'acquisition des coordinations, les difficultés de régulation de l'activité, les difficultés de focalisation, les mouvements anormaux et

bien entendu les troubles psychomoteurs inclus dans une pathologie globale.

Place de la prévention psychomotrice et de la stimulation précoce

Nature des stimulations préventives

Le modèle que propose Mellier (1999) à propos des bébés prématurés en néonatalogie est intéressant à bien des égards et permet de cerner la nature des interventions du psychomotricien en crèche.

La stimulation préventive vise à apporter des expériences différentes de celles des soins de routine et de celles de l'environnement. On peut décrire 2 types d'organisations des stimulations préventives :

- les stimulations compensatoires : elles fournissent un supplément d'exercice perceptivo-moteur et d'interactions sociales afin de compenser des manques et de modifier les réponses inadaptées de l'enfant.

- les stimulations protectrices : elles tentent de diminuer l'exposition de l'enfant aux sollicitations déstructurantes du milieu et aux sources de stress. Et ce, dans le but de permettre à l'enfant d'organiser ses conduites sensori-motrices de façon cohérente et apaisée.

Ainsi, la prévention tente d'éviter la mise en place de désordres psychomoteurs d'apparition précoce en prenant les devants. Elle essaie donc de répondre aux besoins qui peuvent être mis à jour lors de l'évaluation en regard de risques potentiels ou en cours d'installation. La sémiologie psychomotrice des 3 premières années de vie prend des formes cliniques diverses car elle est soumise à de multiples influences.

La notion de prévisibilité est donc au cœur du problème puisqu'elle est difficile à établir. Alors que faire ?

Attendre que les difficultés passent ou prévenir les risques de "surcontamination" en agissant auprès de l'enfant ? L'équilibre est difficile à trouver surtout quand la demande de l'enfant et du parent n'existe pas ou peu, parfois celle de l'équipe non plus. L'information doit être transmise de façon claire et précise sur la qualité du développement de l'enfant et sur le rôle éventuel d'une prévention en psychomotricité. D'où un travail d'équipe et de sensibilisation inévitable : cette information doit être exposée auprès des différents membres de l'équipe et auprès des parents afin que les modifications des sollicitations de l'environnement puissent se faire si nécessaire. Chaque agent interactif du développement de l'enfant (parents et équipe) doit être informé en regard de sa conception du statut du nourrisson et du jeune enfant.

Malgré l'absence de demande de la part des parents, il paraît toutefois plus prudent de privilégier l'intervention. Il est donc impératif de leur demander leur accord et de les accompagner vers une adhésion. Pour cela, une explication claire paraît judicieuse. Toutefois, on ne connaît pas encore très bien comment agissent les mécanismes des stimulations psychomotrices sur les processus du développement. Mais, on sait que :

- d'une part, les désordres psychomoteurs d'origine biologique y compris génétique peuvent être atténués ou adaptés par des apports de l'environnement. Par ailleurs, la formation des structures cérébrales présentent une plasticité qui laisse un rôle à jouer à la sollicitation du milieu (Mellier, 1999).

- d'autre part, si le milieu présente une carence en stimulation sociale, émotionnelle, interactive, un défaut en soins appropriés, des stimulations hostiles, intrusives ou maltraitantes, la stimulation préventive peut permettre à l'enfant d'actualiser certaines acquisitions perceptivo-motrices dans

un milieu adapté, chaleureux, sécurisant et structuré (Sallagoity, 1999). On peut encore penser à l'étude d'Emma Pickler en 1969 : cette étude porte sur l'observation des grandes étapes du développement psychomoteur de 591 enfants vivant en institution et privés de stimulations perceptivo-motrices ainsi que de leur famille. Ces enfants témoignent d'un décalage dans l'âge d'acquisition de la plupart des étapes du développement psychomoteur par rapport à des populations contrôles de même âge élevées en conditions dites "normales". Ceci met en évidence l'incidence de la qualité de l'environnement sur le développement psychomoteur du jeune enfant.

De nombreux éléments permettent donc de rassurer les parents quant à l'efficacité et l'intérêt de cette intervention.

Organisation de ces stimulations préventives

C'est aussi pour toutes ces raisons que la prévention doit être à son tour réfléchi et organisée.

Un cadre théorique précis structure la mise en place d'un protocole préventif de façon cohérente : en effet, les domaines de la perception, de la motricité et de la communication ne se développent pas de façon homogène mais de façon interactive. Par ailleurs, le rythme d'évolution d'un domaine n'est pas forcément concomitant à celui d'un autre.

Il devient alors évident que toute intrusion auprès du nourrisson ou du jeune enfant ne constitue pas des stimulations préventives. Des stimulations correctes aux yeux de l'adulte ne correspondent pas forcément aux besoins de l'enfant. C'est en cela que l'intervention en psychomotricité s'étaye sur divers éléments :

- on peut veiller à ce que le moment de prise en charge corresponde à un état de vigilance suffisant pour l'intégration des sollicitations (sommeil,

faim, maladie, évènement familial, etc). - on tente de travailler dans un espace calme et organisé, les jeux et outils étant déjà préparés.

- on favorisera le travail en individuel avec les bébés jusqu'à environ l'acquisition de la marche ; avec les marcheurs, on peut organiser des groupes de 2 ou 3 en regroupant les enfants qui peuvent bénéficier du même genre de stimulations en s'appuyant sur les phénomènes d'imitation et de gestion de groupe. On peut également alterner des séances individuelles et collectives en structurant les objectifs.

- il est nécessaire d'avoir une connaissance préalable du développement de l'enfant accueilli.

- alterner des phases structurées et des phases d'activité spontanée également.

- savoir observer et gérer les phénomènes d'attention permet d'ajuster en temps réel le niveau d'exigence.

- on peut avoir en tête ou sur papier une progression claire des éléments de stimulation (par ex. dans le travail postural, on peut favoriser l'ordre des séquences suivantes : travail en décubitus dorsal puis ventral, puis en station assise, verticalisation, le tout en stimulant séparément puis conjointement les modalités sensorielles qui préparent et contrôlent les coordinations posturales).

- il est tout à fait possible de différencier le travail d'un domaine psychomoteur d'un autre afin de favoriser l'intégration de nouveaux schémas moteurs chez l'enfant (par ex. dans le travail d'approche manuelle et de préhension, la stabilisation d'une posture est nécessaire mais ce sont 2 objectifs différents au cours d'une même séance).

Objectifs généraux des stimulations préventives

- réduire les facteurs de risque d'un dysfonctionnement psychomoteur,

- améliorer les compétences et l'efficacité dans l'adaptation de l'enfant à son milieu,

- augmenter chez l'enfant les schèmes de réponses sensori-motrices et de communication non verbale permettant l'interaction,

- réajuster les sollicitations du milieu,

- rétablir une image valorisante de l'enfant auprès de l'entourage,

- tenter de réduire les progrès de la pathologie,

- corriger les avancées distordues du développement perceptif et moteur.

De quels moyens disposons-nous et pour quelle crèche ?

Les moyens de mettre tout ça en place varient d'une crèche à l'autre. Toutefois, la base minimale du psychomotricien est de faire comprendre et accepter son rôle et son action auprès de l'équipe.

Informé par écrit, par oral et pourquoi pas montré paraissent dès lors inévitables. Ceci permet progressivement de comprendre les besoins des enfants. Ceci est la phase d'information la plus rapide à effectuer

Ensuite, on peut tenter de réfléchir en équipe à la nature des réponses que l'on souhaite donner en regard des besoins détectés. Il s'agit donc de s'insérer dans le projet pédagogique en y glissant les limites de la collectivité dans son rôle éducatif et les limites de la psychomotricité dans son rôle et ses objectifs : la psychomotricité n'est pas le carrefour de toutes les disciplines de l'éducation et de la psychopédagogie.

Bien comprendre au préalable les attentes explicites et implicites de l'équipe dirigeante et de terrain afin de s'ajuster au mieux me paraît souhaitable. Ainsi, on espère voir apparaître la demande !! Cette seconde

phase est à mon sens la plus longue mais la plus intéressante à mettre en place. Elle donne en effet du sens au travail d'équipe : sans compréhension du rôle et des effets de la psychomotricité, il y a moins de possibilité d'intervention efficace en prévention. Par ailleurs, il me semble que

percevoir les conditions matérielles de travail (matériel, salle etc) et la structuration juridique de la collectivité sont importants car ceux-ci conditionnent fortement les orientations pédagogiques de la structure.

Se couvrir par un travail en collaboration avec le médecin (ou les

parents en crèche parentale) car nous intervenons sur prescription médicale, ne pas oublier que la crèche n'est pas une structure de soin sont enfin des éléments qui ne limitent pas forcément notre intégration professionnelle en structure d'accueil de l'enfant dit "ordinaire". ■

BIBLIOGRAPHIE

- Albaret, J.M., & Noack, N. (1994). *L'échelle des coordinations motrices de Charlop-Atwell*. Paris : ECPA.
- Amiel-Tison, C., & Grenier, A. (1985). *La surveillance neurologique au cours de la première année de la vie*. Paris : Masson.
- Bee, H. (1997). *Psychologie du développement, les âges de la vie*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Brazelton, T.B. (1983). Echelle d'évaluation du comportement néonatal. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 31, 2-3, 61-96.
- Bullinger, A., & coll. (1996). Le bilan sensori-moteur de l'enfant, éléments théoriques et cliniques. *Enfance*, 1, 41-50.
- Brunet, O., & Lézine, I. (1976). *Le développement psychologique de la première enfance*, Paris : PUF.
- Corraze, J. (1999). *Les troubles psychomoteurs*. Marseille : Solal.
- Herren, H., & Herren, M.P. (1980). *La stimulation psychomotrice du nourrisson*. Paris : Masson.
- Illingworth, R.S. (1978). *Abrege du développement psychomoteur de l'enfant*. Paris : Masson.
- Josse, D. (1997). *Brunet-Lézine Révisée, Echelle de développement psychomoteur de la première enfance*. Paris : EAP.
- Lécuyer, R. (1996). *L'intelligence des bébés*. Paris : Dunod.
- Lécuyer, R., Streri, A., & Pêcheux M.G. (1996). *Le développement cognitif du nourrisson, Tome 1 et 2*. Paris : Nathan.
- Lindsay, P.H., & Norman, D.A. (1980). *Traitement de l'information et comportement humain*. Paris : Vigot.
- Lévy, J. (1972). *L'éveil du tout petit*. Paris : Seuil.
- Petitpierre-Jost, G. (2000). Regard contemporain sur l'échelle d'Uzgiris et Hunt. *Evolutions Psychomotrices*, 11, 47, 3- .
- Plomin, J., Defries, J., McClearn, G., & Rutter, M. (1999). *Des gènes au comportement, introduction à la génétique comportementale*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Rivière, J. (Ed.) (1999). *La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant*. Marseille : Solal.
- Sallagoïty, I. (1999). *Eveil précoce de 3 nourrissons vivant en institution*. Toulouse : mémoire de psychomotricité.
- Sciences et vie, Hors-série n° 204 (1998). *Le cerveau et le mouvement*.
- Sciences et vie n° 210 (2000). *La vie au tout début*.
- Vaivre-Douret, L. (1998). *Précis théorique et pratique du développement moteur du jeune enfant*. Paris : Elsevier.