

Faculté de Médecine Toulouse Rangueil  
Institut de Formation en Psychomotricité

# **La place du parent dans la prise en charge du tout-petit vulnérable 1-3 ans**

**Pourquoi et comment impliquer le parent en séance psychomotrice**



Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricienne

Julia Richard

Juin 2017

## Table des matières

Introduction .....	1
<b>1- Le Tout-petit vulnérable et sa prise en charge psychomotrice.....</b>	<b>3</b>
1.1- Le Tout-petit vulnérable .....	3
1.1.1- Définition du bébé vulnérable et de sa population.....	3
1.1.2- Prise en charge plurielle et variabilité de réseaux de professionnels .....	4
1.1.3- Cadre politique avec le plan national périnatalité .....	7
1.2- La psychomotricité pour le tout-petit vulnérable.....	8
1.2.1- Rôle du psychomotricien dans la prise en charge du bébé vulnérable .....	8
1.2.2- Grands axes de la prise en charge psychomotrice du tout-petit.....	11
<b>2- Impliquer les parents dans la prise en charge psychomotrice du tout-petit vulnérable ?.....</b>	<b>13</b>
2.1- La parentalité et les comportements parentaux .....	13
2.1.1- Théories et concepts fondamentaux .....	13
2.1.2- Les déterminants de la parentalité .....	15
2.1.3- Rôle de l'empathie.....	16
2.2- L'importance d'impliquer les parents du tout-petit vulnérable .....	17
2.2.1- Plasticité cérébrale et périodes sensibles dans le développement du tout-petit .....	17
2.2.2- La théorie de l'attachement.....	18
2.2.3- Les concepts de résilience et de coping .....	20
2.2.4- Influence de la perception du bébé par le parent sur le comportement de ce dernier ..	22
2.2.5- Importance des interactions précoces de qualité.....	22
2.2.6- Bébé vulnérable = parents vulnérables.....	23
<b>3- L'accompagnement à la parentalité en psychomotricité.....</b>	<b>25</b>
3.1- Contexte de l'accompagnement à la parentalité .....	25
3.1.1- Contexte général .....	25
3.1.2- Contexte pathologique .....	25
3.1.3- Le terme de « guidance » .....	26
3.1.4- L'objectif général d'intervention auprès de parents .....	27
3.1.5- Les variables ciblées .....	27
3.1.6- L'approche moderne de l'accompagnement à la parentalité .....	27
3.2- Impliquer les parents du tout-petit vulnérable en séances de psychomotricité : quels objectifs ? .....	28
3.2.1- Favoriser un développement optimal en soutenant la famille.....	28
3.2.2- Agir sur le trouble perceptivo-moteur .....	29

3.2.3-	Agir sur d'éventuels troubles affectifs ou relationnels .....	29
3.3-	Les préalables nécessaires à l'accompagnement du parent en séance .....	29
3.3.1-	L'accord, la motivation du parent .....	29
3.3.2-	L'alliance thérapeutique .....	30
3.3.3-	Compétences et maîtrise de certains outils .....	32
3.3.4-	La bonne coordination des professionnels .....	33
3.4-	De la théorie à la pratique : quels outils et quelles méthodes pour impliquer le parent en séance .....	34
3.4.1-	Aspects organisationnels : structure et cadre d'intervention .....	35
3.4.2-	Aspects techniques .....	36
3.4.3-	Aspects informatifs et éducatifs .....	41
3.5-	Exemple de programme d'implication du parent .....	46
3.6-	L'évaluation de ce travail d'implication .....	48
3.7-	Ce que nous apporte le parent .....	49
<b>4-</b>	<b>Partie pratique .....</b>	<b>51</b>
4.1-	L'analyse de la pratique .....	51
4.2-	Méthodologie .....	52
4.3-	Présentation de la vignette clinique .....	53
4.3.1-	Motif de consultation .....	53
4.3.2-	Histoire personnelle du sujet et représentation du trouble .....	54
4.4-	Situation critique et objectif d'implication du parent .....	59
4.4.1-	La situation critique .....	60
4.4.2-	L'objectif global de guidance parentale .....	60
4.4.3-	Cadre de la séance et description générale de la situation critique .....	60
4.5-	Analyse de la pratique sur cette situation critique .....	61
4.5.1-	Objectif d'analyse de la pratique sur cette situation critique .....	61
4.5.2-	Recueil du discours du professionnel .....	61
4.5.3-	Résultats de l'exploitation des données et de l'entretien de confrontation avec la professionnelle .....	62
4.5.4-	Analyse des résultats .....	66
<b>5-</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>69</b>
	Conclusion .....	73
	Bibliographie .....	76

## Introduction

Le tout-petit enfant ne peut être envisagé comme une entité isolée. Dans les premières années de sa vie, son développement s'inscrit dans la relation à ses parents, ou du moins à son environnement quotidien. De même, les troubles ou difficultés de l'enfant ne restent pas isolés, ils se répercutent au sein de la famille et notamment sur la relation parents-enfant. En tant que psychomotricien, le travail auprès de ces enfants en bas âge implique une réflexion sur la place à donner aux parents dans le soin.

Cette question m'a intéressée notamment parce qu'impliquer le parent dans la prise en charge me semblait un travail complexe et délicat. Je me doutais que les affects devaient être forts et très présents auprès d'un tout-petit en difficulté et que le psychomotricien devait probablement se trouver face à des exigences contradictoires : respecter les affects et le rythme du parent, engager ce dernier à mettre en place des aménagements et mobilisations particulières pour son enfant au quotidien, encourager le parent à protéger tout particulièrement son enfant de certaines stimulations inopportunes mais l'inviter aussi à susciter sa participation et son autonomie, promouvoir le lien, etc.

Il m'a semblé que notre formation nous alertait sur cette question majeure de prendre en compte le parent du tout-petit mais ne répondait pas suffisamment à mon besoin de savoir à quel point et surtout comment s'y prendre. Je connaissais des écrits sur l'implication du parent concernant le nourrisson de moins de 1 an, le bébé prématuré en particulier, ou encore les enfants présentant une infirmité motrice cérébrale. Mais j'avais peu d'information concernant la prise en compte du parent en psychomotricité de tout-petits enfants vulnérables quelle que soit la nature de leur fragilité, et au-delà de 1 an.

Ainsi je m'intéresse à la population des tout-petits vulnérables 1-3 ans. D'après le dictionnaire le Petit Robert l'adjectif Vulnérable se définit comme « susceptible d'être blessé, d'être atteint ». On peut lui trouver les synonymes de : exposé, fragile, faible, sensible.

Dans ce mémoire je présenterai dans un premier temps le tout-petit vulnérable et sa prise en charge psychomotrice puis, dans un deuxième temps, la notion de parentalité et la place du parent dans la prise en charge psychomotrice du tout-petit ainsi que les outils et méthodes pour favoriser son

implication. Ma partie pratique s'intéresse à l'analyse de la pratique avec un exemple d'implication du parent par le professionnel sur une problématique spécifique du tout-petit en question.

Le travail présenté ici développe une réflexion qui tente de répondre à la problématique suivante : pourquoi le psychomotricien peut-il être amené à impliquer le parent dans la prise en charge du tout-petit vulnérable et comment peut-il procéder pour le mettre en oeuvre ? quelles compétences vont lui permettre de déterminer les modalités de cette implication (quand, comment et sur quoi) ?

# 1 Le Tout-petit vulnérable et sa prise en charge psychomotrice

## 1.1 Le Tout-petit vulnérable

### 1.1.1 Définition du bébé vulnérable et de sa population

Le terme de tout-petit désigne communément l'enfant en bas âge, le bébé (dictionnaire Petit Robert). En pédiatrie on distingue trois groupes pour les plus jeunes enfants : le nouveau-né va de la naissance à 1 mois, le nourrisson de 1 mois à 1 an (2 ans selon certaines sources) et la petite enfance de 2 ans à 4 ans (<http://www.vulgaris-medical.com>).

Dans mon mémoire je m'intéresse à la population des tout-petits qui ont entre 1 et 3 ans et qui sont pris en charge en la présence de leurs parents. J'ai ciblé cette tranche d'âge car avant 1 an ces bébés vulnérables sont souvent dans une période vitale, les soins sont contraignants et différents de ceux proposés par la suite, en particulier du fait que le thérapeute peut au-delà de 1 an attendre plus de coopération de la part du tout-petit.

Les critères définissant les bébés « *vulnérables* » ne font pas vraiment l'objet d'un consensus (Zupan-Simunek et al, 2007). Les facteurs reconnus de vulnérabilité sont la prématurité, la pathologie néonatale et la pathologie sociale (de Baracé, 2010).

Dans la circulaire du Ministère de la santé (2006, Pt II.4) les enfants considérés comme « bébés vulnérables » nécessitant un suivi organisé sont tous les enfants hospitalisés en période néonatale nécessitant une surveillance quant à l'impact des pathologies périnatales éventuelles mais aussi l'impact de l'hospitalisation elle-même sur l'enfant et sa famille. Néanmoins, cette population représentant environ 10 % des nouveau-nés, la circulaire recommande de choisir des groupes qui paraissent les plus à risque pour envisager un suivi structuré pour ces derniers :

- Les grands prématurés d'âge gestationnel 32 semaines d'aménorrhée ou moindre, à haut risque de déficiences modérées ou mineures qui peuvent entraver la scolarité mais aussi l'intégration dans la famille et la société ;
- Tous les enfants ayant présenté une pathologie lourde en période néonatale et notamment ceux hospitalisés en réanimation néonatale ;
- Les enfants sans pathologie périnatale sévère mais ayant nécessité une hospitalisation prolongée (par exemple, en raison d'un faible poids de naissance et/ou d'une prématurité modérée) ;
- Les enfants présentant un risque particulier éventuel sur le plan psychique et/ou somatique (enfants nés à la suite d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) ou après diagnostic en Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN), enfants nés de mères séropositives

pour le VIH, enfants dont la mère a souffert d'une dépression grave durant la grossesse ou en post partum, ...).

Dans ce mémoire, nous nous intéresserons aux tout-petits qui sont concernés par une vulnérabilité visible (symptomatique) découlant d'une naissance prématurée ou d'une pathologie et potentiellement impactés par la fragilisation induite, contextuelle, de leurs parents. Nous nous intéresserons donc en même temps aux parents de ces enfants qui sont, eux aussi, considérés comme vulnérables puisque concernés par une situation particulièrement difficile (Cf. partie 2.2.6). Ces enfants ont souvent été hospitalisés dans une perspective médicale de survie. Ils se sont trouvés soudainement séparés de leur famille à des moments donnés et cette dernière a pu se sentir dépossédée de son enfant, angoissée et en situation d'attente. L'inquiétude sur le devenir persiste souvent dans ces familles.

Dans la population que je cible, le symptôme du tout-petit est à l'origine de la demande de soin et occupe une place importante. J'exclue les cas où la vulnérabilité découle du milieu uniquement (parents négligents, déficients mentaux, atteints de pathologie psychiatriques, etc.) : le parent n'est ni considéré comme défaillant ni négligent et l'intervention vise à augmenter les comportements et attitudes dont tirera bénéfices l'enfant.

Je n'aborderai pas les périodes d'hospitalisation de ces enfants ni de ce fait les programmes de soins de développement qui ont été pensés pour répondre à la vulnérabilité du bébé hospitalisé (Programme NIDCAP, Programme de soins de soutien du développement).

### **1.1.2 Prise en charge plurielle et variabilité de réseaux de professionnels**

La population des tout-petits vulnérables et de leurs parents est potentiellement prise en charge par des professionnels ou réseaux de professionnels très divers. La présentation ci-dessous ne se veut pas exhaustive mais souhaite donner un aperçu de ce qui est proposé sur le territoire français.

**Le service de la protection maternelle et infantile (PMI)** a un rôle important dans le maillage territorial. Il a été créé à l'origine pour lutter contre la mortalité infantile. Sa mission a évolué vers un rôle plus global de protection et de promotion de la santé de la famille et de l'enfance. Dans le cadre de ses responsabilités au titre de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance (article L. 1423-1 du code de la santé publique), c'est un service relevant du département qui exerce un certain nombre de missions, notamment auprès des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans et en particulier :

- des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes,
- des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance contient un volet sur le rôle de la PMI qui stipule en particulier que (CREAI, 2011) :

- La prévention périnatale est élargie avec notamment la mise en place d'un entretien psycho-social systématique au quatrième mois de grossesse et un suivi à domicile postnatal si besoin.
- Un bilan de santé des enfants de 3 à 4 ans doit être réalisé afin de diagnostiquer des troubles du développement psychomoteur chez l'enfant.

Le service de PMI a donc un rôle majeur dans le dépistage et l'accompagnement de familles concernées par la vulnérabilité d'un tout-petit.

**Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)** ont pour vocation essentielle la prise en charge précoce des jeunes enfants risquant de développer une situation de handicap. Ils ont été créés en 1976 afin, grâce à un diagnostic et une prise en charge les plus précoces possible, de prévenir les risques de « surhandicap » et de favoriser le développement et la maturation les plus favorables des enfants concernés. Les SESSAD (service d'éducation et de soins à domicile) sont des services qui peuvent également exercer des missions de prévention et de prise en charge précoce. Mais les CAMSP se distinguent de ces derniers par leur accès direct (sans procédure de demande d'accès aux droits spécifiques des personnes handicapées auprès de commission spécialisée, maintenant la CDAPH - Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).

Les CAMSP ont une double mission, de dépistage et de soins :

- Dépistage et diagnostic précoce des déficits ou troubles,
- Prévention ou réduction des conséquences invalidantes de ces déficits,
- Soins : cure ambulatoire et rééducation précoce,
- Accompagnement et soutien des familles lors du processus de révélation du handicap, dans la mise en œuvre des soins et des actions éducatives requis par l'état de l'enfant,
- Soutien à l'accès aux lieux de la petite enfance et à la scolarité.

Les CAMSP proposent une approche globale, pluridisciplinaire et coordonnée des soins, dispensés dans un lieu unique. Ils accompagnent l'enfant et sa famille avec une prise en compte de la problématique familiale ainsi qu'une écoute et un soutien des parents concernant la parentalité et les difficultés liées à l'évolution et la prise en charge de leur enfant.

Cependant des délais d'attente importants sont constatés dans la plupart des CAMSP. Dans l'attente, un relai en libéral peut être proposé par le CAMSP qui assure une coordination des soins. Ce recours présente cependant des inconvénients : d'une part les professionnels libéraux sensibilisés à la toute petite enfance et/ou au handicap manquent sur certains territoires et d'autre part certains (ergothérapeutes, psychomotriciens) ne sont pas remboursés, à moins d'une demande de prise en charge au titre du handicap. De plus la perte de l'unité de lieu – avec l'addition de plusieurs consultations de professionnels différents - ne peut être comparable à une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

La création des **réseaux de périnatalité** fait suite à l'application du plan périnatalité 1995-2000. La circulaire du 31 mars 2006 (Ministère de la santé, 2006) prévoit que les réseaux de santé en périnatalité proposent, en amont et en aval de la naissance, à l'hôpital et en ville, une prise en charge globale et continue de la femme enceinte et de son enfant. Ceci doit se faire par l'intervention coordonnée des professionnels concernés afin d'assurer le suivi médical de la mère et de l'enfant, et également doit permettre le repérage des vulnérabilités psycho-sociales et l'accompagnement s'y rapportant ainsi que le suivi à long terme des nouveau-nés vulnérables et susceptibles de développer un handicap.

Le champ d'intervention des réseaux en périnatalité couvre le suivi de toute grossesse normale ou pathologique en amont et en aval de la prise en charge à la naissance, ainsi que le suivi des nouveau-nés durant la période périnatale et au cours d'un suivi plus prolongé pour les nouveau-nés vulnérables. Et le point II.4 de cette circulaire prévoit « un suivi organisé des nouveau-nés vulnérables » où la prise en charge de l'enfant se fera dans sa globalité physique et psychique au plus près de son domicile, par un médecin en situation de coordonner l'ensemble des prestations offertes à l'enfant par le système sanitaire social et éducatif. La circulaire recommande « une organisation du suivi fortement ancrée dans le secteur extra-hospitalier, faisant participer les médecins libéraux (pédiatres, neuropédiatres et médecins généralistes), les kinésithérapeutes, les médecins rééducateurs fonctionnels, les psychomotriciens, les orthophonistes, les ophtalmologistes, les médecins ORL ainsi que les institutions sanitaires ou médico-sociales : CAMSP, PMI, CMP et CMPP<sup>1</sup>, SESSAD... ».

Ces réseaux proposent ainsi un suivi organisé des bébés à risques avec une évaluation périodique de tous les aspects du développement de l'enfant et la possibilité de prises en charge spécialisées au besoin. Ils aident aussi les parents à bien identifier et utiliser les ressources à leur disposition

---

<sup>1</sup> Centres médico-psychologique et médico psycho-pédagogique.

Pour exemple, le réseau d'aval P'titMip est un réseau régional (Midi Pyrénées) de professionnels proposant le suivi d'enfants vulnérables. Sa mission est d'organiser le suivi des nouveau-nés qui peuvent présenter des problèmes de développement et de faciliter l'accès aux soins ainsi qu'à une prise en charge précoce et adaptée à chaque enfant. Ce réseau est composé de professionnels spécialisés en périnatalité (développement précoce, psychopathologie du bébé et troubles des interactions précoces).

A l'annonce d'une pathologie ou d'un handicap certains parents préféreront un suivi en libéral plutôt qu'en service spécialisé car ce dernier signerait plus clairement le handicap de leur enfant (Hascoet & Vert, 2010).

### **1.1.3 Cadre politique avec le plan national périnatalité**

Dans le **plan périnatalité 2005-2007** du Ministère de la Santé (cf. Ministère de la santé, 2006), plusieurs axes ont trait au public qui nous intéresse (nouveaux-nés et jeunes enfants ayant développé ou en risque de développer un handicap). Ce plan préconisait plus d'humanité, notamment « par un suivi et une prise en charge à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap » (Pt 1.7) dont les objectifs étaient de favoriser un diagnostic précoce (dans les trois premières années de vie), d'aider l'enfant à développer toutes ses potentialités grâce à une action précoce et globale, d'accompagner et soutenir les parents notamment au moment de l'annonce du handicap de l'enfant (les aider à découvrir les capacités et les difficultés de leur enfant, les informer sur les aides matérielles possibles) et d'améliorer la formation et le soutien des professionnels impliqués dans le suivi des enfants. Ce plan préconisait aussi de renforcer les capacités d'accueil des CAMPS et de développer les réseaux de périnatalité associant la ville, l'hôpital et les services de la PMI (obligation de couvrir tout le territoire par des réseaux de périnatalité d'ici fin 2005).

Le **Rapport d'évaluation du plan national périnatalité** (Ministère de la santé, 2010) conclut que l'atteinte des grands objectifs du plan est variable et qu'une part non négligeable des sous-mesures prévues n'a pas été réalisée (15%), principalement des mesures concernant les populations en situation de précarité et les personnes en situation de handicap.

**Pour conclure sur la prise en charge très précoce des bébés vulnérables** je citerais parmi les préconisations avancées par le CREAMI Rhône-Alpes (2011) :

- réduire les inégalités territoriales et améliorer l'accessibilité de l'offre en CAMSP
- renforcer la prévention et le dépistage précoces

- éviter les risques de rupture de la chaîne « dépistage – diagnostic – prévention – soin – accompagnement » et les risques de redondance en améliorant l’articulation des acteurs.

## **1.2 La psychomotricité pour le tout-petit vulnérable**

Le Décret n° 8 8-659 du 6 mai 1988 relatif à l’accomplissement de certains actes en rééducation psychomotrice stipule que les professionnels titulaires du diplôme d’état de psychomotricité sont habilités à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants :

- Bilan psychomoteur.
- Education précoce et stimulations psychomotrices.
- Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs au moyen de techniques de relaxation dynamique, d’éducation gestuelle, d’expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d’équilibration et de coordination.

### **1.2.1 Rôle du psychomotricien dans la prise en charge du bébé vulnérable**

Le tout-petit, en particulier dans sa première année de vie, est encore très immature. Il est très dépendant de son environnement. Quand chez le bébé vulnérable des signes d’appels sont suspectés, bien souvent la première indication du médecin sera une prise en charge psychomotrice. Plus celle-ci sera précoce, plus la trajectoire développementale pathologique pourra être infléchie. Le psychomotricien aide aux apprentissages, de plus en plus ciblés pour une meilleure adaptation de l’enfant à l’environnement. Il agit à la fois sur le potentiel cérébro-moteur du tout-petit et sur les compétences relationnelles précoces. Il doit ainsi toujours considérer la triade Père-Mère-Enfant.

#### **1.2.1.1 Dépistage et diagnostic précoce :**

Le dépistage peut se faire à l’aide d’un questionnaire à faire remplir par les parents ou les professionnels qui entourent l’enfant.

Préalable incontournable à toute prise en charge, l’examen neuro-psychomoteur du tout-petit permet à la fois de faire connaissance avec l’enfant et la famille et constitue une expertise qui permettra de donner un avis sur le développement du tout-petit. Il fait l’inventaire des compétences mais aussi des déficiences du nourrisson ou du tout-petit (Rivière, 1999). Il met en évidence d’éventuelles incohérences ou habitudes déviantes parasitant le développement psychomoteur. Cet examen a deux finalités : analyser la dynamique et le fonctionnement de la triade Père-Mère-Bébé,

ou de la dyade quand un seul parent est présent, et repérer un éventuel retard ou décalage psychomoteur.

Ce bilan se fait à l'aide de l'étude du dossier médical, d'un entretien avec la famille, d'une observation clinique (libre, par mouvements induits ou à l'aide de grilles) et par l'utilisation de tests psychomoteurs normés ou d'échelles de développement. On évalue le tonus, la réaction aux stimulations sensorielles, la motricité primaire (réflexes) et spontanée, les coordinations oculo-manuelles et les interactions du tout-petit, ainsi que la relation parent-enfant. Les échelles développementales sont utilisées pour évaluer motricité, socialisation et cognition du bébé, elles ne permettent en aucun cas un pronostic du développement cognitif ultérieur (Rivière, 1999).

Ainsi, le bilan psychomoteur se sert d'échelles développementales mais comprend aussi certaines techniques propres à l'examen neuromoteur pour évaluer le tonus et la motricité en situation passive et active. Cet examen fournit les informations cliniques indispensables à l'élaboration du projet thérapeutique en psychomotricité (Rivière, 1999). Le psychomotricien rassemble le maximum d'informations concernant le tout-petit mais également son environnement pour appréhender au mieux la qualité et le type de relation dans lequel évolue le jeune enfant (Colombié, 1999).

Chez le bébé vulnérable, le psychomotricien tente de dépister des anomalies éventuelles dans les domaines suivants : impact de l'anamnèse sur la cellule familiale, attachement et interactions bébé-parents, ajustement et accordage à l'environnement, conduites perceptivo-sensorielles, capacités d'auto-régulation, appétence exploratoire, acquisitions psychomotrices, etc.

Rivière (1999) souligne que l'évaluation du tout-petit permet d'identifier les troubles psychomoteurs mais aussi d'apprécier l'efficacité des soins prodigués par le psychomotricien, des bilans d'évolution seront réalisés à cet effet.

### **1.2.1.2 Prévention**

Pour la Haute Autorité de la Santé la prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Reprenant la classification classique de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) elle distingue la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution, et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence ([http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_410178/fr/prevention](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410178/fr/prevention)).

Le traitement de l'enfant à risque de handicap repose sur un ensemble de mesures préventives qui peuvent se résumer en trois points (Amiel-Tison, 1997, in Ancel et al, 2004) :

- ne pas tolérer des postures non fonctionnelles.
- ne pas tolérer la privation prolongée de stimulations.
- accompagner la famille.

Si le tout-petit présente des signes même minimes suscitant de l'inquiétude (accumulation de 2 à 3 signes doux) le psychomotricien devra soumettre au médecin une proposition de soin qui permette de détecter l'éventuelle genèse d'un trouble et d'agir précocement. Même quand l'examen est rassurant, s'il y a des antécédents dans l'anamnèse, il faudra prévoir une nouvelle rencontre à 4 ou 6 mois afin de vérifier la bonne continuation du développement de l'enfant.

### **1.2.1.3 Soins, suivi, et soutien à la parentalité**

La prise en charge psychomotrice du tout-petit a comme enjeu d'infléchir la trajectoire développementale de l'enfant et de promouvoir les interactions parents-enfant. L'implication de la famille est une condition essentielle pour la continuité et l'efficacité des soins (Cf. partie 2). Le psychomotricien aura à favoriser son adhésion en mettant en confiance les parents et en expliquant bien l'enjeu du suivi en psychomotricité de leur tout-petit enfant. Le climat de confiance dépend de l'accueil du professionnel, de l'attention qu'il porte aux parents et à l'enfant, de sa disponibilité personnelle et de sa capacité à positiver la relation.

Quand le bilan psychomoteur a mis en évidence des besoins importants de prise en charge, une fréquence de séances élevée est recommandée si cela est possible pour les parents (trois séances hebdomadaires semblent efficaces). Dans des cas moins problématiques, la fréquence habituelle est de 1 à 2 séances hebdomadaires. A chaque séance, il convient de faire le point sur ce qui peut être fait à la maison pour soutenir l'enfant car c'est la répétition du quotidien qui aidera l'enfant à quitter des habitudes déviantes. Rencontrer les personnes qui gardent l'enfant (crèche, nounou) œuvrera aussi dans ce sens.

Lorsque des troubles s'installent précocement, une intervention spécifique est décidée afin d'éviter que le développement de l'enfant n'en soit trop affecté (prévention secondaire).

Les techniques de rééducation psychomotrices sont imprégnées des résultats expérimentaux modernes des sciences cognitives qui ont mis en lumière chez le bébé des capacités très avancées dans les domaines perceptif et cognitif. Ainsi les techniques de stimulation psychomotrice cherchent aujourd'hui à obtenir de véritables conduites actives du bébé au niveau perceptivo-moteur et une interaction ludique (Rivière, 1999).

Le psychomotricien se doit d'accompagner au fil du temps les questionnements des parents. Parents et psychomotricien partagent l'observation de l'évolution de l'enfant. Le professionnel peut orienter le regard du parent vers le versant organique du trouble (principalement les signes neurologiques doux) ou sur l'impact de l'environnement sur l'expression du trouble, ou encore sur la téléonomie du sujet. En termes de prévention et d'apprentissage il pourra accompagner le parent à agir sur le trouble perceptivo-moteur ainsi que sur d'éventuels troubles affectifs.

### **1.2.2 Grands axes de la prise en charge psychomotrice du tout-petit**

Le développement psychomoteur se fait dans l'interdépendance des champs sensoriel, social, cognitif, langagier et moteur. Les grands principes de la prise en charge motrice du tout-petit prévoient de travailler en premier lieu le regroupement, puis la dissociation dès 4 mois, d'alterner les positions, d'articuler les séances autour de Niveaux d'Evolution Motrice (« succession de redressements, de maintiens, d'enchaînements et de déplacements qui vont des positions de décubitus à la station debout et à la marche » selon Colombié -1999) et d'impliquer les parents. La prise en charge psychomotrice s'articule autour de 6 points majeurs : appui à la famille pour un bon ajustement aux besoins de l'enfant, stimulations neuro-sensorielles, coordinations oculo-manuelles, stimulations neuro-motrices visant des acquisitions sur le plan moteur, travail autour des interactions et de l'expressivité émotionnelle, et travail autour de l'exploration du milieu environnant.

Au fil de la prise en charge et en fonction des objectifs de prise en charge personnalisée il s'agira de :

#### **❖ Vérifier et accompagner la mise en place de compétences motrices :**

- Bonne évolution du tonus : passage d'une hypertonicité périphérique associée à une hypotonie de l'axe à la situation inverse entre 8 et 15 mois classiquement, évolution vers un tonus actif qui prépare la posture.
- Evolution vers une motricité volontaire efficace avec notamment mise en place d'une motricité fine, de manipulations bi-manuelles, etc.
- Développement de praxies, mouvements coordonnés en vue d'un but précis, sous la dépendance de fonctions cognitives élaborées.

#### **❖ Vérifier et accompagner la mise en place de compétences perceptives et cognitives précoces :**

- Présence de compétences précoces à vérifier en utilisant les phénomènes d'habituation, de préférence pour la nouveauté, de violation des attentes, etc.

- Développement sensoriel et bonne coordination des modalités sensorielles à stimuler
- Développement cognitif à stimuler (la période sensori-motrice généralement entre 0 et 2 ans permet à l'enfant d'expérimenter pour aboutir à des raisonnements).
- Premiers apprentissages à accompagner (expression graphique etc.).

❖ **Vérifier et accompagner la mise en place des capacités attentionnelles :**

Ces capacités à focaliser son attention sur un objet ou une pensée en inhibant d'éventuels distracteurs influencent le comportement et les relations sociales. Elles constituent un prérequis à de nombreuses fonctions cognitives. L'enfant a d'abord une attention plutôt diffuse avec une forte sensibilité aux événements nouveaux et peu de capacités d'inhibition ; il s'agit de vérifier et d'accompagner au besoin à ce qu'il développe des capacités de focalisation en augmentant ses capacités d'attention volontaire et d'inhibition.

❖ **Vérifier et accompagner la mise en place de compétences mnésiques :**

Les capacités de rétention de l'information et d'imitation différée augmentent avec l'âge. Le psychomotricien vérifie notamment la mémoire de travail, c'est-à-dire la capacité à retenir une information et à s'en servir dans un but donné.

❖ **Vérifier la mise en place des prérequis au langage verbal :**

L'enfant acquiert normalement la compréhension du mot dès 8-10 mois. Il doit pouvoir produire des gazouillis dès 2 mois et des babillages dès 3-6 mois ; les premiers mots apparaissent dès 12 mois ; les mots-phrases autour de 16 mois et enfin les phrases vers 3 ans.

❖ **Vérifier et accompagner la mise en place de la communication sociale :**

Les interactions spontanées et accordées mère-enfant sont à observer ainsi que les pleurs qui participent aux interactions et stimulent la protection de l'entourage. Le psychomotricien accompagne les capacités précoces d'imitation, le pointage et l'attention conjointe (dès 12 mois), la discrimination des expressions émotionnelles (dès 24 mois) et la mise en place de la théorie de l'esprit (dès 3-4 ans).

❖ **Observer et accompagner les interactions parents-bébé (bidirectionnelles) :**

La distance corporelle du parent, le portage, l'attention portée par le parent, ses inquiétudes, le respect du rythme du bébé, ainsi que l'agitation ou le retrait du tout-petit, son regard, le contact, le partage d'émotions, etc. seront pris en compte par le professionnel.

## **2 Impliquer les parents dans la prise en charge psychomotrice du tout-petit vulnérable ?**

### **2.1 La parentalité et les comportements parentaux**

Je parlerai volontairement du parent et non des parents, de la relation dyadique et non triadique car c'est très souvent un seul parent qui vient en séance avec son enfant, bien que des études récentes mettent en avant que les interactions triadiques père-mère-enfant peuvent fortement différer des relations dyadiques et que leur étude permet d'évaluer l'alliance familiale. La coopération dans ce triangle primaire serait à considérer comme un élément central du fonctionnement familial selon Corboz-Warney et al, 1993 ; Fivaz-Depeursinge et Corboz-Warney, 1999 (in Roskam, 2015).

#### **2.1.1 Théories et concepts fondamentaux**

##### **2.1.1.1 La Psychologie de la parentalité**

Pour répondre à la question « pourquoi et comment impliquer le parent du tout-petit vulnérable dans la prise en charge psychomotrice de son enfant » il m'a semblé nécessaire de m'intéresser à la Psychologie de la parentalité. Roskam (2015) la définit comme l'étude de l'éducation procurée aux enfants dans le milieu familial, ou l'étude des comportements parentaux. "Les comportements parentaux se réfèrent à la manière dont les parents entrent en interaction avec leurs enfants pour atteindre des objectifs en vue de favoriser son développement, réguler son activité, lui transmettre des valeurs morales, culturelles et familiales, obtenir une réponse, diminuer ou augmenter l'occurrence d'un comportement " (op cité, p. 17).

##### **2.1.1.2 Modèles théoriques sur les comportements parentaux**

Diverses classifications des comportements parentaux et modèles théoriques ont été développés mais on constate aujourd'hui une évolution des recherches qui se focalisent sur une approche moins catégorielle et plus dynamique, avec notamment l'évaluation des changements dans la manière dont les parents opèrent (Roskam, 2015). La bi-directionnalité dans la dyade parent-enfant est prise en compte, en particulier dans le modèle transactionnel de Sameroff (2009, in Roskam, 2015) qui postule que le développement de l'enfant est intimement lié aux interactions continues auxquelles l'enfant participe avec les donneurs de soins et les personnes disponibles de son environnement social. La bidirectionnalité des interactions correspond à l'influence réciproque qu'ont parent et enfant dans leurs échanges et donc à l'interdépendance des deux

partenaires : le développement de l'enfant à un temps 1 influence le comportement éducatif du parent au temps 2 et inversement et l'application de cette règle permet la répétition indéfinie de ces influences réciproques.

Des études montrent des liens de causalité entre les comportements éducatifs parentaux et le développement ou l'adaptation comportementale de l'enfant à condition que cette relation prenne en compte l'aspect bidirectionnel des interactions. Ainsi Mouton et Roskam (2015) mettent en évidence une relation causale entre le sentiment de compétence parental, le comportement éducatif et le comportement de l'enfant, ce qui valide l'intervention auprès des parents si, et seulement si, une relation causale a été démontrée entre un comportement éducatif promu et la diminution significative d'un trouble identifié.

Parallèlement, l'importance de l'environnement est soulignée par des études récentes pratiquées sur des animaux (Champagne et Meaney, 2007 ; Pena et Champagne ; 2012, in Roskam, 2015) Observant des différences de comportement maternel chez la rate, les auteurs étudient l'impact d'une quantité moindre de soins maternels sur la progéniture (sensibilité accrue aux stimuli stressants une fois devenus adultes, exploration moindre de leur environnement et inhibition du comportement) du fait de sous-activation de circuits neurobiologiques. Ne constatant aucune différence de santé chez les petits rats, ils soulignent l'importance de la contextualisation de la parentalité, autrement dit de considérer le comportement parental en lien avec l'environnement dans lequel il apparaît : les petits rats ayant reçu moins de soins maternels sont peut-être mieux préparés à répondre au stress et à la menace alors que ceux qui ont reçu plus de soins maternels seraient plus enclins à vivre dans un environnement peu stressant et à explorer un milieu riche de stimulations. La parentalité idéale serait à mettre en lien avec l'accordage avec l'environnement, en plus de l'accordage des comportements parentaux avec les caractéristiques de l'enfant.

Les travaux de La vine en 1977 (in Roskam, 2015) mettent en évidence un dénominateur commun entre les parents du monde. Tout parent aurait pour objectifs universels : « d'assurer la santé et la survie de l'enfant, de stimuler l'enfant en vue d'assurer son développement social et cognitif et de transmettre des valeurs culturelles adaptées donnant à l'enfant des clés qui lui permettront de fonctionner au sein de son groupe d'appartenance » (Roskam, 2015, p. 182). De leur côté les travaux de Keller (2007, in Roskam, 2015) décrivent un répertoire de comportement parentaux universels avec comme sous-systèmes : les soins primaires, le contact corporel, la stimulation corporelle, la stimulation par l'objet, le contact oculaire et l'enveloppe narrative.

La culture viendrait moduler les combinaisons entre les sous-systèmes et la proportion dans laquelle ils sont adoptés (Roskam, 2015). Ainsi ce répertoire de comportements éducatifs parentaux est étendu et varié.

Connaître ces modèles de comportements parentaux pourra guider l'observation et l'intervention du professionnel auprès du parent présent en séance de psychomotricité.

### **2.1.1.3 La parentalité, une fonction en développement chez l'adulte**

Plusieurs modèles théoriques conçoivent la parentalité comme un stade de développement à l'âge adulte ou, dans une perspective constructiviste, comme s'organisant en une séquence de stades (Roskam, 2015). Ainsi la parentalité doit être considérée comme une fonction en développement et non comme un état statique.

## **2.1.2 Les déterminants de la parentalité**

Parmi les déterminants qui contribuent à construire la parentalité chez les pères et les mères on différencie les caractéristiques du parent, les caractéristiques de l'enfant et l'environnement dans lequel évolue le parent. Néanmoins "une place toute particulière est réservée aux cognitions parentales, c'est-à-dire le traitement de l'information fait par les parents à propos du développement de leur enfant ou de leur rôle parental." » (Roskam, 2015, p. 15). L'impact de ces cognitions sur les comportements parentaux d'éducation est compté parmi les déterminants les plus importants des comportements éducatifs. Ces cognitions parentales participent à la construction d'une représentation de ce qu'est être un bon parent ou être un bon enfant. Ces représentations agissent comme des guides qui orientent les décisions éducatives et l'évaluation des comportements de l'enfant. « Ainsi elles constituent un point essentiel des interventions auprès de parents d'autant plus qu'elles sont relativement malléables » (Roskam, 2015, p. 147). Notamment, le sentiment de compétence parentale, défini comme la perception qu'ont les parents de leur capacité à influencer positivement le comportement et le développement de leur enfant, contribue à favoriser l'investissement parental (Cf. théorie de Bandura, 1977, 1982, 1997, in Roskam, 2015). Mouton et Roskam (2015, in op.cit, 2015) mettent en évidence que renforcer le sentiment de compétence parentale produit immédiatement des comportements plus positifs chez le parent et chez l'enfant.

Ce sentiment de compétence parentale ne dépend pas seulement du parent car l'enfant participe aussi à cette représentation que le parent se fait de sa propre compétence (Roskam, 2015). Cette relation entre sentiment de compétence parentale et investissement parental a été démontré quel que soit l'âge de l'enfant, chez les enfants d'âge préscolaire (Izzo et al, 2000, in Roskam 215). Or

il a été montré que les parents d'enfants nécessitant des soins particuliers ont un sentiment de compétence parentale plus faible (Roskam, 2015).

### **2.1.3 Rôle de l'empathie**

Gueguen (2015) rappelle que les nouvelles connaissances sur le « cerveau affectif » nous éclairent sur ce qui est nécessaire pour un bon développement de l'enfant. Les neurosciences affectives et sociales étudient les mécanismes cérébraux des émotions, des sentiments et des capacités relationnelles. Des connaissances dans ce domaine nous aident à comprendre pourquoi l'enfant a des comportements qui peuvent nous dérouter en tant qu'adulte et nous aident aussi à connaître les besoins fondamentaux de l'enfant. Les difficultés rencontrées par l'adulte avec l'enfant sont très souvent liées à la méconnaissance des capacités de l'enfant à pouvoir réguler (ou pas) ses émotions. Ainsi des « conflits » naissent souvent d'incompréhensions. Bien souvent, éprouver davantage d'empathie ("Capacité innée qui permet de détecter et de répondre aux signaux émotionnels d'autrui" selon Jean Decety en 2015) peut apporter beaucoup dans les interactions parent-enfant. Robinson et coll. (1997, in Ancel et al, 2004) soulignent la capacité de l'enfant à réguler ses émotions comme élément déterminant pour son développement.

Gueguen précise qu'un changement de culture est en train de s'opérer. De nombreux parents ont envie d'agir autrement que ce que leur ont appris les « vieux schémas » mais ne savent pas toujours comment faire. Cette expérience d'empathie n'a peut-être pas été vécue par le parent quand lui-même était enfant mais pratiquer l'empathie peut s'apprendre quel que soit notre âge et notre passé.

La bienveillance de l'entourage, le jeu et l'empathie favorisent le bon développement du cerveau du petit enfant, son apprentissage et ses découvertes (Gueguen, 2015). Quand l'enfant est enthousiaste et éprouve du plaisir, il est motivé, concentré et apprend avec tous ses sens. La bienveillance de l'adulte favorise chez l'enfant la sécrétion de molécules cérébrales telles que l'ocytocine, la dopamine, des endorphines et la sérotonine qui le rendent, sociable, apaisé, motivé, créatif et lui donnent le sentiment d'être heureux. L'enfant mémorise et apprend mieux.

De plus, quand l'enfant reçoit de l'empathie, de l'affection, il sécrète de l'ocytocine qui le conduit lui aussi à être empathique et affectueux à son tour. Ainsi l'empathie se transmet, c'est un cercle vertueux que nous pouvons mettre en mouvement dès la première enfance : plus nous recevons d'empathie, plus nous avons un taux élevé d'ocytocine et plus nous sommes capables d'être empathiques.

On voit ainsi l'importance d'encourager l'empathie tout comme l'auto-empathie auprès des parents que nous recevons avec leur enfant.

## **2.2 L'importance d'impliquer les parents du tout-petit vulnérable**

Sur le plan neurologique, le bébé se développe grâce aux expériences de son quotidien et également d'après un calendrier génétique qui donne le rythme de ses acquisitions (Meunier, 2015). La qualité des expériences sensori-motrices et relationnelles permettra au bébé de potentialiser ses compétences innées (Soulard, 2005). Notamment, il est nécessaire pour l'enfant que son environnement soit suffisamment stable, régulier, fiable et prévisible, pour qu'il puisse y puiser des repères organisateurs. Hascoët & Vert (2010) soulignent que l'avancée des pratiques d'accompagnement lors des situations à haut risque médical a montré « le rôle majeur des professionnels de la périnatalité sur la construction des liens familiaux. » (p.79). L'enjeu d'impliquer le parent sera de favoriser un meilleur développement du tout-petit vulnérable au contact et en relation avec son parent au quotidien.

### **2.2.1 Plasticité cérébrale et périodes sensibles dans le développement du tout-petit**

Chez l'humain il existe des fenêtres d'interaction gènes-environnement dans la période pré-pubertaire pendant lesquelles les capacités d'apprentissage de l'enfant sont particulièrement importantes. Certaines régions corticales, et donc fonctions, mûrissent plus précocement que d'autres d'où l'importance d'agir le plus précocement possible. De plus, la plasticité cérébrale, capacité du cerveau à modifier l'organisation de ses réseaux de neurones en fonction des expériences vécues, est de durée variable en fonction des compétences cognitives (Schonen et al 1992, in Rivière, 1999). Néanmoins, la période 0-2 ans est reconnue pour être une période plastique (Colombié, 1999). La stimulation répétée de régions cérébrales via des interactions proposées par l'environnement favorisera la stabilisation de nouvelles synapses. La plasticité cérébrale très importante les deux premières années de vie est en effet adaptative : plus l'environnement est riche et adapté au besoin de développement plus les arborescences neuronales seront élaborées. Cette plasticité cérébrale est en lien avec des phénomènes épigénétiques : capacité des neurones ou de systèmes de neurones à modifier leurs nombres, leur structure et leur fonction en réponse à des sollicitations de l'environnement (Hascoët & Vert, 2010). Si cet environnement est pauvre on peut observer des morts neuronales et la récupération n'est possible que si la richesse du milieu est augmentée pendant des fenêtres de réorganisation possibles, c'est-à-dire pendant des périodes dites critiques. Pour Delion & Vasseur "la période critique est l'intervalle de temps durant lequel une expérience sensorielle normale permet encore le développement de fonctions normales en dépit d'anomalies antérieures", alors que "la période sensible est l'intervalle de temps durant lequel des conditions anormales de développement

peuvent induire des changements fonctionnels qui n'appartiennent pas au répertoire adulte normal.» (2012, p 24). Pour les enfants à risque développemental on se situera tantôt sur l'un tantôt sur l'autre de ces concepts en fonction de la nature du risque, organique ou environnemental par exemple, les deux pouvant être liés. Dans la pratique il est souvent impossible de trancher, ainsi certains auteurs utilisent l'une ou l'autre des expressions indifféremment en donnant plutôt la signification sus-citée de période critique.

Les afférences sensorielles sont critiques pour la maintenance des cartes sensorielles et motrices (Delion & Vasseur, 2012). Il s'agit de la notion de plasticité cérébrale du système neuromoteur. Des situations expérimentales donnent des exemples de plasticité avec périodes critiques au-delà desquelles une réorganisation corticale n'est plus possible. Ainsi des périodes de plasticité maximum correspondront à une meilleure récupération fonctionnelle. Chez l'Homme, l'existence de périodes sensibles dans le développement moteur reste difficile à démontrer, mais l'expérience montre qu'une intervention précoce permet une meilleure récupération fonctionnelle à condition qu'elle intègre tous les aspects (physiologique, psychologique, moteur...) du bébé, en relation avec ses parents (Delion & Vasseur, 2012). Les mécanismes et les limites de ces phénomènes restent cependant à approfondir. Hascoët & Vert (2010) soulignent que l'évolution des connaissances sur les phénomènes de plasticité cérébrale et de périodes critiques sera nécessairement incomplète et que les troubles du lien affectif sont à prévenir autant que les incapacités fonctionnelles.

Il apparaît donc essentiel d'intervenir le plus tôt possible auprès des parents du tout-petit afin d'accompagner l'enfant vulnérable lors de chacune de ses étapes de développement pour éviter que s'installent des désorganisations pouvant se répercuter ensuite à différents niveaux (postural, pratique, affectif...).

### **2.2.2 La théorie de l'attachement**

L'attachement décrit d'abord par John Bowlby en 1958, est un besoin inné, primaire et vital notamment dans la première année de vie. Sa fonction première est de maintenir une proximité entre la mère (ou le *caregiver*) et l'enfant (Soares, 1996, in Tereno et al., 2007). Il influence le développement neuro-psychomoteur.

L'attachement est un lien affectif durable établi par les enfants avec les adultes qui s'occupent de lui. Ce comportement est symétrique : il concerne aussi l'adulte qui a pour fonction de protéger l'individu attaché, de prodiguer les soins (*caregiving role*). Quand tout va bien, le bébé naît avec des systèmes comportementaux prêts à agir, parmi lesquels l'acte de pleurer, d'attraper, la succion et l'orientation ont beaucoup d'importance dans la mise en place de l'attachement (Tereno et al, 2007). La qualité de l'attachement influence les relations psychosociales ultérieures de l'enfant, sa

capacité à gérer le stress, et par conséquent, sa santé mentale ultérieure (Tereno et al, 2016). La sécurité de l'attachement est un facteur de résilience reconnu (Pianta, Egeland et Sroufe, 1990 in Tereno et al, 2007). En revanche, l'insécurité de l'attachement, associée à d'autres facteurs de risque, majore de façon importante le risque de survenue de troubles du comportement. Les jeunes enfants sont particulièrement sensibles aux contextes qui génèrent du stress au sein de la famille. Dans le cas du tout-petit vulnérable, l'inquiétude des parents quant au devenir de son enfant, leur souffrance psychologique, peuvent avoir un effet délétère sur leur développement. Les dyades au sein desquelles l'accumulation de facteurs de risque est présente, favorisent la probabilité pour l'enfant de développer une relation d'attachement insécure.

Les attachements bébé-*caregiver* et les liens *caregiver*-bébé, se construisent au fil du temps au travers de multiples interactions (Tereno et al, 2007). Ils reposent notamment sur une disponibilité physique et émotionnelle nécessaire pour le développement d'un attachement sécurisé. La sécurité dans l'attachement est définie comme un état de confiance quant à la disponibilité de la figure d'attachement (Ainsworth et al, 1978 in Tereno et al, 2007). La notion de base de sécurité désigne le fait que la figure d'attachement représente un support à partir duquel le bébé peut explorer le monde avec confiance. Les auteurs (Tereno et al, 2007) soulignent l'importance du temps individualisé pour les dyades parent-enfant, ainsi que l'importance du support social et émotionnel. Quand l'attachement est mis à mal par des séparations parent-enfant (quand l'enfant est malade ou au cours de procédures médicales douloureuses), la présence d'un soutien permet aux petits enfants de combattre et de mieux récupérer du trauma et du stress (Tereno et al, 2007). Ce soutien socio-émotionnel a un impact sur les relations d'attachement à divers niveaux : il facilite l'expression de la sensibilité des parents, il fournit des relations alternatives aux enfants à risque, il modère les effets du tempérament des enfants difficiles et il assiste les relations caractérisées par des besoins atypiques (tels qu'enfants handicapés ou avec des retards de développement). Ainsi l'intervention ou le soutien s'avère utile en ce qui concerne un attachement mis à mal.

Les perturbations plus graves de *caregiving* dans l'enfance incluent les hospitalisations et les séparations. Peu d'études ont examiné l'impact de l'hospitalisation dans le développement des relations d'attachement (Tereno et al, 2007). On connaît, depuis les travaux de Harlow, Bolwby et Spitz, l'importance du besoin de contact dans l'élaboration du processus d'attachement. Or, durant les hospitalisations il est difficile de prendre contact avec son enfant lorsque celui-ci est relié à de nombreuses machines (saturomètre, cathéter, sondes, monitoring, respirateur...) ou enfermé dans un incubateur. De telles conditions (environnement physique dystimulant et pauvreté des interactions précoces) peuvent retentir sur l'évolution du tout-petit enfant.

L'hospitalisation n'a cependant pas le même impact selon l'âge de l'enfant, qui est surtout vulnérable entre six mois et trois ou quatre ans.

L'attachement est considéré comme un facteur de protection (favorise la sécurité) ou de risque (facteur d'insécurité ou de désorganisation) mais ne constitue très probablement pas à lui seul une cause suffisante pour expliquer un trouble (Roskam, 2015). Des facteurs de risque peuvent être présents au niveau individuel, au niveau de la figure d'attachement et à celui de l'environnement. A chaque niveau un facteur peut avoir un effet sur l'attachement et certains facteurs peuvent avoir un effet de renforcement mutuel, ce qui rend les liens de causalité très complexes.

Impliquer le parent dans la prise en charge psychomotrice peut avoir des effets sur le lien d'attachement précoce car la vision que le parent a de son enfant peut se transformer (par exemple en prenant conscience des compétences de son petit), qu'il peut être amené à plus s'impliquer corporellement avec son enfant, à mieux comprendre et accepter le trouble, etc.... De plus, en soutenant les actions d'attraper et d'orientation du tout-petit, on peut favoriser le lien que le parent développe avec son enfant. Plus le tout-petit grandit et plus il a normalement un rôle actif dans le maintien de la proximité et dans le système dyadique (Tereno et al, 2007). Quand l'enfant est sorti de sa première année et jusque vers 4 ans il commence normalement à avoir une conscience propre de ce qu'il a envie de faire et le *care-giving* parental doit accompagner tout en le sécurisant l'enfant dans ses expériences, y compris en lui faisant vivre les émotions de frustration, d'impuissance, de colère, et en utilisant de plus en plus le langage (Guédénéy, 2010).

Parallèlement le psychomotricien sera vigilant à orienter les parents vers un soin psychologique s'il repère un trouble de l'attachement.

### **2.2.3 Les concepts de résilience et de *coping***

Selon Cyrulnik, la résilience pourrait se définir comme une "aptitude à tenir le coup et à reprendre un développement dans des circonstances adverses, nécessitant de soigner l'alentour, d'agir sur la famille, de combattre les préjugés ou de bousculer les routines culturelles, croyances insidieuses..." (2001, p. 17). Il propose d'étudier la résilience sur trois plans :

- l'acquisition des ressources internes imprégnées dans le tempérament dès les premières années, au cours des interactions précoces préverbales, qui expliquerait la manière de réagir face aux agressions de l'existence,
- la signification que la blessure prendra plus tard dans l'histoire du blessé et dans son contexte familial et social,

- la possibilité de rencontrer des lieux d'affection, d'activité et de paroles qui offre les tuteurs de résilience qui permettront au sujet de reprendre un développement infléchi par la blessure.

Ainsi la résilience "peut s'expliquer (...) en associant l'acquisition de ressources internes affectives et comportementales lors des petites années avec la disposition de ressources externes sociales et culturelles." (Cyrulnik, 2001, p. 27).

Cette notion peut être mise en parallèle avec le concept de *coping*. Issu des travaux sur les mécanismes de défense, ce concept va être mis au point par l'école cognitive pour décrire les cognitions sous-jacentes aux comportements utilisés pour faire face à une situation difficile, pour réduire l'anxiété et le stress perçu. Contrairement aux mécanismes de défense, les stratégies de coping sont d'abord supposées être conscientes et volontaires, même si cette opposition franche a depuis été contestée et mérite sans doute d'être nuancée.

Dans un premier temps deux grands types de coping ont été décrits :

- Le *coping* centré sur le problème : résolution planifiée, efforts, plans d'action, confrontation, se battre...
- Le *coping* centré sur l'émotion : prise de distance, réévaluation positive, maîtrise de soi, culpabilité, souhaiter changer, espérer un miracle, auto-accusation...

L'accent a pu être mis sur la supériorité du coping centré sur le problème lorsque l'événement est contrôlable et celle du coping centré sur l'émotion lorsque l'événement est incontrôlable et que la recherche de solutions inexistantes ne fait qu'accroître l'anxiété.

D'autres classifications ont ensuite proposé une distinction entre le *coping* actif (faire face au problème...) et le *coping* évitant (réduire le stress, détourner son attention...). Un coping passif, correspondant au choix de ne rien faire, a pu également être mis en évidence, ainsi qu'un coping vigilant, visant à focaliser son attention sur le problème pour le contrôler et rechercher des informations. A partir de là, diverses combinaisons de *coping* actif/passif, évitant/vigilant, etc., ont pu être discutées, chacune ayant des faces positives et négatives, ainsi que le choix d'adopter préférentiellement des stratégies comportementales ou cognitives.

Ces notions nous invitent à valoriser les ressources externes entourant l'enfant mais aussi le parent, et l'accompagnement qui pourrait être proposé à ce dernier (détecter, orienter, encourager des stratégies de coping du parent).

#### **2.2.4 Influence de la perception du bébé par le parent sur le comportement de ce dernier**

La perception par les parents d'un nouveau-né compétent influence la façon dont les parents se comportent avec leur bébé et favoriserait les interactions. Jeliu (1983) rappelle que la classification des états comportementaux proposée par T. Brazelton dès 1973 facilite la découverte des formidables compétences relationnelles du bébé par ses parents et soutient leur capacité à répondre à ses besoins ; conçue pour le nouveau-né dès la naissance jusqu'à la fin du deuxième mois de vie elle évalue son répertoire comportemental. Lesley et al (1980, in Jeliu, 1983) font état des travaux de Kang sur des groupes expérimentaux ayant participé à une séance d'éducation sur les réactions du nouveau-né et les attitudes des parents face à elles. Ces travaux montrent que des interactions plus riches seraient permises par une meilleure «lecture» des signaux et des réactions de l'enfant, c'est-à-dire quand le parent est témoin des capacités d'orientation visuelle et auditive du nouveau-né, du degré de contrôle que celui-ci exerce sur ses propres états, ainsi que du degré et du type d'interventions extérieures qui s'avèrent nécessaires pour le calmer ou, au contraire, le stimuler. On peut présumer que, suite à cette expérience, les parents percevront plus tôt leur enfant comme un individu, lui manifesteront plus d'intérêt, l'écouteront davantage, et, partant, lui procureront de meilleurs soins. Il semblerait que le fait d'observer précocement un certain degré de performance combiné à un état de fragilité stimulerait les capacités de don de soi et de protection chez les parents.

En s'appuyant sur ce socle de connaissances, les professionnels disposent alors d'outils pour favoriser la sensibilité des parents à leur bébé et leur capacité à répondre de façon adéquate, tout en soutenant les compétences propres du bébé à rejoindre ses parents. Le psychomotricien doit permettre aux parents de porter un nouveau regard sur leur bébé. Le corps de l'enfant sera pris en compte dans sa globalité.

#### **2.2.5 Importance des interactions précoces de qualité**

Favoriser la mise en place d'interactions harmonieuses avec le bébé conforte les parents dans leur rôle de père et de mère. Mais cela permet aussi à l'enfant de recevoir des stimulations à partir desquelles il se construit. Les compétences précoces du tout-petit seront enrichies par des réponses adaptées du parent.

Des interactions précoces de qualité influencent le développement neuro-moteur du petit. Elles comprennent les interactions corporelles, comportementales, visuelles, vocales et affectives. En termes d'interaction corporelle et affective précoce, on peut faire références aux études relatives

aux effets du peau à peau : " le peau à peau agit sur le système nerveux parasympathique (...) qui amène un ralentissement général des fonctions de l'organisme afin de conserver l'énergie. (...) le cœur et la respiration ralentissent, la tension diminue. Les défenses immunitaires augmentent et la digestion est stimulée." (Guéguen, 2015, p. 105).

L'importance structurante des interactions parents-bébé est soulignée par Delion et Vasseur (2012) : les appels du bébé pour manifester ses besoins se transforment et deviennent des éléments structurants si le parent réussit à les interpréter correctement et à y répondre de façon adéquate. Une interprétation non pertinente se traduit chez le bébé par une organisation tonique posturale sensori-motrice et psychique particulière et plus ou moins durable (op. cité, 2012).

Hascoet et Vert (2010) soulignent l'importance du *holding*, autant corporel qu'émotionnel, et en même temps celle de la cohérence et de la continuité dans les réponses à l'enfant.

Doise et al (1975) ont montré que les progrès cognitifs développementaux (le passage d'un stade à un autre) sont plus importants lorsqu'un enfant résout une tâche en interaction avec un autre que lorsqu'il est seul pour le faire. De leur côté Doise & Mugny (1981) soutiennent l'existence d'une interaction en spirale entre le développement cognitif et les habiletés sociales, les unes tout à la fois permettant et étant permises par les autres. L'autonomie de l'appareil cognitif passe donc par une phase d'interdépendance.

Piaget avait déjà établi des liens entre le développement de la pensée et le développement social. Mais pour lui (1936, in Doise & Mugny, 1981), l'environnement social n'influence que de manière marginale le développement cognitif : il n'est pas constitutif de l'activité mentale. Vygotsky (1930, in Doise & Mugny, 1981) soutenait pour sa part que le mouvement de la pensée va du social vers l'individuel et considérait que l'enfant grandit en interaction étroite avec deux aspects de la culture : les outils qu'elle produit (le langage oral et écrit par exemple) et les interactions sociales (entre adultes et enfants, entre enfants).

### **2.2.6 Bébé vulnérable = parents vulnérables**

Pour le Dr Gautier-Coiffard « c'est à l'occasion de périodes vulnérables (...) dans l'histoire du sujet que la vulnérabilité de la personne s'exprimera peut-être par des signes cliniques préoccupants ou par des demandes d'aide explicites ou implicites. » (2007, p.3) et elle met en avant les périodes de la grossesse, de la naissance, et les toutes premières années de vie d'un tout jeune enfant comme des périodes de vulnérabilité physique et psychique pour tous ceux qui la vivent (mère, père, bébé, fratrie, grands-parents).

Tout évènement ou handicap, aussi léger soit-il, déstabilise la famille dans laquelle l'enfant est accueilli. L'arrivée d'un tout-petit vulnérable dans une famille crée une rupture, un chaos dans la vie du couple parental. Les parents sont souvent dépourvus de repères du fait d'une différence de leur enfant en comparaison au tout-petit « normal ». L'accordage des partenaires est mis à mal. Et le tout-petit capte précocement (dès nourrisson) l'anxiété d'un entourage soucieux d'un diagnostic inquiétant (Colombier, 1999).

Des traces du vécu de la première année de vie, empreinte d'hospitalisations, ou du moins d'exams et de soins, sont à prendre en compte dans le comportement du tout petit mais aussi du côté des parents.

Guedeney & Allilaire (2001) soulignent l'importance de prévenir l'installation d'un tableau dépressif ultérieure chez les mères lors des interventions psychologiques en périnatalité. Dans le sujet de ce mémoire, les facteurs liés au bébé dans la dépression du post-partum sont à prendre en compte. Cette prévention est majeure du fait des effets sur l'attachement et le développement du bébé de la dépression maternelle postnatale. Des particularités psychomotrices sont notées dans le développement de ces bébés de mères déprimées, notamment l'hyper investissement de la motricité globale au dépend de la motricité fine. Murray (1992) note que les nourrissons de mères déprimées postnatales sont plus en difficulté sur les tâches de concept d'objet, sont plus insécurisés avec leurs mères et présentent des problèmes de comportement. La dépression postnatale semble aussi rendre les nourrissons plus vulnérables aux effets néfastes de la classe sociale. Ceci confirme la nécessité de la précocité de l'intervention avant que ne se fixent les patterns interactifs pathologiques et les troubles relationnels.

En conclusion de cette partie sur l'importance d'impliquer le parent dans la prise en charge du tout-petit vulnérable, je citerai une revue de 17 études réalisées aux États-Unis (Bryant & Ramey, 1987, in Ancel et al, 2004) qui montre que l'effet des programmes d'intervention précoce pour enfants vulnérables dépend de l'intensité de l'intervention et de la participation des parents.

## 3 L'accompagnement à la parentalité en psychomotricité

### 3.1 Contexte de l'accompagnement à la parentalité

#### 3.1.1 Contexte général

Roskam (2015) met en exergue un intérêt sans précédent au cours des dernières décennies quant à la parentalité et à l'accompagnement de cette dernière, lié à la place centrale donnée à l'enfant dans le groupe familial et dans la société et à l'intérêt porté sur la dynamique du triangle parents-enfant-groupe social. La préparation à la parentalité renvoie à un processus maturatif qui inclut les deux parents (Lamour & Barraco, 1998). La parentalité est considérée comme une fonction dynamique liée au développement propre de l'adulte mais aussi aux besoins changeants de l'enfant (Roskam et Meunier, 2012, in Roskam 2015). C'est par une approche comportementale avec un intérêt pour l'analyse systémique que le psychomotricien intervient auprès des parents. Des informations et des séquences d'apprentissage doivent permettre au couple de développer petit à petit des compétences parentales.

#### 3.1.2 Contexte pathologique

Dans ce mémoire, nous nous intéressons à l'implication du parent qui consulte du fait d'un symptôme d'appel chez son enfant ; très souvent ce cadre thérapeutique concerne un retard de développement, parfois il s'agit d'anomalies du développement psychomoteur. Le psychomotricien dispose de repères développementaux précis lui permettant de comparer les acquisitions et possibilités d'un enfant en retard de développement par rapport à celle d'un enfant au développement dit ordinaire. Cette référence correspond à un intervalle de temps, c'est-à-dire à une fourchette d'âge au cours de laquelle la majorité des enfants acquiert la compétence. Il peut ainsi identifier si l'enfant présente ou non un retard psychomoteur et son intensité. Celui-ci peut concerner l'ensemble du développement psychomoteur (on parle alors de retard global), ou un domaine psychomoteur précis (retard psychomoteur isolé ou trouble spécifique du développement). Notons qu'un retard psychomoteur global n'est pas forcément significatif d'un trouble important : parfois, l'enfant a juste besoin de plus de temps et montrera plus tard une évolution rapide et surprenante. Mais le retard psychomoteur peut correspondre à un élément prodromique d'un trouble futur ou également entrer dans le cadre d'un retard mental ou d'une pathologie précise. En cas de retard psychomoteur, une prise en charge en psychomotricité est généralement indiquée. Selon les difficultés de l'enfant, les axes rééducatifs et thérapeutiques

peuvent concerner l'éveil psychomoteur, l'exploration sensori-motrice ou l'un des champs psychomoteurs (praxies, régulation tonique, espace, temps, ...).

### **3.1.3 Le terme de « guidance »**

La guidance parentale est une forme d'accompagnement et d'aide psychologique centrée sur la fonction parentale, la communication parentale et la qualité des relations familiales (parent enfant, fratrie, enfant, grands-parents). Elle s'accompagne d'une information sur le développement des enfants et de leurs besoins tout en valorisant les différentes ressources des parents.

Pour Scialom (2004), la guidance parentale est un accompagnement thérapeutique et une aide à l'apprentissage du rôle parental. Elle vise à déculpabiliser les parents pour qu'ils soulagent leurs enfants de la tendance contemporaine à la surprotection.

Dans le cadre du handicap, les parents peuvent venir consulter pour un problème en particulier qu'ils n'arrivent pas à résoudre avec leur enfant (recherche de soutien, d'informations) mais la guidance peut aussi être diluée dans la prise en charge pour favoriser la compréhension du handicap. La guidance revêt donc différentes formes (Cornot et Scialom, 2015).

Même si ce terme est très souvent employé par des professionnels de la petite enfance et notamment par des psychomotriciens recevant des parents de tout-petits vulnérables, il revêt différentes significations. La guidance parentale se définit tantôt comme du soutien et des conseils et tantôt comme un véritable travail psychique chez les parents. Selon Laupies (2004), elle aide les parents à se différencier et à conduire leurs enfants vers la différenciation. Pour Cornot et Scialom (2015) il s'agit pour le psychomotricien d'une écoute et d'une attitude facilitant la collaboration avec les parents.

Je me demande si l'on peut parler de guidance quand cet objectif de travail n'est pas partagé avec le parent ou quand les difficultés dans le rôle de parent ne sont pas conscientisées. Il s'agira souvent en psychomotricité d'un travail de guidance implicite, mêlé au travail de rééducation psychomotrice du tout-petit. Dans d'autres situations, cet objectif spécifique de guidance peut être partagé et matérialisé plus clairement par des temps d'échange avec le parent (très souvent en présence de l'enfant pour des raisons organisationnelles) ou des techniques travaillées de concert avec le psychomotricien, le parent et l'enfant : de portage, d'accompagnement aux mouvements ou aux déplacements, etc.

### **3.1.4 L'objectif général d'intervention auprès de parents**

Les parents concernés peuvent être en difficulté pour des raisons propres et/ou du fait des caractéristiques de leurs enfants. L'objectif de fond est de promouvoir une parentalité positive sans pour autant pouvoir généraliser sur ce qu'est une parentalité positive puisque chaque relation parent-enfant possède une dimension unique. De fait, la plupart des programmes d'intervention visent l'accroissement de la fréquence des comportements parentaux positifs plutôt que de tenter la suppression directe de comportement négatifs (Roskam, 2015).

### **3.1.5 Les variables ciblées**

Les variables ciblées par l'intervention sont des cognitions et/ou des comportements.

Les cognitions ciblées sont habituellement le sentiment de compétence parentale, les biais de positivité ou d'optimisme, les attributions causales ou encore les théories implicites concernant le développement et l'éducation de l'enfant. Certains programmes d'intervention favorisent une conception plus dynamique du développement et renforcent le sentiment d'efficacité éducative chez les mères. Une évolution est également obtenue dans la manière dont les mères évaluent la personnalité de leur enfant (Roskam, 2003).

Les comportements à soutenir ou à diminuer sont l'utilisation de renforcements, de punitions, de soutien émotionnel à l'enfant, la communication au sein de la dyade parent-enfant ou tout autre comportement pouvant impacter sur l'enfant.

Le fait de travailler plusieurs variables conjointement a un effet vertueux puisqu'elles sont liées les unes aux autres. Les changements intervenants sur un comportement entraînent des changements bénéfiques dans d'autres comportements, de même que des changements dans des cognitions améliorent certains comportements.

### **3.1.6 L'approche moderne de l'accompagnement à la parentalité**

Le courant dit de l'*evidence-based practice* (EBP) est une approche moderne de la pratique clinique qui se veut fondée sur la preuve (Roskam 2015). Introduite dans les années 90 dans le champ médical elle s'est rapidement étendue à d'autres champs comme celui de la psychologie et de l'éducation.

L'intervention auprès de parents n'a pas échappé à ce courant et de très nombreuses études s'attachent à démontrer l'efficacité de certains programmes d'intervention. Aujourd'hui la préoccupation des chercheurs et des cliniciens de proposer aux parents des interventions efficaces devient petit à petit une volonté politique.

## **3.2 Impliquer les parents du tout-petit vulnérable en séances de psychomotricité : quels objectifs ?**

Intégrer le parent dans la prise en charge vise à affiner leur perception du fonctionnement, des compétences de leur enfant et à les rendre actifs. Cela doit se faire dans un climat de détente.

Les parents sont un relai incontournable pour aider à la généralisation des compétences acquises en séance et une toile de fond sur laquelle se développe l'enfant. Ils apportent des informations cruciales sur le fonctionnement de l'enfant dans son quotidien, ses points forts et ses difficultés, ses activités favorites, etc.

En termes de prévention et d'apprentissage, le professionnel pourra accompagner le parent à agir sur les symptômes perceptifs et cognitifs, sur les coordinations, les aspects non verbaux des communications et sur les émotions dans leur perception et leur expression.

### **3.2.1 Favoriser un développement optimal en soutenant la famille**

Le symptôme psychomoteur du tout-petit est ici à l'origine de la demande de soin et occupe une place importante. Nous nous intéressons à l'enfant en tant que personne en devenir, personne dont l'évolution dépend autant de facteurs intrinsèques qu'extrinsèques (en particulier liés à l'environnement qui lui est offert). Le système interactif qui unit les parents et l'enfant constitue l'environnement essentiel de cet enfant. Or la période de vie 0-3 ans est marquée par l'omniprésence d'un corps en forte croissance et qui prend sens dans la relation (Colombié, 1999). Mais nous rencontrons souvent des parents épuisés et/ou en souffrance. Les influences réciproques peuvent aggraver comme améliorer la situation initiale ce qui nécessite d'impliquer le parent afin d'amorcer une spirale vertueuse.

La présence des parents au cours des séances de psychomotricité permet à la fois de donner à l'enfant des conditions de sécurité (alterner des moments de face à face avec l'enfant et des moments où l'enfant retourne auprès de son parent, est pris dans les bras si nécessaire) et permet aux parents de reproduire des situations proposées plus tard dans leur quotidien (Noack, 1999).

Chaque situation rencontrée est unique et complexe. Néanmoins le rôle du psychomotricien est d'accompagner l'enfant dans son développement en impliquant sa famille. Pour cela, le psychomotricien tente de jouer un rôle de « traducteur » (observateur et acteur) entre l'enfant et ses parents. Cette intention vise un meilleur décodage des informations émises par l'enfant et un réajustement si nécessaire dans la relation parents-enfant.

### **3.2.2 Agir sur le trouble perceptivo-moteur**

Le psychomotricien connaît les grandes étapes du développement psychomoteur et a évalué les compétences perceptivo-motrices ainsi que les limites de l'enfant. Il propose des mises en situation, des activités que l'enfant est en mesure de réussir pour ne pas le mettre en situation d'échec et cherche à amener l'enfant dans une marge de progression pour favoriser et stimuler son développement psychomoteur, notamment ses explorations perceptivo-motrices. Le professionnel s'attachera à verbaliser ses intentions et ses observations à la fois pour accompagner l'enfant dans ce qu'il vit, l'aider à comprendre ce qu'il se passe, accueillir ses émotions, mais aussi afin qu'elles soient partagées avec le parent. Le professionnel peut proposer des interprétations des manifestations et des comportements de l'enfant en y mettant du sens. Mais il favorisera toujours le point de vue du parent.

En agissant en présence du parent, le psychomotricien peut susciter des questionnements chez le parent, lui donner des idées de refaire à la maison ou ailleurs. Démontrer en séance qu'avec du matériel très simple on peut stimuler l'activité perceptivo-motrice du tout-petit favorisera la reproduction de situations ou de jeux au quotidien. Offrir un environnement le plus adapté possible au développement du tout-petit est important pour agir sur le trouble perceptivo-moteur.

### **3.2.3 Agir sur d'éventuels troubles affectifs ou relationnels**

Ici nous nous situons dans le contexte de la vulnérabilité ou d'atteintes somatiques de l'enfant (malformations, maladies, risque de handicaps). L'existence d'une maladie chronique ou d'un risque de handicap chez un tout-petit affecte son développement et peut entraîner indirectement des perturbations sur la relation avec ses parents.

Ce que vivent ces parents, leur plus ou moins grande difficulté à investir leur enfant (qui varie en fonction de son atteinte : si elle est visible ou non, si elle menace la vie de l'enfant et si elle entraîne ou non des hospitalisations répétées) influencent la relation.

Or, une interaction parents-bébé de qualité favorise un attachement sécurisé, lui-même en faveur d'un développement psychomoteur optimal (Guédéné, 2010). Le psychomotricien travaille à optimiser l'interaction parent-bébé.

## **3.3 Les préalables nécessaires à l'accompagnement du parent en séance**

### **3.3.1 L'accord, la motivation du parent**

Une prise en charge conjointe semble la forme préférentielle pour une rééducation psychomotrice du tout-petit dont la généralisation dépend beaucoup, nous l'avons vu, de son environnement familial. En effet on vise à ce que les compétences acquises dans le cadre structuré et sécurisant

de la prise en charge psychomotrice soient actualisées dans d'autres situations diverses. Pour cela, il est indispensable que la famille prenne une part active dans les choix de prise en charge de l'enfant. Aucun projet n'est possible sans son aval (Ancel et al, 2004).

Le choix de participation du parent est essentiel. Il est indispensable de respecter sa disponibilité, son choix de présence, de chercher à percevoir un accord tacite ou de verbaliser clairement un objectif d'accompagnement du parent.

Les limites de ce type de prise en charge proviennent soit de l'impossibilité du parent à venir, soit de l'indisponibilité ou de l'incapacité psychique du parent à accepter de collaborer à ce projet (Rahoux, & Simeoni, 2008).

### **3.3.2 L'alliance thérapeutique**

L'alliance thérapeutique correspond à la relation de confiance et de collaboration qui se met en place entre le thérapeute et le patient. À la question « l'alliance avec qui en premier ? », les parents constitueraient la première étape. En effet, l'enfant qui perçoit une mise en place de l'alliance du thérapeute avec ses parents pourra attendre en confiance.

La plupart des auteurs différencient une composante affective (lien interpersonnel positif) qui se met en place au cours des premières séances et une composante cognitive (accord sur les objectifs et les tâches de la thérapie) qui survient plus tardivement dans la thérapie (Hervé et al, 2006). Le niveau affectif précédant le niveau cognitif (Luborsky, 1976, in Hervé et Maury, 2004), dans les thérapies conjointes parent-enfant il faudra d'abord chercher à diminuer les angoisses des parents et éventuellement de l'enfant ainsi que réintroduire une estime suffisante d'eux-mêmes (Hervé & Maury, 2004). Proposer des objectifs faciles à atteindre peut permettre aux parents et à l'enfant de se revaloriser.

L'intérêt de la mise en place d'une alliance thérapeutique est attesté notamment par des recherches qui, dès les années 1970, ont montré que la majorité des thérapies entraînaient des gains thérapeutiques équivalents en dépit de théories et de pratiques différentes, suggérant que l'alliance thérapeutique contribuait grandement à ces bienfaits thérapeutiques. En particulier, dans une étude de deux groupes de familles consultant pour des troubles fonctionnels du nourrisson, Cramer et al (1990) ont montré qu'aucune différence significative dans leur évolution n'apparaissait malgré le fait que certaines avaient bénéficié d'une thérapie brève d'inspiration psychanalytique alors que d'autres avait reçu une guidance interactive. Ainsi l'alliance est reconnue comme un facteur commun à toutes ces thérapies, en opposition aux facteurs spécifiques. Plus encore, l'alliance apparaît comme un bon prédicteur de l'évolution du patient (Hervé et al, 2006).

Pour les professionnels de l'enfance, l'alliance thérapeutique est particulièrement complexe du fait que plusieurs interlocuteurs sont à prendre en compte. Dans notre sujet, les parents ne viennent pas pour eux-mêmes mais pour leurs enfants porteurs d'un problème. Néanmoins ils sont des partenaires indispensables. Le couple (dit « dyade ») mère–enfant ou la triade père–mère–enfant constitue ici le « patient » (Hervé et al, 2006). Les symptômes de leur enfant mais aussi peut-être ce que le professionnel propose peuvent venir mettre en doute leurs compétences parentales. Le thérapeute doit dans un premier temps faire en sorte que les parents et l'enfant se sentent en sécurité (Hervé & Maury, 2004).

Dans le cadre des interventions auprès de parents, on part de l'hypothèse que l'influence environnementale éducative engendrera des effets positifs pour le développement de l'enfant (Roskam, 2015). L'alliance avec les parents est alors très importante car ils sont considérés comme partenaires actifs de la prise en charge de leur enfant (Hervé et al, 2006). La place de l'enfant au cours de la consultation est particulièrement importante : beaucoup de consultations suivies de ruptures contiennent très peu d'échanges verbaux et non verbaux (la communication non verbale étant fondamentale avec le bébé) entre le thérapeute et l'enfant, contrairement aux consultations avec une bonne alliance, ce qui souligne l'importance pour le thérapeute d'être attentif et d'utiliser la communication non verbale (Hervé et al, 2006). Le développement d'une bonne alliance ne passe donc pas seulement par les échanges verbaux, mais peut être favorisé par un bon ajustement des comportements non verbaux du thérapeute.

La mise en place d'une alliance thérapeutique par les professionnels de l'enfance passe par un temps d'ajustement réciproque qui doit être le premier objectif du thérapeute (Hervé et Maury, 2004). Les interventions qui ont le plus de chance de succès sont celles qui prennent en compte les préoccupations et les aspirations de la famille (Zeanah et McDonough, 1989, in Hervé et Maury, 2004).

Carl Rogers en 1957 (in Hervé et Maury, 2004) avait mis en avant comme facteur favorisant l'alliance l'empathie, c'est-à-dire "la capacité à comprendre les pensées et les sentiments d'une personne, la considération, le regard positif inconditionnel correspondant à l'encouragement à une expression libre des sentiments, notamment des sentiments négatifs, et enfin la congruence, qui correspond au fait de s'ajuster au rythme du patient sans anticiper sur l'expression de ses sentiments et sur sa compréhension" (op cité p.505). Cette capacité d'empathie peut nécessiter un travail psychique et émotionnel important de la part du thérapeute. Les professionnels qui prennent en

charge les troubles psycho-affectifs des enfants, les dépressions maternelles, les désordres familiaux post-natals, rapportent des témoignages de parents porteurs de séquelles traumatiques liées à la non prise en compte de leurs émotions (Ancel et al, 2004).

Le professionnel se doit de repérer les difficultés et les signes de défauts d'alliance, comme par exemple l'évitement du regard, le désengagement du sujet sur le plan corporel, les mimiques, et favoriser celle-ci. Une alliance thérapeutique défailante peut se réparer si les signaux d'alerte de l'adulte sont pris en compte rapidement par le professionnel.

Ainsi l'alliance se fonde en grande partie sur la façon dont les parents se sentent soutenus par le professionnel et respectés dans leur point de vue sur la lecture des troubles. Les comportements non verbaux du professionnel ont toute leur importance : le ton de la voix et la façon dont le thérapeute s'approche du patient seraient au moins aussi important que ses paroles. La mise en place d'un climat affectif de confiance peut prendre plusieurs mois et le thérapeute gardera en mémoire que l'alliance n'est pas un phénomène linéaire et qu'elle connaît dans le temps des périodes d'affaiblissement et de renouvellement (Slade, 1999, in Hervé et Maury, 2004).

L'étude des processus de mise en place d'une alliance thérapeutique au cours de consultations parent(s)-nourrisson montre que le souci de la mise en place d'une alliance et son évaluation paraissent indispensables pour l'amélioration des pratiques de soins, la prévention des ruptures de soins et, par là-même, pour prévenir les troubles ultérieurs de l'enfant (Hervé et al, 2006).

### **3.3.3 Compétences et maîtrise de certains outils**

Avoir une attitude accueillante est le premier point que je mettrai en avant. Mais communiquer clairement et simplement sur les objectifs, aider le parent à trouver ses propres solutions en posant des questions ouvertes, sont des outils majeurs pour l'implication du parent. Le professionnel s'attachera à écouter activement et objectivement le parent, sans jugement. Accueillir et valoriser les émotions du parent, respecter ses sentiments vis-à-vis de son enfant, s'adapter au comportement du parent est un préalable nécessaire à son implication. Pratiquer l'empathie, nous l'avons vu (Cf. partie 2.1.3), est une compétence indispensable pour le professionnel.

Positiver les progrès de l'enfant ainsi que la relation enfant-parent, respecter des moments de silence pour permettre des moments d'assimilation ou de transition, sont aussi des outils importants.

Savoir reformuler, c'est-à-dire reprendre sous une forme différente les termes d'une question, permet de montrer à l'interlocuteur qu'on l'a écouté et de lui faire préciser le sens de ses propos. Plusieurs types de reformulation existent : la reformulation-écho ou perroquet, la reformulation-résumé, clarification, ....

L'écoute active est une technique de communication développée par le psychologue américain Carl Rogers. Elle vise à transmettre à l'interlocuteur un sentiment de sécurité et de confiance afin qu'il s'ouvre davantage. L'écoute active est plus fine que la reformulation en ce qu'elle ne se limite pas à dire autrement ce qu'une personne vient d'exprimer, mais qu'elle s'attache à décoder la dimension affective généralement non verbalisée. Le professionnel sera dans l'écoute active des perceptions que les parents ont de leur enfant, leur ressenti et leur histoire, leurs inquiétudes et leurs peurs face aux difficultés de leur enfant, ainsi que leurs difficultés à être parent de cet enfant.

Enfin, l'observation est une compétence centrale du métier et devra ici se tourner à la fois vers l'enfant et le parent. L'observation du mouvement chez un tout-petit s'intéresse à la qualité de ce mouvement et à son efficacité (Solioz de Pourtales, 2014). Regarder le déroulement de ce mouvement plus en détail permet de comprendre l'intention de l'enfant et de la partager avec le parent. On observera l'expressivité émotionnelle, les progrès dans l'utilisation des sens sans oublier de toujours se poser la question de ce que cherche à faire le tout-petit. Le psychomotricien cherche à déceler s'il y a décalage entre les intentions probables du bébé et ses moyens moteurs (Solioz de Pourtales, 2014).

### **3.3.4 La bonne coordination des professionnels**

L'environnement professionnel joue un rôle majeur : les effets iatrogènes d'un manque de coordination dans les attitudes, les conseils ou les avis ont été largement décrits dans la littérature. Au contraire, une sensation de cohérence procure une sécurité aux parents (Hascoët et Vert, 2010). Les familles se sentent souvent très entourées durant l'hospitalisation néonatale puis « abandonnées », « livrées » à elles-mêmes à la sortie du service de néonatalogie face à un système de santé qu'elles connaissent mal (CREAI, 2011), d'où l'importance qu'une coordination entre professionnels perdurent après la sortie du milieu hospitalier. Les liaisons inter-professionnelles sont appréciées par les parents quand elles ont pour but l'aide de leur enfant ou de leur famille.

Si la prise en charge se fait en libéral, le psychomotricien se mettra en relation avec les autres professionnels intervenant auprès de l'enfant (pédiatre, kinésithérapeute, etc.) ou cherchera à

entrer dans un réseau existant spécialisé sur la petite enfance. Il est aussi intéressant que le professionnel se déplace dans le lieu de garde de l'enfant ou invite la nounou à une séance. Faire du lien permettra une meilleure connaissance de l'enfant et un meilleur accordage du discours entre professionnels, cet accordage ayant des effets positifs sur le parent. Créer du relai est aussi un point majeur pour la généralisation des pratiques bénéfiques à l'enfant.

### **3.4 De la théorie à la pratique : quels outils et quelles méthodes pour impliquer le parent en séance**

La littérature ne montre pas la supériorité de telle ou telle méthode dans la prise en charge du tout-petit vulnérable, mais la plupart des auteurs semblent d'accord pour reconnaître l'intérêt des techniques de stimulations précoces (Ottenbacher & Peterson, 1985), en insistant en particulier sur les programmes d'intervention à domicile avec participation active des parents (Scherzer et Tscharnuter, 1990 ; Hendricks et coll., 2001, in Ancel et al, 2004).

Par contre, on se situe dans notre sujet aux niveaux 3 et 4 d'intervention (Roskam, 2015) auprès de parents d'enfants ayant des problèmes de développement et/ou une maladie chronique ; le programme d'intervention doit être intensif, focalisé sur l'interaction parent-enfant et l'application d'habiletés parentales positives à un large champ de comportements ciblés.

Notons que la particularité en psychomotricité est que l'intervention auprès du parent se fonde dans la prise en charge du tout-petit en difficulté ou en retard de développement. Il s'agira donc d'extraire dans les séances ce qui appartient au domaine de l'étayage du parent.

L'idée qui fonde le « comment et sur quoi » impliquer le parent est que l'enfant se construit au travers de chacun des moments relationnels de sa vie, aussi banal puisse-t-il paraître (Meunier, 2015). Certaines habitudes quotidiennes ont peu d'intérêt sur le plan développemental voire même ne favorisent pas la bonne évolution du tout-petit vulnérable. On mettra en valeur auprès du parent les positions, postures, etc. qui correspondent plus au mouvement physiologique du bébé et qui sont plus économiques. Certaines pratiques de jeux qui favorisent le confort du bébé et augmentent ses possibilités exploratoires seront pratiquées devant et avec le parent.

Impliquer le parent dans la séance demande, nous l'avons vu, qu'une relation optimale ait été mise en place, autant avec le parent qu'avec l'enfant. Ainsi, dès le bilan initial, il importe d'expliquer aux parents ce qu'on fait pendant cet examen, à quoi il sert. Je ne développerai pas cette partie

dans mon mémoire et m'attacherai à la prise en charge ; mais l'implication du parent lors du bilan par le psychomotricien pourrait constituer un sujet d'intérêt à part entière.

### **3.4.1 Aspects organisationnels : structure et cadre d'intervention**

#### **3.4.1.1 Fréquence, durée, intervalle des séances**

Le nombre de séances peut dépendre de l'intensité des problèmes mais aussi des parents, de leur disponibilité, de leur engagement dans le travail ou de leurs moyens financiers si les prises en charge ne sont pas soutenues par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ou un autre organisme.

La durée des séances se situe entre 30 et 45 minutes et dépend notamment de la fatigabilité de l'enfant. Le moment de la journée sera choisi avec le parent dans les créneaux où la vigilance de l'enfant est la meilleure (Noack, 1999).

L'intervalle entre les séances est fonction de la difficulté à la fois de l'enfant lui-même et du parent auprès de cet enfant, mais dépend aussi de la demande des parents et de la disponibilité du professionnel. En pratique, le rythme est souvent amené à changer car le tout-petit vulnérable peut être souffrant voire hospitalisé par périodes.

#### **3.4.1.2 Espace de rencontre**

Le lieu peut être le domicile parental autant qu'en institution ou en cabinet privé. L'expérience de l'intervention à domicile est très riche pour se rendre compte des véritables besoins de la famille. De plus, les visites à domicile ont une influence positive sur la communication avec la famille (Amiel-Tison, 1997, in Ancel et al, 2004).

Le bébé ou tout-petit enfant est en position centrale (sur un tapis au sol par exemple) avec autour de lui les jouets adaptés à son niveau de développement. Le parent a le choix de son positionnement, il pourra se placer au sol à côté de son enfant et du professionnel ou sur une chaise, un fauteuil, mais devra se trouver dans une position de confort quoiqu'il arrive. L'idéal est d'offrir différentes possibilités d'installations pour le bébé et pour le parent.

#### **3.4.1.3 Processus d'intervention**

On peut différencier deux catégories de processus d'intervention (Roskam, 2015) : des processus plutôt directifs dans lesquels l'intervenant se place comme expert de la parentalité (l'instruction, le feed-back évaluatif, ...) et des processus moins directifs dans lesquels l'intervenant se présente comme un facilitateur (son rôle n'est pas d'apprendre aux parents mais de les soutenir dans leur développement personnel). Je me focaliserai plus particulièrement dans ce travail sur la deuxième

catégorie de processus, sachant qu'une directivité importante peut être contraire à l'idée que le parent puisse générer des solutions par lui-même et que ces solutions correspondent à sa propre réalité. De plus cette directivité importante peut constituer un danger pour l'alliance participative. En effet, si le professionnel se place comme "celui qui sait" face à des parents dont le sentiment de compétence est amoindri, le risque est grand d'induire une dépendance plutôt qu'une alliance et le parent pourrait avoir de la difficulté à retrouver un sentiment de compétence suffisant pour faire face aux interactions difficiles avec son enfant.

Concernant ces processus non directifs, trois modèles dynamiques de changement des cognitions sont décrits (Weber et Crocker, 1983, in Roskam, 2015). Je retiens tout particulièrement le premier qui est graduel : chaque information nouvelle apporte sa contribution au changement qui se produit de manière progressive. Un autre modèle rend compte des possibilités d'évolution des théories implicites du fait d'une inadéquation entre des croyances antérieures et une information nouvelle à traiter (Anderson et Lindsay, 1998, in Roskam, 2015).

Toutefois ces processus non directifs postulent que les parents sont capables de générer des solutions par eux-mêmes sans être formellement guidés par des recommandations. Ils nécessitent aussi une capacité de métacognition c'est-à-dire de penser à propos de sa propre pensée, d'auto-questionnement et de faire des liens entre des croyances passées ou actuelles et de nouvelles informations afin de décider du comportement à adopter dans une situation ou pour le futur.

### **3.4.2 Aspects techniques**

Les tout-petits vulnérables ciblés ici ont un âge réel de 1 à 3 ans, mais leurs âges de développement sont très divers. Le professionnel se base entre autres sur l'âge de développement de l'enfant pour déterminer les modalités d'implication du parent.

#### **3.4.2.1 Valoriser les comportements adaptés des parents**

Le psychomotricien veillera à valoriser les comportements adaptés des parents dans les interactions avec leur enfant, c'est-à-dire à préserver voire rehausser leur sentiment de compétence, leur capacité de cognition nécessaire à une alliance participative, en évitant qu'ils ne considèrent cette intervention comme la preuve de leur incapacité à gérer seuls le devenir de leur enfant. La position du professionnel est alors celle d'un accompagnateur, d'un facilitateur dont l'objectif est de s'appuyer sur les forces des familles (Roskam, 2015). L'utilisation des renforcements positifs sur les parents peut faire émerger ou augmenter la fréquence de comportements adaptés.

Il est essentiel que le psychomotricien garde à l'esprit et transmette au parent l'idée que les exigences des exercices doivent être ajustées aux capacités de la maturation neuromotrice et

affective de l'enfant. Il valorisera ainsi tous les comportements du parent qui correspondent au niveau de développement de son petit.

#### **3.4.2.2 Supports et techniques envisageables**

Parmi les supports possibles à l'implication du parent je citerai de façon non exhaustive quelques exemples qui me semblent adaptés aux parents du tout-petit :

- La bibliothérapie : des lectures qui peuvent être proposés aux parents, dédiées aux questions éducatives ou au développement de l'enfant ; elles peuvent se faire en séance ou entre les séances pour nourrir une discussion ou une réflexion.
- L'analyse a posteriori : l'utilisation de la vidéo peut servir à concrétiser des situations à traiter ou à valoriser des comportements parentaux. Ces vidéos peuvent être fournies par le parent montrant des interactions dans la dyade parent-enfant. On se focalisera plutôt sur les moments de la vidéo dans lesquels le parent a un comportement très adapté. On mobilise ici les cognitions du parent. On parlera de vidéo feedback (Roskam, 2015). On peut aussi se servir d'audio feedback qui s'intéressent aux dimensions de communication au sein de la dyade.
- La résolution de problèmes : il peut s'agir de revenir sur une situation qui a été compliquée les jours précédents et de réfléchir ensemble à la façon de faire face à ce type de situation.
- Les relevés écrits d'actions ou de comportements : il s'agit de techniques de travail à domicile ; le plus souvent le parent détermine ce qu'il va essayer de changer au quotidien. A la séance suivante on prend un temps pour revenir sur les succès ou les difficultés rencontrées.
- L'accompagnement au toucher, massage, portage, à la prévention tonico-posturale, à l'utilisation du jeu...que nous détaillerons ci-dessous.

Ces techniques sont choisies en fonction des variables ciblées et en fonction des parents, en particulier du milieu socio-économique ou des croyances portées par ces derniers (Roskam, 2015). On veillera en particulier au degré d'intrusion qu'implique la ou les techniques choisies, c'est-à-dire au degré d'implication personnelle que cela implique.

#### **3.4.2.3 Travailler sur la notion d'espace adapté**

Il est important de transmettre au parent que, pour « bouger » librement, l'enfant a besoin d'un espace suffisamment vaste pour qu'il soit libre dans ses mouvements. Il doit par exemple pouvoir se retourner quand il est sur le dos, se déplacer à quatre pattes,... Cet espace doit être adapté aux besoins de l'enfant selon son âge ou son niveau de développement (Meunier, 2015).

Pour les tout-petits ou âge de développement équivalent, qui ont besoin d'expérimenter les mouvements du corps à partir de la position allongée sur le dos, un tapis type « bulgom » semble

le mieux adapté. Le plan horizontal est conseillé dès les 2-3 mois de l'enfant. Mais dans tous les cas on insistera sur le fait de préférer des surfaces fermes et planes qui renvoient des informations plus claires à l'enfant et facilitent l'ancrage du corps et le mouvement. Pour les plus grands ou les niveaux plus avancés qui ont besoin d'expérimenter d'autres mouvements, le psychomotricien invitera le parent, même inquiet, à respecter ce besoin de mouvement et à réfléchir pour aménager l'espace en le sécurisant pour l'enfant. Cet espace doit permettre de respecter les différents besoins de l'enfant : un coin pour « être au calme », une barrière pour séparer le coin où un plus grand évolue activement, etc.

Ces informations peuvent être verbalisées au parent, en se souciant de la forme apportée au discours, en respectant les possibilités du parent en termes d'énergie et de capacité d'écoute au temps T et en veillant à adapter les exemples d'aménagements aux possibilités financières du foyer.

#### **3.4.2.4 Transmettre des techniques de toucher et de massage**

Le massage appliqué à des nourrissons souffrant de divers troubles favorise leur croissance et leur développement et a une influence favorable sur l'évolution clinique de ces enfants (Feldman, 2002). Le massage des différentes parties du corps fournit une stimulation proprioceptive (Noack, 1999). Il renforce la perception corporelle de différentes zones du corps (Solioz de Pourtales, 2014). Les bienfaits du massage pour l'enfant sont regroupés en quatre catégories principales (McClure, 2010) : la stimulation, la relaxation, le soulagement et le renforcement du lien parent-enfant via l'interaction.

Le psychomotricien peut accompagner le parent qui le désire à la médiation du toucher-massage. Des formations existent pour se perfectionner et acquérir les compétences nécessaires pour devenir instructeur en massage bébé (notamment via l'IAIM, International Association of Infant Massage qui délivre une certification internationale à la validation de la formation). Le rôle du psychomotricien est d'accompagner le parent à un toucher et/ou massage sécurisant, adapté au tout-petit et à son enfant en particulier. Seul le parent touche ou masse le bébé, le psychomotricien fait la démonstration sur un poupon.

A travers cette médiation, le professionnel accompagne, éduque et encourage le parent à interpréter certains signaux ou réponses du tout-petit, notamment les signes d'engagement ou de désengagement de leur enfant. Le modèle Synactif du NIDCAP (Muller et al, 2014) proposant l'observation du comportement du prématuré via les 5 systèmes (végétatif, moteur, veille-sommeil, attentionnel et autorégulation) peut être utilisé pour accompagner le parent (même si leur tout-petit n'est pas né prématurément) à observer les signes physiologiques, moteurs, et les états de conscience de leur enfant.

Notons que l'interaction mère-enfant devient meilleure pour les nourrissons qui sont massés par leur mère (Feldman, 2002). Mais certains nourrissons présentent des réactions physiologiques négatives suite au massage, avec notamment une période de désorganisation (op.cité, 2002). Le professionnel devra donc être particulièrement attentif aux réactions des bébés fragiles et accompagner le parent dans ce sens : le parent devient expert dans l'évaluation de la quantité adéquate de stimulation pour son enfant.

Enfin, le massage au quotidien élève le seuil de tolérance des bébés à la stimulation. Enseigner au parent des techniques de massage, le mettre en situation et en confiance, suivre un programme d'entraînement au massage avec une répétition de séquences de mouvements appris vise la généralisation de cette pratique dans le quotidien de l'enfant et l'habituation de ce dernier afin qu'il bénéficie des bienfaits de cette médiation corporelle. En sus des bienfaits pour l'enfant du toucher-massage, il s'agit pour les dyades parent-bébé d'expérimenter une communication non verbale et verbale sécurisante pour le bébé et, pour le parent, d'apprendre à observer tous les signes physiologiques et comportementaux de son enfant.

#### **3.4.2.5 Favoriser la prévention tonico-posturale**

La prévention tonico-posturale (installation, mobilisation, portage) soutient à la fois le développement neuromoteur et le développement psychomoteur du nourrisson (Soulard, 2015). Il est important de conseiller les parents sur des installations qui favorisent le mouvement et n'entravent pas la motricité spontanée du tout-petit. La prévention posturale du bébé correspond à des installations orthopédiques, des positions à éviter et positions adéquates pour une meilleure évolution musculo-osseuse et un confort relationnel.

Le psychomotricien montre au parent les manipulations adéquates à un bon développement psychomoteur dans les mobilisations du quotidien : soutien postural adapté, respecter l'enroulement du corps, orienter le corps de l'enfant de façon à ce qu'il puisse anticiper et participer au mouvement, laisser une part d'autonomie, etc. Les gestes de l'adulte doivent suivre les mouvements naturels du tout-petit (Solioz de Pourtales, 2014).

De même, le psychomotricien formera le parent à un bon portage car celui-ci influence le tonus et l'expérience du bébé : le portage se fait en fonction de l'évolution de la tonicité de la tête et du tronc en particulier et de l'intérêt pour le monde environnant (Solioz de Pourtales, 2014). Le

psychomotricien encourage à un soutien du tout-petit sous le bassin qui favorise la liberté de mouvement (Meunier, 2015).

Enfin il conseille au parent des postures à privilégier : il insiste sur la posture de base, celle de repos, allongé sur un sol ferme, il invite à favoriser la posture en flexion, en particulier dans le cadre de schémas en extension. Il forme aux postures de redressement adaptées qui permettent la libération de la mobilité de la tête et du regard (Meunier, 2015).

#### **3.4.2.6 Le jeu**

Le jeu est un élément fondamental dans le développement du petit enfant. Il est à la fois un moyen pour capter l'attention du tout-petit et un évènement qui demande à l'enfant de s'organiser sur les plans moteur, mental et comportemental. C'est par le jeu que le tout-petit s'approprie le monde environnant. Par le jeu et le plaisir on cherche à développer les capacités sensorielles, motrices, affectives et intellectuelles de l'enfant. C'est un aussi moyen pour travailler la socialisation et la créativité.

Le psychomotricien fait donc la démonstration devant le parent de jeux d'exploration, de manipulation, de jeux de mimes ou de faire semblant, en mettant des mots sur les actes de l'enfant, en verbalisant ce qui est travaillé au temps T. Bien souvent le tout-petit va aller chercher le parent, l'impliquer dans le jeu. Le thérapeute montrera comment on peut soutenir le développement par le jeu et le mouvement ; il conseillera des jeux ou des mises en situation à proposer à la maison. Ce faisant, le parent qui assiste et participe aux séances percevra cette approche et parfois s'interrogera. Le psychomotricien, en faisant devant et avec le parent, fera implicitement passer le message que c'est parce qu'il joue que l'enfant apprend. De plus, le thérapeute montrera au parent que des objets simples peuvent être support de jeu. L'objet sera choisi en fonction de l'évolution de l'enfant afin de lui permettre d'explorer sans le mettre en trop grande difficulté. Le psychomotricien pourra guider ou encourager le parent à jouer avec son enfant en l'impliquant dans le jeu s'il le sent disponible pour cela.

Le rôle de l'adulte auprès de l'enfant est d'être présent, soutenant, d'encourager l'enfant à faire ses propres expériences. L'adulte soutient par la parole : « J'ai vu que tu as réussi à attraper la balle... » et peut aider l'enfant dans la gestion de difficultés rencontrées.

### **3.4.3 Aspects informatifs et éducatifs**

#### **3.4.3.1 Susciter une meilleure compréhension du fonctionnement de l'enfant**

Chez le tout-petit, cinq états de vigilance sont différenciables à partir de critères comportementaux observables :

- Etat 1 : sommeil calme, respiration régulière, pas de mouvement, yeux fermés.
- Etat 2 : sommeil agité, respiration irrégulière, présence de mouvements, yeux fermés.
- Etat 3 : veille calme, respiration régulière, pas ou peu de mouvement, yeux ouverts.
- Etat 4 : veille agitée, respiration irrégulière, présence de mouvements, yeux ouverts ou fermés.
- Etat 5 : pleurs, respiration irrégulière, présence de mouvements, yeux ouverts ou fermés.

Les états de vigilance sont des réalités neurophysiologiques. Ils sont un bon indice du fonctionnement du système nerveux central. Des comportements anormaux ou instables peuvent traduire un dysfonctionnement neurologique. L'état n°3 (état d'éveil calme et attentif) est celui au cours duquel le bébé est le plus disponible pour interagir avec son environnement. Il montre alors ses capacités à percevoir et à discriminer les informations venues de son environnement, à s'en protéger dans certains cas, à manifester ses besoins et ses préférences (Soulard, 2015). Le professionnel peut attirer l'attention du parent sur les états de vigilance différenciés de son enfant afin que son comportement soit au mieux adapté à chaque instant du quotidien.

Par ailleurs, en séance, il est intéressant de solliciter le parent afin qu'il donne du sens aux réactions de son enfant. En étant attentif à l'enfant dans l'ici et le maintenant et à partir des signes comportementaux qu'il émet, comment interpréter ce qu'il vit ? L'objectif est que le parent revalorise ses compétences parentales et s'implique davantage dans la compréhension du fonctionnement de son enfant.

Les stimulations sensorielles peuvent entraîner des réactions toniques suivant leur ampleur et le vécu ainsi que la perception de l'enfant (hyperacousie, autres troubles sensoriels, etc.). Si une intensité de flux dépasse les capacités sensorielles de l'enfant, le recrutement tonique sera alors excessif et désorganisant (Soulard, 2015). Le psychomotricien veille à ce que les stimulations soient adaptées et accompagne le parent en ce sens (Cornot et Scialom, 2015)

Mettre en évidence les ressources dont dispose l'enfant, les progrès (même minimes) qu'il réalise au fil des séances permet aux parents de percevoir leur enfant autrement que par l'entrée pathologique. Le psychomotricien peut se servir des bilans (initial et d'évolution) pour révéler les compétences et faire émerger les potentialités de l'enfant aux yeux de ses parents. En mettant en

évidence les compétences de l'enfant, le psychomotricien peut modifier les représentations parentales et augmenter l'investissement de ces derniers envers leur enfant. Il montre aussi aux parents l'importance d'être à l'écoute des désirs et appétences de leur enfant et de l'observer d'abord dans sa motricité spontanée, permettant ainsi de partir des centres d'intérêts de l'enfant pour travailler nos objectifs.

#### **3.4.3.2 Informer sur les étapes de développement du tout-petit**

La chronologie de l'apparition de nouveaux comportements chez l'enfant se fait de façon universelle, seul le rythme de cette succession de comportements varie d'un enfant à l'autre. Le psychomotricien peut transmettre des connaissances sur les étapes « normales » d'apprentissages du tout-petit ou sur leur ordre car les parents semblent parfois manquer de repères dans ce domaine (Cornot et Scialom, 2015). Il peut rappeler aux parents que le développement se fait dans un perfectionnement progressif, mais que les progrès ne sont pas obligatoirement uniformes et continus : stagnation et même régression peuvent aussi faire partie d'un développement normal.

Concernant par exemple le développement moteur :

- L'enfant, à partir des positions dos et ventre expérimente les retournements dos-ventre puis ventre-dos (ou parfois dans le sens inverse), les déplacements dans le but de se rapprocher d'objets éloignés, d'abord en roulant puis, au cours du troisième ou du quatrième trimestre, en rampant ou en se déplaçant à quatre pattes. Il peut être intéressant de préciser au parent que ces mouvements sont importants pour fortifier les muscles de son tronc : ils préparent la colonne vertébrale et les muscles qui l'entourent à l'acquisition des positions assise et debout.
- L'enfant acquiert ensuite la position demi-assise avec appui, puis assise sans appui. Les parents seront informés que même si la position assise nous semble reposante (à nous adulte), il en va différemment pour un enfant qui se détendra plus facilement en étant allongé ou en changeant plusieurs fois de position. Bien souvent les jeunes enfants assis trop longtemps (dans une poussette par exemple) montrent que la position est inconfortable pour eux par une posture totalement affaissée, le corps penché en avant ou sur le côté, sans symétrie, sans détente (Meunier, 2015).
- L'enfant acquiert ensuite la position debout, au début en s'accrochant, en se tenant. Puis il se met debout à partir de la position accroupie, même à des endroits où il ne peut pas s'accrocher. Enfin il fait ses premiers pas.

### 3.4.3.3 Accompagner le parent à soutenir le développement psychomoteur de son enfant

L'aspect sensoriel est majeur chez le tout-petit vulnérable qui est bien souvent concerné par une immaturité neuro-sensorielle (Perrier-Genas, 2015). La sensorialité augmente la conscience de soi et de l'environnement. Sensorialités et motricité sont très liées : les informations provenant du monde extérieur et de l'intérieur du corps sont continuellement intégrées pour guider nos actions. La guidance sensori-motrice vise la maîtrise de postures et de gestes dans toutes leurs modulations (Soyez-Papiernik, 2005) en s'appuyant sur l'idée que le bébé ne reproduit que ce qu'il a déjà ressenti. La perception engage le sujet dans l'expérience, elle est aussi la base de la cognition (op. cité).

Le psychomotricien accompagne le parent à utiliser sa voix pour mettre des mots sur le vécu de l'enfant, à chanter, à mobiliser doucement l'enfant avec un guidage de mouvements amples de bras et de jambes, à guider son enfant vers des positions asymétriques favorisant la dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne. Il n'hésitera pas à faire faire au parent des mouvements passifs qui stimulent la mobilité générale du tout-petit et augmentent son appétence à bouger. Cette répétition stimulera aussi la fonction cognitive qui permet l'anticipation du mouvement ou du déplacement, et renforce la relation cause à effet, mouvement-résultat (Solioz de Pourtales, 2014).

Le professionnel explique comment les sollicitations sensorielles et perceptives renforcent l'éveil du corps de l'enfant : il montre au parent comment on met en jeu des sollicitations visuelles et auditives (jeux devant miroir, de comptine, ...), tactiles (par des jeux de contact corporel, avec du matériel de texture diverses, par des jeux d'eau), proprioceptives et kinesthésiques (jeu de gymnastique, parcours, ...), et vestibulaires (jeux de bercement, de déplacements). Ces stimulations sont utilisées comme des moyens pour renforcer le gain moteur et cognitif visé.

Le rôle du psychomotricien dans le domaine moteur est, par exemple, d'inviter le parent à accompagner la mise en place des postures de base et des premiers déplacements :

- Enseigner au parent comment aider à la mise en place du ramper est important car la coordination droite-gauche permet des connexions nerveuses riches entre l'hémisphère droit et l'hémisphère gauche participant à la construction des compétences langagières, relationnelles, sociales et cognitives (Meunier, 2015). On peut montrer aux parents comment positionner les mains du bébé (il est souvent utile de montrer au bébé comment ouvrir ses mains au sol pour profiter pleinement de leur force) et faire la démonstration qu'on peut impulser le mouvement de ramper quand

l'enfant a les prérequis pour l'essayer. Le parent peut guider corporellement l'appui des orteils lors du ramper car il prépare le déplacement à quatre pattes.

- Favoriser la mise en place du quatre pattes est essentiel car cette coordination permet d'expérimenter le transfert de poids. Elle participe aussi à ce qu'une certaine temporalité s'instaure : « le 4 pattes structure les distances parcourues avec des rythmiques et des sensations proprioceptives » (Meunier, 2015). Le quatre pattes a aussi un rôle dans la structuration de l'espace : le mouvement du regard du bas vers le haut augmente la capacité à lier des espaces lointains avec des espaces tout proches (op. cité, 2015) et favorise l'adaptation rapide du passage de la vision périphérique à la vision focale et retour (Solioz de Pourtales, 2014). Ainsi le professionnel montre au parent comment on peut encourager et accompagner la mise en place du quatre pattes, notamment par un guidage physique de l'enfant et en stimulant sa motivation par l'utilisation d'objets à atteindre par exemple. On peut aussi conseiller aux parents d'utiliser au quotidien des vêtements souples en particulier dans cette période d'acquisition.

- Le psychomotricien invite le parent à favoriser les pré-requis pour la position du chevalier-servant notamment en attirant le regard du parent sur la dissociation des orteils de la jambe arrière qui ont un rôle d'ancrage et de propulsion (Meunier, 2015).

- il conseille le parent pour un accompagnement adéquat à la mise en place de la marche, notamment en indiquant que tenir bébé les bras en l'air pour l'accompagner dans la marche déstructure son geste de protection, le pare-chute, et le place dans une mauvaise posture. Il est plus opportun de proposer au bébé d'avancer par lui-même vers nos bras ou encore de le soutenir au niveau du bassin. L'enfant peut aussi s'aider d'un poussoir ou d'un carton lourd : ceci peut être démontré en séance et repris à la maison. Le psychomotricien invitera aussi le parent à laisser l'enfant pieds nus ou en chaussettes antidérapantes (en intérieur) car cela lui offre "toutes les informations proprioceptives et haptiques pour réguler sa posture et son équilibre" (Meunier, 2015) en favorisant la stimulation de l'équilibre via les capteurs sensori-moteurs de la voûte plantaire.

Les différents niveaux d'évolution motrice de Bobath peuvent être travaillés en changeant les bases d'appui : tapis, gros ballon, plan incliné et en changeant les sollicitations sensorielles (visuelles, auditives, tactiles, etc.). Le concept Bobath vise à favoriser l'exécution automatique ou volontaire de mouvements en fournissant au patient des informations perceptives (proprioceptives et vestibulaires en particulier). Le but est l'intégration de programmes moteurs normaux et peu coûteux (Dalvand et al, 2009). On peut apprendre au parent à guider chez son enfant des mouvements en dissociant un membre par rapport à l'autre (par exemple, guider l'orientation d'une jambe dans l'initiation du ramper). Cette technique peut être très renforçatrice pour le parent car elle facilite le mouvement en faisant appel à des ajustements posturaux automatiques (réaction

de redressement, d'équilibration, de protection). Du matériel ludique et reproductible sera utilisé en séance favorisant la motivation et l'engagement du tout-petit mais aussi son adaptation perceptivo-motrice.

#### **3.4.3.4 Informer sur les dispositions à éviter**

Certaines installations, mais aussi certains modes de déplacements, seront peu propices à un développement optimal du tout-petit vulnérable. Le professionnel devra pointer au fil des séances les situations à éviter, en particulier en se déplaçant au domicile de l'enfant.

Il invitera notamment le parent à éviter la station assise prolongée tant qu'elle n'est pas vraiment acquise car le bébé se trouve alors dans une posture bloquée symétrique et risque de tomber sur le côté, en arrière ou en avant, se cognant la tête ou le visage. Il conseillera que l'enfant ait la possibilité d'allers-retours entre sol et posture assise, de regarder devant lui et tout autour de lui, ce qui représentera un confort et une sécurité nécessaire pour le bébé.

Il informera au besoin le parent que le déplacement sur les fesses dans une position symétrique (bébé n'utilise pas ses orteils pour repousser le sol) est à éviter car en plus d'être très énergivore « il peut entraîner des douleurs dorsales voire des déplacements de vertèbres ou des hernies même chez les bébés » (Meunier, 2015, p. 88). Le dos du bébé n'est pas prêt à supporter ni autant de poids ni de tels chocs répétés.

Les situations dites « hors-sol » par Lucie Meunier sont à discuter avec le parent :

- Le transat met le bébé dans une situation bloquée, ses possibilités d'actions restent très limitées. « Il ne peut que jouer avec ses mains ou avec un jeu placé juste devant lui" (op. cité, p. 55). Y compris pour être nourri, le transat n'est pas idéal car ne permet pas au bébé « d'ajuster les mouvements de sa langue, de sa bouche, de son cou pour bien incorporer son alimentation". Aussi le professionnel guidera le parent vers une utilisation très ponctuelle du transat.
- Les balancelles qui existent aujourd'hui ne s'ajustent malheureusement pas au bébé. Elles fonctionnent de façon mécanique "alors que le bébé a besoin d'être accompagné par un être de parole à la fois langagier et corporel." (op. cité, p. 59). On conseillera de préférer le hamac par exemple pour des moments de sollicitations vestibulaires.
- Le parc, même s'il est sécurisant pendant un temps, devient très rapidement trop petit car "pour l'épanouissement moteur du petit il est utile qu'il se situe toujours dans un espace plus grand que la distance qu'il peut parcourir" (op. cité, p. 78). Et puis même si l'enfant se sert des barreaux pour

se redresser il serait plus écologique et transposable qu'il se redresse la main posée à plat en appui sur un meuble ou autre.

- La chaise haute ne permet pas un soutien suffisant des pieds et les bras sont souvent trop relevés pour qu'une coordination des mains soit possible. La motricité fine nécessite une bonne posture de tout le corps qui soutient cette action.

- Le youpala et le trotteur contraignent l'enfant dans une posture debout. Or pour les bébés qui ne sont pas prêts à se maintenir verticalisés ceci risque d'entraîner des déformations au niveau des articulations mais surtout une tension corporelle globale. De plus, dans le trotteur le bébé ne commande pas la direction dans laquelle il veut aller : le lien entre le projet de déplacement et la direction prise par le trotteur est souvent inadéquate. Les déplacements en trotteur impliquent un déséquilibre vers l'avant le plus fréquemment, poussant l'enfant à se placer sur les pointes de pieds entraînant un risque de pieds équinés. Le trotteur empêche aussi la vision vers le bas pourtant si utile lors des déplacements hasardeux. De plus, il donne à vivre des expériences de limites du corps trop déstructurées : « allant taper les meubles, le bébé s'habitue à des sensations trop fortes osseuses et fortement vibratoires" (op. cité, p. 94) et risque d'entraîner la diminution voire la disparition des réflexes pare-chutes du fait de la coque plastifiée protectrice qui entoure l'enfant.

Ainsi le parent apprend à respecter le niveau de développement du tout-petit et à lui offrir les installations et stimulations les plus propices à son développement psychomoteur dans une relation de confiance et de soutien.

### **3.5 Exemple de programme d'implication du parent**

Dans un article récent, des chercheurs suédois proposent un programme d'implication de parents dans le traitement de leurs nourrissons de moins de 12 mois présentant des signes cliniques de Paralyse Cérébrale dont ils projettent d'étudier l'efficacité (Eliasson et al, 2016). Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé. Peu d'études sont aujourd'hui disponibles sur ce sujet, aussi je le présente même si le programme concerne des enfants plus jeunes que ceux qui m'ont intéressée pour ce mémoire. Ce protocole proposera des résultats prochainement qu'il sera intéressant de consulter.

Un programme (*Small Step Program*) est appliqué pendant leur première année à 48 enfants (24 dans le groupe pilote et 24 en groupe contrôle), destiné à améliorer le développement d'enfants risquant de développer une paralysie cérébrale (du fait d'événements néonataux). Il s'inspire des

théories sur la plasticité du cerveau et vise à évaluer si ce programme permet aux parents de mieux gérer leur stress lié au fait d'avoir un enfant risquant de développer une paralysie cérébrale.

Il s'agit d'interventions intensives et ciblées, menées par les parents, dans le milieu de vie l'enfant, avec trois cibles : l'utilisation de la main, la mobilité et la communication. Chacune de ces cibles est travaillée successivement. Les parents sont formés et entraînés par des thérapeutes. Les objectifs doivent être définis en collaboration avec les parents qui sont les mieux à même de déterminer ceux qui sont les plus adaptés au développement de l'enfant.

Concernant l'anxiété des parents face au risque de paralysie cérébrale de leur enfant : l'hypothèse est que les outils mis en œuvre dans le *Small Step Program* – coaching, supervision, éducation et retours sur comment stimuler les performances de tâches et la communication - permettront aux parents de mieux affronter le retard de développement de leur enfant.

Le programme et l'implication des parents consistent à ce qu'ils interviennent chaque jour, au domicile de l'enfant. Ils sont coachés chaque semaine par les thérapeutes (spécialistes de chaque cible). Ils sont informés de l'importance de la répétition de la pratique enseignée et on leur demandera de noter le temps qu'ils passent à la pratique chaque jour. Le programme par objectifs requiert une grande implication des parents. Pour l'assurer, les thérapeutes recourent à des entretiens de motivation.

Le but est d'aider les parents à adapter leurs réponses aux initiatives et capacités de leur enfant au fur et à mesure qu'elles se développent. L'importance de l'environnement du domicile et de son «enrichissement» (adaptation, choix des jouets etc....) est prise en compte.

La méthode des 6 C décrite par Turner et Paris (1995, in Eliason et al, 2016) est utilisée par les thérapeutes pour coacher et motiver les parents à assurer eux-mêmes le traitement :

**CHOIX** : les parents sont activement impliqués dans le choix des objectifs qu'ils souhaitent voir leur enfant améliorer

**CONTROLE** : les parents ont le contrôle de la situation et les enfants de leur activité, au moins jusqu'à un certain point.

**CHALLENGE (défi)** : pour les parents le défi est de piloter la mise en œuvre de la pratique, pour l'enfant d'atteindre l'objectif.

**COLLABORATIONS** : les parents, l'enfant et les thérapeutes collaborent pour atteindre les objectifs de l'apprentissage moteur et communicationnel de l'enfant.

**CONSTRUCTIVE MEANING (construction d'une signification)** : le domaine choisi pour l'apprentissage moteur et communicationnel de l'enfant fait sens pour l'enfant et les parents.

**CONSEQUENCE** : on reconnaît le succès des apprentissages moteurs et communicationnels lorsque l'enfant peut réaliser des actions motrices et communicationnelles plus avancées.

Des méthodes d'évaluation sont prévues pour les différentes cibles et les effets du programme chez les parents (changements de représentation, diminution du stress, etc.). Les auteurs n'attendent pas que la mise en œuvre de ce programme évite aux enfants de développer une paralysie cérébrale. Le but final est de leur permettre une meilleure activité, un meilleur fonctionnement, que s'ils ne l'avaient pas suivi. Enfin, lorsqu'il sera appliqué, ce programme devrait permettre de développer une connaissance qui aura un impact important sur la conception des traitements et suivis de court et moyen terme. Il m'a particulièrement intéressée du fait de son approche « impliquante » mais respectueuse des choix de la famille.

### **3.6 L'évaluation de ce travail d'implication**

Il existe des évaluations de programmes d'intervention précoce (ciblés ici principalement sur la période post-hospitalisation) qui sont centrés soit sur l'enfant, soit sur les parents, ou utilisent une approche combinée qui semble la plus positive. Ces différents programmes montrent globalement des effets positifs sur le développement cognitif et sur les interactions parents-enfants dans les deux premières années de vie (Ancel et al, 2004). Le premier effet de l'implication des parents dans les prises en charge précoces rapporté par Ancel et al (2004) est la diminution des effets pathogènes liés aux attitudes professionnelles antérieures (même s'ils ne sont pas cités ainsi) : diminution du stress, meilleure relation avec l'enfant, équilibre familial. Notamment, le rôle du père a été mesuré dans ses effets sur le développement cognitif (Yogman, 1995, in Ancel et al, 2004).

Evaluer l'impact précis de ce travail d'implication sur l'évolution du tout-petit paraît peu envisageable car il sera difficile d'extraire les effets de ce travail spécifique des autres effets de la prise en charge et de l'évolution développementale de l'enfant. De plus, les effets apparaissent parfois en décalé dans le temps : « certains comportements positifs peuvent ne pas émerger immédiatement après l'intervention mais s'installer dans le timing développemental nécessitant plusieurs semaines voire plusieurs mois » (Roskam, 2015, page 242). Roskam (2015) précise qu'il serait intéressant de prévoir une rencontre plusieurs semaines ou plusieurs mois après la fin de l'intervention auprès du parent pour vérifier dans quelle mesure les bénéfices sont conservés à plus long terme ; mais ceci s'applique à certains cas seulement ceux où le suivi vise uniquement le travail d'accompagnement du parent. Et puis "il arrive que les interventions auprès de parents agissent efficacement sur la parentalité positive mais qu'il faille attendre quelques semaines de plus pour que les changements intervenus dans les comportements éducatifs parentaux induisent des

comportements positifs chez l'enfant et réduisent par conséquent la fréquence et l'intensité des comportements problématiques" (Roskam, 2015, p. 242).

Ainsi les relations de causalité sont dans ce domaine très difficiles à mettre en évidence, étant la plupart du temps multifactorielles et circulaires. L'évaluation du travail d'implication du parent pourrait s'envisager au travers d'une ligne de base établie par le professionnel mais l'évaluation restera tout de même assez subjective.

En revanche, il existe des possibilités d'évaluation clinique de l'alliance (par un expert à partir des enregistrements vidéos des consultations ou échelle de mesure telle que le *working alliance inventory*) qui peuvent être intéressantes dans une évaluation de ce type de prise en charge conjointe (Hervé et al, 2006). Les auteurs citent aussi le GETCEF (grille d'évaluation triadique permettant d'évaluer les interactions triadiques père-mère-bébé au cours d'un jeu semi-standardisé) et ce modèle est transposable à toute situation où la communication à plusieurs autour du bébé s'avère primordiale, ce qui est le cas du cadre thérapeutique. L'analyse de ces interactions permettrait de déterminer la qualité de l'engagement à trois au cours de moments clés ciblés. Ils proposent une évaluation complémentaire de la communication non verbale et montrent grâce à une étude sur 16 consultations précoces qu'une alliance thérapeutique favorable est associée à la présence de moments d'engagement non verbal des trois sujets et d'au moins un moment de partage émotionnel à trois. La qualité de ces moments était entre autres associée à celle de l'engagement corporel du thérapeute auprès du bébé. La mise en place d'une alliance ne semble pas pouvoir se faire sans un engagement actif du thérapeute auprès de la mère et du bébé, sur le plan à la fois corporel, affectif et cognitif.

### **3.7 Ce que nous apporte le parent**

Il est primordial d'être à l'écoute du parent et de lui laisser de la place dans les interactions avec son petit. Observer ces interactions apprend beaucoup sur la relation parent enfant, sur les comportements et façons de faire de chacun. Entendre ce qu'ils savent de leur enfant, ce qu'ils observent de son comportement au quotidien est aussi essentiel pour la bonne continuation du projet thérapeutique. Certains parents savent décrire avec précision les manifestations de leur enfant. Ils commentent, reconnaissent et anticipent ses besoins. Pour d'autres, au contraire, l'ajustement est plus difficile.

Parallèlement aux séances, de nombreuses consultations externes et des examens médicaux peuvent intervenir. Le parent en parle, transmet des informations et pose parfois des questions. Le professionnel est là pour écouter ses observations, ses questionnements et, inversement, le parent est un appui important pour le professionnel dans le suivi de son enfant.

De cette dynamique de séance conjointe parent-enfant émergent souvent des informations précieuses pour adapter, personnaliser et enrichir le contenu des séances (Noack, 1999), mais aussi pour obtenir intérêt, adhésion et réponses du jeune enfant. Par exemple, les parents peuvent nous informer sur la nature des objets qu'affectionne leur enfant. Le choix du matériel en séance sera plus adéquat s'il respecte les préférences de l'enfant.

Pour conclure cette partie sur l'accompagnement à la parentalité, je soulignerais que l'implication du parent en séance de psychomotricité repose sur des variables comportementales et cognitives visant à optimiser les effets de la prise en charge du tout-petit et nécessite une bonne alliance thérapeutique ainsi que la motivation du parent. De nombreux outils et méthodes sont à disposition du professionnel pour impliquer le parent. Ils seront à sélectionner en fonction de l'indication médicale mais aussi en fonction du parent (réceptivité, intérêt, ...). Ce travail d'implication repose principalement chez le psychomotricien sur la verbalisation de ce qu'il observe chez l'enfant, la démonstration, le guidage verbal et les mises en situation du parent. Chez le parent, il repose sur des processus d'observation et d'imitation (immédiate et différée) et des modifications progressives de cognitions. L'imitation peut être spontanée ou sous l'effet d'un *modeling* si le professionnel propose une répétition systématique de certaines pratiques. L'apprentissage du parent se fait donc à la fois par imprégnation et répétition, et par un conditionnement opérant si le comportement nouveau du parent a des effets positifs sur son enfant.

## 4 Partie pratique

Cette partie pratique est destinée à étayer mon analyse de l'implication du parent dans la prise en charge psychomotrice du tout-petit vulnérable en faisant émerger l'implicite dans le travail d'un professionnel. Mon objectif est de répondre, sur un cas réel, à la question : « Comment le professionnel implique-t-il le parent dans la séance ? »

Les questions sous-jacentes étant : En fonction de l'objectif d'implication du parent fixé, que lui transmettre, dans quel but ? Quels outils utilise le psychomotricien en fonction de la situation, de sa connaissance de la famille ? Quels critères retient-il pour choisir tel ou tel mode opératoire ? Est-il plutôt dirigiste ou pas ?

Etudier un ou plusieurs cas cliniques vise ainsi à analyser l'activité en situation de travail, à définir comment s'articulent les différents paramètres de la situation pour révéler des traits caractéristiques de l'activité.

### 4.1 L'analyse de la pratique

L'analyse de la pratique ou de l'activité fait référence à ce que mobilise le professionnel pour sa pratique et qui est souvent peu visible (le raisonnement, la pensée, le jugement...). Elle est à différencier de la tâche qu'il fait, qui est visible (l'application de consignes, les gestes techniques, l'usage d'outils etc.). L'analyse de l'activité s'attache à recueillir des éléments observables de l'activité, c'est-à-dire "ce que fait réellement le professionnel". Elle cherche à comprendre les modes de fonctionnement du professionnel : ses intentions, sa manière de gérer les situations de travail particulières, son mode d'organisation de l'action (Pastré, 2002).

Mon projet d'analyser la pratique d'un professionnel expérimenté dans la prise en charge des tout-petits visait à mieux cerner les compétences permettant d'impliquer les parents dans le cadre de situations critiques ciblées. Et l'intérêt était double : développer mon savoir-faire et développer un savoir sur la question que je me pose, à savoir comment impliquer les parents dans une situation jugée critique, qui constitue un enjeu dans la prise en charge.

Après avoir rencontré divers structures et réseaux, mené plusieurs entretiens auprès de professionnels intervenants auprès de parents et tout-petits, j'ai mieux cerné le contexte et la pratique et me suis fixée sur un exemple de pratique psychomotrice. Le choix du cas clinique a été déterminé par l'objectif visé et l'existence d'une situation critique intéressant ma question. Les

situations critiques sont des situations qui appellent une action, une rectification. Leur signification est représentative du métier.

## 4.2 Méthodologie

Les premières séances avec la famille m'ont permis de définir avec la psychomotricienne la situation critique sur laquelle elle souhaitait travailler, de l'observer, de vérifier sa répétition dans le temps et les variations éventuelles de sa manifestation. Il est nécessaire d'analyser la situation avant de pouvoir analyser l'activité (Leplat, 2002). Je me suis entraînée à l'observation.

Puis j'ai défini mon plan d'action en 4 phases :

- Recueil du discours du professionnel : premier entretien avec la psychomotricienne destiné à lui demander comment elle pense s'y prendre pour avancer sur cette situation critique.
- Recueil de données : la modalité choisie est l'enregistrement vidéo. Pour faire cet enregistrement vidéo j'ai informé les parents concernés de la démarche et de leurs droits puis j'ai recueilli leur autorisation écrite quant à l'usage des images à des fins cliniques, avec l'accord la psychomotricienne et de la faculté. Toute la séance est filmée car la situation critique peut se présenter à tout moment.
- Exploitation des données : il s'agit d'isoler le ou les moments où la situation critique se présente et d'analyser la séquence vidéo (événement déclencheur, moment de la séance ; fréquence et durée d'activités motrices, perceptives et mentales, ou activités de communication de la psychomotricienne, incidents et variations du mode opératoire) avec établissement d'un chronogramme.
- L'entretien de confrontation du professionnel aux traces de son activité : il cherche à comprendre l'activité. Il s'agit de présenter au professionnel des traces de son propre comportement en même temps qu'il verbalise l'activité correspondante. Ici je présente la ou les séquences enregistrées et demande ensuite à la psychomotricienne de réagir en demandant sur quel point elle souhaite revenir. Des questions sont préparées au préalable et concernent le raisonnement de la psychomotricienne. Pendant l'entretien je fais parler la psychomotricienne sur ce qu'elle a fait, pourquoi elle l'a fait, etc. concernant les traces d'activités liées spécifiquement à la tâche ciblée (après avoir pris soin d'identifier parmi ces traces recueillies des éléments qui interpellent la compréhension de l'activité). Cet entretien est enregistré.

- Elle montre une appétence exploratoire, avec une exploration multimodale.
- Elle est intéressée par les jeux de son âge, elle commence à faire les liens de cause à effet sur de jeux.
- Son appétence relationnelle a beaucoup évolué : les comportements d'évitement et de retrait se sont atténués et Juliette va maintenant plus volontiers vers les personnes, elle est curieuse des enfants, aime toucher les visages, initier des jeux de complicité.
- Les interactions avec les autres enfants sont bien présentes. Juliette a plaisir à les imiter et à aller vers eux. Les vocalises sont présentes, surtout quand elle est en confiance et détendue. Les mimiques se sont diversifiées. La compréhension semble correcte (en attente du bilan en Orthophonie). Le pointage est présent pour exprimer ce qui l'intéresse.
- L'attention conjointe a été assez préoccupante à un moment, en lien avec le repli observé suite aux hospitalisations. Il a été difficile d'identifier si les difficultés provenaient des conséquences des crises, de séquelles neurologiques ou de réactions suite au stress des hospitalisations. Le comportement de Juliette ayant évolué assez rapidement dans les jours qui ont suivi les hospitalisations, la professionnelle en conclut que le repli était en réactivité au stress. L'attention conjointe de Juliette est aujourd'hui correcte, mais il est difficile de la lui imposer. Elle crée des jeux communs lorsqu'elle est en situation de confiance. La brusquer entraîne des refus.
- Le développement moteur de Juliette est celui d'un enfant de son âge, avec une légère hypotonie de fond. Elle se met debout sans appui, avec un objet dans les mains, fait ses tout premiers pas seule. Elle n'aime pas quand l'adulte la fait marcher et apprend vraiment de façon autonome et à son rythme.
- Les mobilisations ne sont pas toujours acceptées : Juliette n'aime pas trop être déstabilisée et préfère bouger par elle-même plutôt que d'être manipulée.
- L'utilisation des mains et des yeux est celle d'enfants de son âge, elle contrôle ce qu'elle fait avec son regard, a des gestes fins et coordonnés.
- Juliette est plutôt émotive et lorsqu'elle est contrariée il n'est pas toujours facile pour elle de s'en remettre. Avec un adulte inconnu ou dans une situation surprenante, son stress peut vite monter. Elle reste souvent en vigilance. Les moments où elle relâche sa vigilance lui permettent d'être beaucoup dans la communication, les vocalises et dans des explorations plus sereines. Ces réactions de stress sont visibles au niveau de son regard qui devient plus fuyant, elle demande d'être portée et on observe des gémissements ou pleurs. Une fois reconfortée Juliette se remet facilement à jouer. A la maison et à la crèche, Juliette est décrite comme une petite fille très joueuse et joyeuse.

tête. Elle va très rarement au contact physique de la professionnelle. De façon quasi systématique, la fin de la séance est fortement colorée par ce comportement. Ainsi pour l'analyse de la pratique, il pourrait s'agir de se focaliser sur les 10 dernières minutes de la séance.

Nous avons repéré qu'il y a toujours une situation déclenchante qui entraîne ce comportement, souvent une perte d'équilibre. Mais le comportement semble disproportionné en intensité et en durée au regard de l'évènement.

## **4.5 Analyse de la pratique sur cette situation critique**

### **4.5.1 Objectif d'analyse de la pratique sur cette situation critique**

Je m'intéresse au comment la psychomotricienne accompagne le parent pour mettre du sens sur ce comportement de repli. Dans le cadre de l'analyse de pratique, l'objectif est de comprendre ce que la professionnelle fait en fonction des indicateurs pris en considération chez l'enfant et le parent. Et de savoir quels sont ces indicateurs.

L'analyse de la pratique avec film à l'appui s'est faite sur 2 séances. La séance la plus représentative du comportement ciblé et du travail d'implication du parent est décryptée ici.

### **4.5.2 Recueil du discours du professionnel**

*Le 18 janvier 2017*

L'objectif pour la professionnelle est de travailler autour d'un comportement négativiste de Juliette qui se fait aux dépens des activités proposées dans la séance depuis le début de la prise en charge au cabinet (en mai 2016). Elle décrit que l'enfant retourne vers sa maman, s'enfuit, cherche le contact corporel, gémit, refuse toute activité ou sollicitation. De façon concomitante l'enfant montre des signes de fatigue, demande sa sucette. Ce comportement apparaît de façon systématique au bout de 20 minutes de séance. La psychomotricienne se demande s'il s'agit d'un rituel que Juliette aurait mis en place, s'étonne qu'à 2 ans Juliette ne puisse rester dans la relation, dans un jeu, au-delà de 20 mn ; se demande s'il s'agit de signes de vraie fatigue.

A la question « comment pense-t-elle s'y prendre pour agir sur cette situation critique repérée, comment pense-t-elle l'aborder avec le parent », la professionnelle répond que ce n'est pas encore très clair pour elle mais qu'elle vise à susciter une réflexion chez la mère à propos de ce comportement de Juliette. Tout d'abord, probablement en demandant à la maman si elle a repéré ce rituel chez son enfant en séance, le fait qu'il revient à chaque séance et environ à la même heure.

Puis elle prévoit d'interroger la mère pour savoir si ce comportement est aussi observé à la maison, si les parents observent des allers-retours (Juliette vient faire des câlins, repart, revient), et si oui si cela s'opère dans la même temporalité (possibilité de rester à distance pendant environ 20 mn aussi ?).

L'idée de la psychomotricienne est de ne pas interroger la mère sur l'interprétation qu'elle peut faire de ce comportement dès la première fois, mais de laisser 15 jours passer avant de le faire, en se disant qu'une pensée aura pu s'élaborer dans ce laps de temps. Dans un deuxième temps donc, elle projette d'interroger Juliette oralement en demandant « pourquoi tu fais ça ? Qu'est-ce que tu veux nous dire ? ». Mais le mode opératoire pour relancer le sujet sera fonction de la réaction de la mère aux sollicitations initiales lors de la première séance.

Donc, elle pense aborder la situation en 2 phases :

- 1- quand le comportement arrive, demander à la mère si elle s'est rendue compte de ce comportement qui se répète à chaque fois ; est-ce qu'elle l'observe aussi à la maison ?
- 2- interroger Juliette sur son comportement ou relancer la discussion avec la mère si cela semble propice.

#### **4.5.3 Résultats de l'exploitation des données et de l'entretien de confrontation avec la professionnelle**

*Le 15 février 2017 : Juliette est alors âgée de 24 mois*

*2 temps observés :*

- *Le 1<sup>er</sup> : la psychomotricienne questionne la mère pour savoir si elle observe ce comportement à la maison (hors situation critique)*

A 11 minutes du début de la séance, alors que Juliette a principalement évolué sur un parcours moteur et joue à tomber en arrière, sécurisée par la psychomotricienne, elle s'arrête après avoir dit joyeusement « Juliette tombée » et retourne vers sa mère.

La professionnelle verbalise en disant « Ah un petit câlin à maman après les grosses frayeurs ; c'est le réconfort maman ». Quand elle voit que l'enfant semble s'installer sur sa maman, la psychomotricienne demande à la maman si Juliette fait aussi ces allers-retours réguliers vers ses parents qui entrecoupent le fait qu'elle joue toute seule. La maman répond tout de suite positivement et donne des exemples de stratagèmes qu'utilise Juliette pour avoir une raison de revenir voir ses parents régulièrement. La psychomotricienne accompagne par des « ahh » et rit à certaines situations racontées. Elle regarde alternativement la mère et l'enfant qui s'est à nouveau

déplacée vers le parcours et dit à Juliette « on parle de toi » alors que cette dernière répète certains mots prononcés par sa maman. La professionnelle est concentrée sur le discours de la mère et reprend par la positive en disant « c'est génial, c'est vraiment la période où elle a besoin de vivre sa vie tout en sachant qu'elle peut venir faire appel à vous ». Elle exprime ensuite que ce lien aller-retour c'est comme le cordon ombilical qui s'agrandit peu à peu. Lors de l'entretien d'auto-confrontation la psychomotricienne dit utiliser une illustration psychologique, une image symbolique représentant le jeu que fait Juliette.

Une minute est passée. Voyant que Juliette se rapproche d'un objet lumineux, elle lui propose de le prendre et de le rapprocher pour jouer avec. Juliette ne répond pas ni ne regarde. La psychomotricienne relance en demandant « qu'est-ce que tu veux faire Juliette ». En l'absence de réponse elle fait une autre proposition de jeu. Juliette ne répondra pas mais répétera à un moment donné un mot prononcé dans une proposition et la professionnelle décide de prendre cela comme une réponse : elle va alors chercher l'objet et le met au centre. Juliette se dirige vers l'objet en manifestant des sons de contentement.

Concernant cette minute exploitée, la professionnelle dit avoir trouvé la maman particulièrement disponible ce jour-là et avait en tête notre objectif de travail, qui selon elle explique qu'elle ait initié l'échange alors même que la situation critique n'était pas clairement observée. Néanmoins, le comportement de Juliette à ce moment-là reflétait bien les états observés chez l'enfant. Elle trouve que l'échange avec la maman se fait très facilement, que la maman semble avoir bien conscience de ce qui se joue dans ces allers-retours (Juliette teste si sa maman répond quand elle lui demande de l'aide), n'est pas agacée par la répétition du comportement à la maison et y participe même volontiers. Elle déduit de cet échange que la maman est très sereine, est touchée par la démarche de sa fille et a même envie de partager des situations amusantes.

La professionnelle ne voit pas de delta entre ce qu'elle avait prévu de faire et la façon dont l'échange s'est déroulé. Néanmoins, elle ne pose pas la question de savoir si la mère a repéré cette situation qui se répète à chaque séance.

- *Le 2<sup>ème</sup> : la situation critique se présente suite à une chute et dans un contexte à nouveau de rapprochement de Juliette vers sa maman*

On est à 20 minutes de la séance et Juliette a expérimenté une série de glissades et de déséquilibres sur une boule-lumière. Elle a rapproché la boule de sa maman. Puis, alors que la psychomotricienne lui propose d'essayer une autre position, Juliette appelle sa maman et se rapproche d'elle, se colle le dos contre le torse de sa maman. La professionnelle interprète que

Juliette a une demande à faire qu'on ne comprend pas, elle se recule pour laisser la place à la dyade mère-enfant et verbalise d'abord ce qu'elle observe en disant que Juliette fait un petit câlin à maman (« un petit coup de charme »), puis demande à Juliette ce qu'elle souhaite faire. Cette dernière retourne vers la boule, amorce quelques mouvements pour monter dessus mais abandonne et retourne vers sa maman. On n'observe pas de rupture, de signe de déception, Juliette retourne au contact physique de sa maman. La psychomotricienne considère que Juliette tente de répondre en se rapprochant de l'objet mais décide de ne pas intervenir et souhaite que Juliette formule une demande, tente d'initier une attention conjointe (que Juliette cherche du regard sa mère ou la professionnelle et essaie de communiquer sur l'objet désiré). Ainsi la psychomotricienne ne répond pas de façon spécifique à une demande qu'elle considère trop peu explicite. Même si elle suppose que Juliette souhaite remonter sur la boule, elle essaie de faire émerger une demande claire, que ce soit par des vocalises, un mot, du pointage ou des aller-retours avec le regard.

Ensuite, Juliette dit se cacher (sur sa maman) et la professionnelle reprend « tu te caches ? » puis « elle est où Juliette ? où es-tu Juliette ? », elle répète plusieurs fois « où es-tu ? je ne te vois pas ! », cherche du regard dans la salle pour trouver une situation de cache-cache qui serait autre que contre sa maman, puis prend un tapis rigide pour le positionner debout comme une barrière entre elle et Juliette et sa maman. Juliette se détache de contre sa maman et vient contre le tapis, commence un jeu de cache-cache. Le tapis tombe avec Juliette, celle-ci rit et dit « encore », retourne plusieurs fois vers sa maman en riant. Elle est dans une attention conjointe, échange des regards, autant avec la psychomotricienne qu'avec sa maman, partage aussi ses émotions avec sa mère. La psychomotricienne travaille sur la motricité volontaire de Juliette comme fonction de relation avec le milieu physique et l'environnement social.

A un moment donné (à 23 mn du début de la séance) elle fait un gros câlin à sa maman puis chute et, en glissant, se cogne la tête contre la porte. La professionnelle s'inquiète du fait que la maman pourrait culpabiliser de cette chute. Elle verbalise « tu t'es cognée » et demande si elle s'est fait mal, souhaitant prendre en compte ce qu'il s'est passé pour Juliette mais en essayant de ne pas trop donner d'importance (de gravité) à cet évènement : elle utilise un ton de voix relativement neutre souhaitant que la maman ne se sente ni jugée ni remise en question. En même temps, la professionnelle pense que la situation critique va arriver : l'évènement qui peut agacer ou fatiguer Juliette va entraîner son retrait et elle ne parviendra plus à être dans le jeu. Elle anticipe déjà en se demandant comment elle va pouvoir composer avec ce comportement. La professionnelle est donc dans une réflexion triple : soucieuse de ne pas heurter la maman, prise en compte de l'émotion chez l'enfant et éviter son repli. A partir de ce moment, en effet, Juliette va geindre et rester tout contre sa maman. La professionnelle demande à plusieurs reprises « est-ce que ça va ? est-ce que tu veux

revenir jouer ? ». C'est une façon d'opérer que la professionnelle conscientise et qu'elle utilise à chaque fois qu'un enfant tombe : elle intervient en 3 phases successives (reconnaissance de l'évènement, de la douleur éventuelle de l'enfant puis, rapidement, tenter de détourner son attention en lui demandant s'il est prêt à passer à autre chose car, avec beaucoup d'enfants, cela peut être possible assez vite après la chute,).

La psychomotricienne s'approche en poussant le tapis de côté et demande « est-ce que c'est fini ? ». Puis, alors que Juliette gémit encore, elle dit : « ce ne sont pas des vrai pleurs ». La mère lève la tête, semble surprise de cette phrase. Au bout d'un moment, la maman de Juliette (qui continue à pleurnicher) dit qu'elle pense qu'elle a plus mal aux dents qu'à la tête. La psychomotricienne reprend cela sous forme de question, attend encore et réitère sa question à l'enfant « ça va mieux ? ». Juliette pleurniche toujours et sa maman rit en disant « comme c'est faux ces pleurs ! tu fais le bébé ? Ça fait quoi les bébés ? ». Elle reprend là la constatation faite par la psychomotricienne très peu de temps auparavant. La professionnelle pense que la mère et elle-même ne savent pas trop comment faire avec cette situation, partagées entre être à l'écoute de Juliette ou l'inviter à passer à autre chose. Juliette se tortille sur sa maman et la psychomotricienne demande si on commence à ranger le matériel, souhaitant signifier à Juliette que la fin de la séance arrive bientôt et que si elle veut jouer encore, ça ne peut être que tout de suite. Juliette lève la tête et regarde vers la salle. La professionnelle reprend verbalement tout ce qui a été fait dans la séance en pointant voire touchant le matériel. Elle souhaite que cela réveille des souvenirs de vécus corporels, des émotions et elle cherche à valoriser les actions qui ont été réalisées (en opposition à ces moments critiques pendant lesquels il ne peut plus y avoir d'actions). Juliette finit par se décoller de sa maman, mobilisée par le discours de la professionnelle et revient vers le matériel. Elle ne gémit plus. On est à presque 28 mn de séance.

Mais à 31 minutes 30, alors que la maman et la professionnelle rassemblent les affaires, rangent, etc., Juliette commence à geindre à nouveau en demandant sa sucette. La psychomotricienne se rapproche d'elle en disant « tu as retrouvé ta sucette ? elle était cachée où ? ça fait du bien ? c'est aussi bon que les câlins de maman ? ». En effet, ces plaintes lui posent question, elle souhaite en parler. Juliette est attentive mais se détourne rapidement de la psychomotricienne et va vers sa maman. La professionnelle observe beaucoup Juliette en même temps qu'elle range, se questionne à voix haute « je n'arrive pas à savoir si elle est fatiguée ou si elle ne veut pas que ça s'arrête ». Puis, quand la maman va mettre les chaussures, la professionnelle vient se rasseoir au sol, tout à côté de Juliette qui s'interrompt dans ses vocalises nasales et dit au revoir en regardant la psychomotricienne. Cette dernière rit, observe et verbalise à la maman : « C'est rigolo, c'est vraiment une habitude alors ! elle se berce avec sa voix ? », souhaitant signifier que ces comportements bruyants, systématiques, l'interrogent. La maman dit un oui assez laconique,

semble se fermer ou du moins n'être plus disponible à l'échange, puis rajoute « c'est un coup de mou ». La psychomotricienne pense que c'était un peu trop pour la maman et se dit que le mot « rigolo » qu'elle a employé n'était pas approprié. Le fait de souligner des comportements de Juliette qui ne paraissent pas habituels est susceptible de déclencher chez la maman des réactions émotionnelles.

Ce jour, on observe donc deux temps pendant lesquels il est difficile de faire revenir Juliette dans le jeu et l'interaction que lui propose la psychomotricienne. Dans le deuxième temps, la réaction de Juliette suite au fait qu'elle se cogne semble moins disproportionnée en termes d'intensité sur le moment que d'autres fois mais dure pendant 2 mn 30. Puis à nouveau, au moment du départ, des vocalises de plainte et un refus de l'échange avec la professionnelle sont observés.

Ainsi ce comportement plus global de repli contre sa mère aura occupé presque 10 mn de la séance (8 mn exactement).

La psychomotricienne observe tout au long de la séance des signes d'auto-stimulation quand Juliette se « décroche » de sa maman après un moment de rapprochement physique : fermeture de yeux répétitives, doigts dans la bouche, vocalisations nasales répétitifs quand elle a sa sucette dans la bouche, etc. En recherche de contacts physiques, Juliette stimule la zone où il pourrait y avoir la sucette. C'est très présent et peut être interprété comme une façon de se couper de ce qu'il y a autour.

Remarque : au début de la prise en charge de l'enfant, la professionnelle échangeait volontiers des réflexions/questionnements quant aux comportements de Juliette (regard, retrait, vocalises de plainte,...). Puis, la maman semblant vivre difficilement les émotions que faisaient surgir ces échanges, et après discussion avec les autres professionnels intervenant auprès de Juliette, il avait été décidé de souligner d'avantage l'aspect habituel du développement de Juliette et de moins verbaliser les traits ou difficultés qui pourraient relever d'un dysfonctionnement neurologique et inquiéter la mère, sauf s'il s'agit de comportements qu'on peut aussi observer chez des enfants non porteurs de handicap.

#### **4.5.4 Analyse des résultats**

La psychomotricienne travaille à favoriser l'adaptabilité au milieu de sa toute petite patiente, à promouvoir des interactions adaptées et efficaces avec son entourage. Elle l'encourage à ne pas abandonner ses buts et l'accompagne dans ses actions visant un progrès individuel par la pratique répétée dans un cadre sécurisé. Elle considère le trouble (mode particulier d'entrée en relation de

cette petite) dans une situation donnée (elle s'est intéressée à savoir s'il s'exprimait de même à la maison, à la crèche et avec les autres professionnels) et dans un système relationnel (avec la maman et avec elle-même). Elle le replace aussi dans un contexte post traumatique, du fait des nombreuses hospitalisations de Juliette. Elle s'intéresse aux affects de la petite fille autant que de la maman, les premiers étant potentiellement désorganiseurs (auto-stimulations et retrait) et s'y adapte.

Elle a repéré un symptôme (décrit dans la situation critique) sur lequel elle veut impliquer le parent. Elle a identifié des facteurs déclenchants : moment d'apparition et relation de causalité avec un évènement.

Elle a analysé le trait psychologique du parent (fragilité émotionnelle ici) et tente de s'adapter au mieux pour choisir le bon moment, le bon dosage, etc...Elle positive beaucoup les réponses parentales et le lien parent-enfant.

Elle réfléchit pendant et entre les séances au comment, avec quels moyens, quels outils agir sur le comportement critique tout en impliquant progressivement le parent. Elle met en place ses choix thérapeutiques et les réévalue constamment.

Les moyens qu'elle utilise pour impliquer le parent sont à la fois attentionnels (attention simultanée à l'enfant et au parent, observation des comportements non verbaux et verbaux), l'ajustement corporel (rapprochement de l'enfant, éloignement de la dyade, ...), l'utilisation de matériel, des verbalisations à l'enfant (questionnements, invitations) et au parent (questionnements, paroles de réassurance). Elle veille à ne pas exclure l'enfant quand elle échange avec le parent et tente de réimpliquer l'enfant dans l'interaction. Elle respecte aussi des moments de pause et d'observation de ce qu'il se passe. Elle prend aussi en compte ses propres comportements et les remet en question.

La séance suivante est annulée. Un mois plus tard, beaucoup d'allers-retours sont observés dès la dixième minute de séance, et cela s'intensifie à partir de 20 mn de séance. La psychomotricienne interroge Juliette quand celle-ci reste tout contre sa maman « qu'est-ce que tu veux faire Juliette ? ». Ce jour on n'observe pas la situation critique telle qu'on l'a décrite avec des gémissements ; néanmoins à la toute fin de la séance elle réclame sa sucette et s'allonge sur les genoux de sa maman fredonnant comme un air de musique puis geint un petit peu. Comme nous avions estimé lors de la dernière séance que les échanges avaient été suffisants et sentant la maman moins disponible, la psychomotricienne ne réengage pas l'échange avec la maman

Pour conclure, cette analyse de la pratique a révélé une concomitance d'activités attentionnelles, motrices, expressives et mentales chez la professionnelle qui cherche tout à la fois à améliorer un comportement de l'enfant caractérisé par un dysfonctionnement dans les interactions avec le milieu et à impliquer le parent dans cette démarche.

Je n'ai pas observé de script (séquence d'actions) redondant pour cette situation emblématique (ex: parole de réassurance -> regard vers l'enfant -> geste de repositionnement etc.) mais plutôt une mixité de comportements retrouvée à chaque séance dans des proportions diverses.

## 5 Discussion

Les limites de ce travail se confrontent à la fois à un recueil de données empiriques limitées, à la très certaine incomplétude de mon exploration bibliographique mais aussi au fait que je n'ai pu mener une analyse complète de la pratique que sur un cas clinique. La littérature scientifique en psychomotricité abordant mon questionnement sur cette tranche d'âge 1-3 ans m'a semblé pauvre et on note une importante imbrication entre les domaines de la psychologie et de la psychomotricité sur le sujet de la place du parent dans la prise en charge du tout-petit vulnérable. Par ailleurs mon analyse de l'activité n'a certainement pas respecté toutes les règles de cette pratique et n'a pu s'intéresser qu'à un exemple de pratique professionnelle. Ceci ne peut aucunement représenter la grande diversité des méthodes et outils existants pour favoriser l'implication du parent dans la prise en charge psychomotrice de son tout-petit vulnérable et n'a pas non plus permis de comparer deux types de pratiques.

Néanmoins, même si je n'ai pu mener jusqu'au bout plusieurs études de cas, ma réflexion s'est nourrie de l'observation de différentes prises en charge impliquant le parent, variées tant en termes de motif de consultation, d'âge de développement que de problématique d'implication parentale.

En termes de méthodologie, je me suis rendue compte que l'utilisation du chronogramme (sous forme de tableau) que j'avais préparé pour l'analyse des vidéos ne m'était pas utile. Il m'a finalement été plus pratique de noter à la dizaine de secondes près ce qu'il se passait en analysant la vidéo, sur une feuille libre, et d'analyser ensuite l'enchaînement des éléments observés, leur répétition éventuelle, etc.

A la fin de ce travail de mémoire sur la question du pourquoi et comment impliquer le parent en séance de psychomotricité, mes lectures et mon analyse pratique m'amènent à retenir plusieurs points importants à discuter.

\* Impliquer le parent dans la prise en charge psychomotrice correspond à favoriser le transfert d'apprentissages et la généralisation des acquisitions. Si le but de la psychomotricité est que le patient s'adapte au mieux à différents contextes d'évolution, elle ne peut pas se limiter à un apprentissage situationnel : la transposition de l'apprentissage à d'autres situations doit être envisagée. Il y a transfert quand un apprentissage modifie l'exécution d'une activité nouvelle, une autre tâche qui possède des éléments communs (Albaret & Soppelsa, 2015).

La généralisation désigne le fait de pouvoir réutiliser une habileté acquise, de façon aussi performante que possible, dans des contextes différents de celui de l'apprentissage, ce qui nécessite un minimum d'adaptation de la compétence (Nesensohn et al., 2006). Dans la prise en charge du tout-petit le psychomotricien cherche à ce que les habiletés puissent réapparaître dans des conditions de stimulation différentes. Il s'attache aussi à renforcer la probabilité d'apparition d'une compétence plus ou moins proche de la réponse apprise dans un contexte de stimulation identique à celui de l'apprentissage. A cette fin, il travaille en séance au perfectionnement de la réponse et à sa stabilité, en privilégiant une pratique constante en phase d'acquisition. Généraliser la compétence requiert de l'actualiser dans de nouvelles conditions, ce qui s'opère de façon spontanée si les parents reprennent certaines pratiques utilisées en séances. Ainsi, impliquer la famille, mais aussi parvenir à un partenariat étroit entre les différents intervenants favorise l'actualisation de la compétence.

\* Face à l'importance d'impliquer le parent pour toutes les raisons évoquées (risque de rupture du soin, impact en termes de généralisation, ...) j'ai perçu la difficulté pour le professionnel de s'adapter à la disposition ainsi qu'à la motivation et au niveau socio-économico-culturel du parent. Il existe autant de diversité de cas que d'approches à mettre en place. L'enjeu est donc d'individualiser l'implication du parent autant que la prise en charge de l'enfant. Mes observations de terrain m'ont notamment permis d'appréhender la grande difficulté d'impliquer le parent lorsqu'il est déjà submergé par une situation (familiale, économique, psychologique) et se trouve peu disponible. J'ai notamment rencontré plusieurs cas de figure où la maman est seule avec des jumeaux, tous deux en difficulté (un plus que l'autre), le père travaillant ou étant absent. D'autres situations montrent une difficulté pour le parent à accepter la différence de l'enfant ou à réutiliser des recommandations au quotidien qui nécessitent une nouvelle organisation, réorganisation coûteuse pour certains parents déjà aux prises du quotidien et de leurs difficultés. Ainsi s'est imposée à moi la question récurrente : « quels outils pour quels parents ? ». Dans certains cas, l'outil vidéo (faite par le parent, chez lui) reprenant des installations montrées par le professionnel peut être intéressant, facilitant la reprise de l'information ultérieure par le parent. Dans d'autres cas, des articles scientifiques, ciblés et choisis, s'avèrent opportuns. Pour d'autres personnes, une implication corporelle répétée permettra la reproduction au quotidien d'installations, de mobilisations, de gestes et de jeux sensori-moteurs adaptés à l'enfant. La composition d'une approche faite de plusieurs méthodes et outils adaptés au parent et à la situation représente probablement un gage de réussite de la prise en charge conjointe parent-enfant.

\* La question de l'implication des deux parents, et notamment du père plus rarement présent aux séances, me semble aussi majeure. Si les conceptions de l'attachement ont donné la primauté à la mère jusque dans les années 80, aujourd'hui les psychologues du développement tentent de comprendre la dynamique triadique et s'attellent à une définition plus précise de la place respective des deux parents et de l'enfant au cours de ses premières années. On note aussi une évolution dans la manière d'aborder la place du père en tant que figure d'attachement (contribuant à sa manière à la sécurité de l'enfant). Sa position par rapport à la mère pose la question de ce qu'il peut apporter en plus dans la vie de l'enfant (Miljkovitch, & Pierrehumbert, 2005). Il est de plus en plus admis chez les cliniciens que l'enfant a beaucoup à gagner de la présence immédiate, active et chaleureuse de son père. Le Camus et Zaouche-Gaudron (1998, in Le Camus, 20002) tentent d'esquisser un modèle de père impliqué et psychologiquement différencié : agent de socialisation, partenaire dans la communication avec une propension à anticiper sur le développement psychomoteur, tuteur dans les apprentissages cognitifs avec, globalement, la même aptitude que la mère à faire évoluer le bébé dans la zone de sensibilité. Cependant, les observations de Labrell (1992, in Le Camus, 20002) auprès d'enfants de 18-20 mois observés dans un jeu d'encastrement, montrent des pères différant un peu des mères avec une tendance à apporter davantage de stimulation, à poser davantage de « défis » et surtout à laisser le bébé trouver la solution par lui-même. Nous retiendrons que le développement du tout-petit vulnérable bénéficie de l'implication du père dans la vie quotidienne du bébé et qu'une réflexion sur les modalités d'implication des pères, et pas seulement des mères, dans la prise en charge psychomotrice serait à mener.

Pour illustrer ce propos je me réfère à une étude relatant que les papas qui massent leur bébé 15 minutes par jour sont plus expressifs, plus enjoués et sont plus chaleureux avec leur bébé (Cullen, et al. 2000).

\* Dans certaines situations plus que d'autres, charger le parent de réutiliser des installations, mobilisations, etc., apparaît incontournable pour infléchir au mieux la trajectoire développementale du tout-petit. Cependant le psychomotricien doit en même temps veiller à ce que le parent garde sa place de parent et ne porte pas sur son enfant un regard uniquement médical ou axé sur des performances à atteindre. Plutôt que de placer le parent dans une position de co-thérapeute le psychomotricien s'attache à optimiser la prise en charge en majorant des compétences parentales. Car si les parents prennent une posture de rééducateurs, ils risquent d'adopter une attitude de sur-stimulation, avec une approche mécanique et une tendance à l'acharnement (Cornot et Scialom, 2015) et, ce faisant, de perdre leur place de parents aimants.

De la même façon le professionnel doit veiller à ce que le parent ne se sous-estime pas au regard des compétences spécifiques du psychomotricien et ne se mette en retrait. Tout au contraire, son

rôle est de soutenir le parent et de le rendre actif dans la démarche tout en valorisant ses compétences parentales en évolution.

\* Enfin, il est nécessaire d'être en mesure de prendre du recul sur les résonances que peuvent faire émerger certaines situations parent-enfant chez nous, professionnels. Dans l'analyse de la pratique, nous avons vu que la psychomotricienne agissait en fonction d'indicateurs pris chez la mère et chez l'enfant mais aussi en fonction de l'écoute de ses ressentis. Certains agissements du parent peuvent créer chez nous des réactions émotionnelles et l'analyse de notre propre vécu fait partie des objectifs thérapeutiques. Gelso et Carter (1994, in Hervé & Maury, 2004) notent que le repérage et l'analyse des sentiments négatifs du thérapeute influencent l'alliance et qu'une vigilance du thérapeute sur ses propres réactions émotionnelles peut favoriser cette alliance.

## Conclusion

La question de la place à donner au parent dans la prise en charge du tout-petit vulnérable m'interpellait en particulier sur deux points : l'absolue nécessité d'impliquer les parents, ou pas ; et les modalités de cette implication éventuelle, avec les compétences que cela requiert.

L'investigation bibliographique a répondu au premier point en me confortant sur le caractère primordial de donner un rôle actif au parent. Le développement de l'enfant dépend étroitement des qualités de son environnement et, en premier lieu, de son environnement relationnel et humain au sein duquel les parents occupent une place centrale. C'est par le lien parents-enfant que se construisent les bases de la construction psychique et affective de l'enfant. Le développement est sous l'influence de facteurs génétiques et environnementaux, mais il est aussi intimement lié aux apprentissages. Ainsi, il paraît nécessaire d'impliquer les parents dans la prise en charge psychomotrice lorsque cela est possible. Les activités ainsi que les installations conseillées en psychomotricité permettent aux parents de prendre des idées et de voir des outils qui seront adaptables au domicile, sans pour autant qu'ils deviennent eux-mêmes rééducateurs. Cela favorise la généralisation des compétences psychomotrices et cognitives acquises par l'enfant en séance.

Pour avancer sur mon deuxième centre d'intérêt – les modalités d'implication des parents - j'ai eu besoin de mieux cerner ce que la science actuelle dit des différents comportements parentaux et surtout des déterminants de la parentalité sur lesquels le psychomotricien est susceptible d'agir. Le caractère multidimensionnel et dynamique (bidirectionnel) de ces déterminants me semble important à garder présent à l'esprit dans l'exercice de notre métier. Dans la littérature, les cognitions parentales sont clairement mises en avant comme élément majeur impactant les comportements parentaux et sur lequel le psychomotricien devra donc s'attacher à travailler. Son rôle sera notamment de renforcer le sentiment de compétence parentale pour favoriser l'investissement parental. Le professionnel se doit d'appréhender avec empathie la situation, le point de vue, les inquiétudes et la fatigue éventuelle du parent d'un enfant en difficulté pour pouvoir l'impliquer tout en respectant ses affects et ses possibilités. Il sera toujours vigilant à la bonne continuation de l'alliance thérapeutique qui apparaît comme prédicteur de l'évolution du patient.

Le mode d'intervention auprès du parent « sain » me semblant le plus adapté, le moins intrusif, a un faible niveau de directivité ; mais pour certaines indications thérapeutiques il m'a paru plus adéquat

de proposer des séquences répétées (modeling) de mobilisations, de portage et d'installations, avec de nécessaires compétences pour éviter la rupture de soins et en coordination avec les autres professionnels.

Concernant le « sur quoi impliquer le parent », l'accompagnement au décryptage des signaux émis par le tout-petit m'apparaît comme appartenant clairement au rôle du psychomotricien auprès du parent. Le tout-petit utilise sa motricité pour interagir et communiquer avec son environnement et le psychomotricien est tout particulièrement formé à l'analyse de cette motricité et à l'accompagnement du bébé pour favoriser l'émergence de nouvelles compétences psychomotrices. Il aura un rôle de traducteur en verbalisant ce qu'il observe devant le parent. Le psychomotricien guidera le parent à la fois sur la perception des compétences et des besoins de son enfant mais aussi sur des comportements différenciés à développer pour favoriser son développement. L'intervention en psychomotricité apporte bien souvent aux parents un nouveau regard sur l'enfant.

Nous accompagnons enfin le parent à la prévention tonico-posturale et à l'adaptation psychoperceptivomotrice de l'enfant à son milieu.

Concernant le « comment », quelles méthodes, quels outils utiliser pour impliquer le parent en séance, il m'a semblé nécessaire d'aller rencontrer divers professionnels travaillant avec ce public d'enfants vulnérables et d'analyser plus finement, a minima, un exemple de pratique professionnelle en psychomotricité. J'ai pu trouver un terrain qui me permettait l'observation de ce travail et une professionnelle disposée à se prêter au jeu de l'analyse de pratique. Cela m'a permis d'aller plus au cœur de mon questionnement, d'investiguer avec un ancrage dans la réalité. J'ai appréhendé la grande complexité de ce travail d'implication du parent, fondu dans la prise en charge psychomotrice du tout-petit et toutes les qualités et compétences que cela implique. Cela m'a permis d'observer un type de guidance comme apprentissage à interpréter les signes de l'enfant, à reproduire des gestes techniques ou installations bénéfiques au meilleur développement et à appréhender des comportements désorganisateur, ceci au moyen de questionnements, conseils, démonstrations, mises en situation, partage de moments de qualité, d'apprentissage de l'empathie et de prise en compte des émotions du parent et du tout petit. Néanmoins, l'analyse de plusieurs cas cliniques et sur une durée plus importante dans le temps aurait permis une vision plus large. Multiplier le nombre de professionnels auprès desquels pratiquer une analyse de la pratique aurait éventuellement dégagé une homogénéité et/ou hétérogénéité de la pratique.

Une question en particulier subsiste : que faire, comment faire avec le parent qui ne semble pas être en mesure de s'impliquer ? L'effet de levier puissant que peut avoir l'implication du parent sur

l'efficacité de la prise en charge (Cornot et Scialom, 2015) devrait pousser à développer cette question.

Enfin, l'accompagnement des parents en psychomotricité propose de les amener à prendre (ou reprendre) leur place d'acteurs principaux dans l'évolution du développement psychomoteur de leur tout-petit vulnérable. Et le travail en synergie psychomotricité-parents (impliqués au quotidien) s'attache à prévenir des retards ou des troubles dans le devenir et à éviter d'éventuels risques de surhandicap du fait de défaut ou d'excès de stimulation, ou encore de sollicitations inadaptées.

## Bibliographie

- Albaret, J.-M. et Soppelsa, R., (2015). Principes issus des théories de l'apprentissage et du contrôle moteurs, in Albaret, J. M., Giromini, F., & Scialom, P. (Eds). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Tome 2-Méthodes et techniques*. (pp.74-98). Paris : De Boeck Supérieur
- Ancel, P. Y., Bonnier, C., Burguet, A., Combier, E., Estournet-Mathiaud, B., Gautheron, V., ... & Rozé, J. C. (2004). Déficiences et handicaps d'origine périnatale : dépistage et prise en charge. [http://lara.inist.fr/bitstream/handle/2332/1318/INSERM\\_handicap\\_part2.pdf%3Fsequence%3D3](http://lara.inist.fr/bitstream/handle/2332/1318/INSERM_handicap_part2.pdf%3Fsequence%3D3)
- Colombié, B. (1999). Prise en charge psychomotrice de l'enfant infirme moteur d'origine cérébrale de 0 à 3 ans. *Evolutions psychomotrices*, (45), 132-144.
- Cornot, A. et Scialom, P. (2015). Guidance parentale. In J.-M. Albaret, F. Giromini & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Tome 2-Méthodes et techniques* (pp. 189-199). Paris : De Boeck Supérieur.
- Cramer, B., Robert-Tissot, C., Stern, D. N., Serpa-Rusconi, S., De Muralt, M., Besson, G., ... & D'Arcis, U. (1990). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: A preliminary report. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 278-300.
- Cullen, C., Field, T., Escalona, A., & Hartshorn, K. (2000). Father-infant Interactions are Enhanced by Massage Therapy. *Early Child Development and Care*, 164(1), 41-47.
- Cyrulnik, B. (2001). *Vilains petits canards* (Les). Odile Jacob
- Cramer, B., Robert-Tissot, C., Stern, D. N., Serpa-Rusconi, S., De Muralt, M., Besson, G., ... & D'Arcis, U. (1990). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: A preliminary report. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 278-300.
- CREAI Rhône Alpes (2011), La prise en charge des bébés très vulnérables. Synthèse régionale. Rapport. 44 p.
- Dalvand, H., Dehghan, L., Feizy, A., Amirjalali, S., & Bagheri, H. (2009). Effect of the Bobath technique, conductive education and education to parents in activities of daily living in children with cerebral palsy in Iran. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 19(1), 14-19.
- de Baracé, C. (2010). Action médico-sociale précoce: pour quels enfants? Choisir c'est renoncer, ou le choix cornélien... *Contraste*, (2), 61-80.
- Decety, J. (2015). The neural pathways, development and functions of empathy. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 3, 1-6.
- Delion, P., & Vasseur, R. (2012). Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans. *1001 BB* n° 112. Eres.
- Doise, W., Mugny, G., & Perret-Clermont, A. N. (1975). Social interaction and the development of cognitive operations. *European journal of social psychology*, 5(3), 367-383.

- Doise, W., & Mugny, G. (1981). *Le développement social de l'intelligence* (Vol. 1). Paris : InterEditions.
- Eliasson, A. C., Holmström, L., Aarne, P., von Mentzer, C. N., Weiland, A. L., Sjöstrand, L., ... & Löwing, K. (2016). Efficacy of the small step program in a randomised controlled trial for infants below age 12 months with clinical signs of CP; a study protocol. *BMC pediatrics*, 16(1), 175.
- Feldman, R. (2002). Les programmes d'intervention pour les enfants prématurés et leur impact sur le développement : et trop et pas assez. *Devenir*, 14(3), 239-263.
- Gautier-Coiffard Y. (2007), Sur la notion de vulnérabilité. Annexe 4 du document d'orientation de l'Assemblée Générale du SNMPMI (Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile) du 24 mars. <http://www.snmpmi.org/spip.php?article173>.
- Guédénéy, N. (2010). *L'attachement, un lien vital*. Fabert.
- Guédénéy, A., & Allilaire, J. F. Eds (2001). *Interventions psychologiques en périnatalité*. Paris : Masson
- Gueguen, C. (2015). *Vivre heureux avec son enfant : un nouveau regard sur l'éducation au quotidien grâce aux neurosciences affectives*. Robert Laffont.
- Hascoët J.-M., & Vert P. (2010). *Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né*. Elsevier-Masson. 264 p.
- Hervé, M. J., & Maury, M. (2004). Le travail d'ajustement du thérapeute dans la co-construction d'une alliance avec les familles. *La psychiatrie de l'enfant*, 47(2), 491-510.
- Hervé, M. J., Paradis, M., Legras, S., & Visier, J. P. (2006). À propos d'une recherche sur l'alliance thérapeutique dans les consultations précoces. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54(1), 38-44.
- Jeliu, G. (1983). Les capacités du nouveau-né et le rôle de parent. *Santé mentale au Québec*, 8(2), 55-60.
- Lamour, M., & Barraco, M. (1998). *Souffrances autour du berceau: des émotions au soin*. Gaëtan Morin.
- Laupies, V. (2004). La guidance parentale: ses liens avec la psychothérapie et la bientraitance. *Thérapie familiale*, 25(4), 521-529.
- Le Camus, J. (2002). Le lien père-bébé. *Devenir*, 14(2), 145-167.
- Leplat, J. (2002). De l'étude de cas à l'analyse de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (4-2). <http://pistes.revues.org/3658> ; DOI : 10.4000/pistes.3658
- McClure, V. S. (2010). *Infant Massage--Revised Edition: A Handbook for Loving Parents*. Bantam.
- Meunier, L. (2015), *Le bébé en mouvement*. Paris : Dunod.

- Miljkovitch, R., & Pierrehumbert, B. (2005). Le père est-il l'égal de la mère? Considérations sur l'attachement père-enfant. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, (2), 115-129.
- Ministère de la santé (2004). Plan « Périnatalité » 2005-2007 «Humanité, proximité, sécurité, qualité». [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_perinatalite\\_2005-2007.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf)
- Ministère de la santé (2006) Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité. <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040022.htm>
- Ministère de la Santé (2010). Evaluation du plan périnatalité 2005 2007. Rapport final. [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation\\_du\\_plan\\_perinatalite\\_-\\_Rapport\\_final.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf)
- Mouton, B., & Roskam, I. (2015). Confident mothers, easier children: A quasi-experimental manipulation of mothers' self-efficacy. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2485-2495.
- Muller, J. B., Castaing, V., Denizot, S., Caillaux, G., Frondas, A., Simon, L., ... & Flamant, C. (2014). Le programme NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). Principes et théorie. *Motricité Cérébrale: Réadaptation, Neurologie du Développement*, 35(1), 41-43.
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of child psychology and psychiatry*, 33(3), 543-561.
- Nesensohn, J., Aubert, E., & Pourre, F. (2006). Apprentissages perceptivo-moteurs et généralisation chez des enfants en hôpital de jour. *Entretiens de Psychomotricité 2006*, 82-89.
- Noack, N. (1999). Caractéristiques psychomotrices et prise en charge de l'enfant porteur de Trisomie 21 de 0 à 3 ans. in J. Rivière (Ed.), *La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant* (pp.51 104). Marseille, Groupe de Boeck.
- Ottenbacher, K., & Petersen, P. (1985). The efficacy of early intervention programs for children with organic impairment: A quantitative review. *Evaluation and Program Planning*, 8(2), 135-146.
- Pastré, P. (2002). L'analyse du travail en didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 138, 9-17.
- Perrier-Genas, M. (2015). La stimulation psychomotrice du nourrisson In Albaret, J.-M., Giromini, F., & Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 3- Clinique et thérapeutiques* (pp.5-18). Paris : De Boeck Solal, 2015.
- Rahoux, C., & Simeoni, F. (2008). Place des parents de jeunes enfants lors des séances en psychomotricité dans un service de rééducation. *Contraste*, (1), 275-294.
- Rivière, J. (1999). *La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant*. Marseille : Groupe de Boeck.
- Roskam, I. (2003). Évolution des théories implicites des mères à propos du développement de leur enfant handicapé : impact d'un programme de guidance. *Enfance*, vol. 55, (4), 379-399. doi:10.3917/enf.554.0379.

- Roskam, I. (2015). *Psychologie de la parentalité : modèles théoriques et concepts fondamentaux*. De Boeck.
- Scialom, P. (2004). La guidance parentale : Ecrits psychomoteurs. *Evolutions psychomotrices*, (65), 152-158.
- Scialom, P., & Giromini, F. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Tome 1-Concepts fondamentaux* (Vol. 1). Groupe de Boeck.
- Soloz de pourtales, V. (2014), *Éveil psychomoteur du tout-petit : éducation psychomotrice des bébés de 3 à 18 mois en collectivité*. Suisse : Edition Médecine & Hygiène. 214 p.
- Soulard, J. (2015). Le bébé, une personne en devenir. L'approche psychomotrice comme soin préventif pour le bébé vulnérable. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien. 92 p.
- Soyez-Papiernik, E. (2005). *Comprendre la rééducation des anomalies du développement*. Elsevier Masson.
- Squillaci Lanners, M. & Lanners, R. (2008). Éducation et soutien à la parentalité Les attentes des parents ayant un enfant handicapé. *La Revue internationale de l'éducation familiale*, (23). 15-38
- Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement: son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188.
- Tereno, S., Guedeney, N., Dugravier, R., Greacen, T., Saias, T., Tubach, F., ... & Guédeney, A. (2017). Sécurité de l'attachement des jeunes enfants dans une population française vulnérable. *L'Encéphale*, 43(2), 99-103.
- Vaillé, H. (2005). L'intelligence de l'enfant: les théories actuelles. *Sciences humaines*, (10), 20-20.
- Zupan-Simunek, V., Leloup, L. & Granier, M. (2007). Le système de suivi des bébés vulnérables en France: synopsis des réseaux d'aval. Paris : *Journées nationales de néonatalogie*, 419-33.

## Résumé :

Le développement du tout-petit dépend étroitement des qualités de son environnement et en premier lieu de son environnement relationnel et humain au sein duquel les parents occupent une place centrale. En tant que psychomotricien, le travail auprès de ces enfants en bas âge implique une réflexion sur la place à donner aux parents dans le soin. Je me suis intéressée à cette question en particulier parce que impliquer le parent dans la prise en charge me semblait un travail complexe.

La réflexion que je développe ici tente de préciser pourquoi le psychomotricien peut être amené à impliquer le parent dans la prise en charge du tout-petit vulnérable et comment il peut s'y prendre pour le faire, notamment quelles compétences vont lui permettre de déterminer les modalités de cette implication. A cet effet je m'intéresse aux comportements parentaux et surtout aux déterminants de la parentalité sur lesquels le psychomotricien est susceptible d'agir, aux modes d'intervention auprès du parent, aux méthodes et aux outils à utiliser pour impliquer le parent en séance. Les enfants concernés sont des tout-petits vulnérables de 1-3 ans. Ma partie pratique s'intéresse à un exemple d'implication du parent par le professionnel sur une problématique spécifique du tout-petit vulnérable.

**Mots clés :** bébé vulnérable, parentalité, implication des parents, alliance thérapeutique, méthodes, outils.

## Abstract :

*The development of the toddler depends on the qualities of his environment and, first of all, on his relational and human environment, in which parents have a main role. As a psychomotor therapist, working with these young children require a thinking on the place to be given to the parents in the care. My interest in this specific issue emerges because involving parents in the care seemed to me a complex job.*

*The reflexion developed here attempts to clarify why the psychomotor therapist may have to involve the parent in the care of the vulnerable toddler, and how to do it, including what skills will enable him to determine the modalities of this involvement. To this end, I am interested in the parental behavior, especially the determinants of the parenting on which the psychomotorian is likely to act, the methods of intervention with the parent, the methods and tools to be used to involve the parent during a session. We take interest here to vulnerable toddlers from 1 to 3 years old. My clinical part relates on an example of parental involvement by the professional on a specific problem of the vulnerable toddler.*

**Key words :** vulnerable toddler, parenting, parental involvement, therapeutic alliance, methods, tools.