



Le rôle du psychomotricien en lien avec le maternage Piklérien en pouponnière

Lucie Camps

► To cite this version:

Lucie Camps. Le rôle du psychomotricien en lien avec le maternage Piklérien en pouponnière. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02933043

HAL Id: dumas-02933043

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02933043>

Submitted on 8 Sep 2020

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

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



IFP de la Pitié-Salpêtrière

Faculté de Médecine Sorbonne Université

91, Bd de l'Hôpital

75364 Paris Cedex 14



Le rôle du psychomotricien en lien avec le maternage Piklérien en pouponnière

Mémoire présenté pour le DE de psychomotricien

Session de juin 2020

Référentes de mémoire :

Pauline DE MORTAIN

Annie FABIEN-TÉMOIN

Mémoire présenté par :

Lucie CAMPS

Remerciements

Je tiens à remercier mes maîtres de mémoire, Pauline et Annie pour leur disponibilité, leur écoute et leurs précieux conseils tout au long de cette année.

Je remercie également ma maître de stage, Isabelle d'avoir partagé sa passion avec moi et de m'avoir accordé sa confiance.

Merci à l'équipe de la pouponnière avec laquelle j'ai pu échanger et apprendre de sa pratique.

Je remercie Nelly, ma maître de stage de l'année dernière, pour son incroyable bienveillance qui m'a aidée à forger mon identité professionnelle.

Je remercie les divers professionnels et enfants que j'ai pu croiser durant mes années d'études et qui m'ont grandement inspirée.

Merci à l'IFP de la Pitié Salpêtrière pour la richesse de sa formation.

Je remercie mes amis, toujours si souteneurs et encourageants. Un merci tout particulier à mes amies Ilona, Justine et Manon pour avoir été à mes côtés durant ces trois belles années où nous avons évoluées ensemble.

Et enfin, je remercie les membres de ma famille sans lesquels rien n'aurait été possible. Merci pour votre soutien et votre amour.

Sommaire

<i>Remerciements</i>	3
<i>Sommaire</i>	4
Introduction	6
I – Origine et application du maternage Piklérien	8
A. Emmi Pikler, sa vie et son approche de l'enfant	8
1. Biographie d'Emmi Pikler	8
2. Présentation de l'approche d'Emmi Pikler	10
3. Diffusion des idées Piklériennes	11
B. Pouponnières appliquant les principes Piklériens	13
1. La pouponnière Lóczy en 1970	13
a. Histoire et présentation	13
b. Professionnels et enfants	15
c. Cadre de vie et organisation	15
2. Une pouponnière française en 2020	17
a. Histoire et présentation	17
b. Professionnels et enfants	17
c. Cadre de vie et organisation	19
II - Principes Piklériens et développement de l'enfant	23
A. Relation affective privilégiée	23
1. Fœtus et nouveau-né : des êtres compétents et relationnels	23
2. Rôle de l'adulte et importance des soins	27
a. Construction d'un attachement mutuel	27
b. La figure maternante sécurisante et support identificatoire	30
c. Éloignement relatif de la figure maternante	33
3. Une relation affective privilégiée pour les enfants en pouponnière	34
B. Activité autonome	37
1. Enfant compétent : son développement moteur inné	38
a. Le développement moteur inné	39

b.	Inquiétude des adultes vis-à-vis de l'activité autonome.....	41
2.	Rôle des adultes dans l'activité autonome.....	42
a.	Sécurité physique et affective.....	42
b.	L'activité autonome dans les soins.....	43
c.	Accompagnement de la motricité libre	45
	Motricité libre à petite distance de l'adulte	45
	Avantages de la motricité libre.....	48
3.	L'activité autonome des enfants en pouponnière.....	51
C.	Principes Piklériens et cas particuliers	54
1.	Nécessité d'une application ajustée.....	54
2.	Enfants ayant des troubles moteurs et/ou affectifs	55
a.	Prématurité.....	56
b.	Troubles s'apparentant à de l'autisme.....	57
III –	Rôle du psychomotricien	60
A.	Cas de Manoé	60
1.	Anamnèse et présentation.....	60
2.	Observation de l'état du développement psychomoteur	61
3.	Prise en charge.....	63
a.	Investigation globale.....	64
b.	Prise en charge en psychomotricité	66
	Massage Shantala	67
	Sollicitations sensorielles.....	70
	Sollicitations motrices	71
c.	Résultats	72
B.	Réflexion sur le rôle du psychomotricien	75
Conclusion		81
<i>Bibliographie</i>		83
<i>Annexes</i>		I

Introduction

L'avènement et le développement d'un petit être, quel qu'il soit est un phénomène fascinant. De nos jours, malgré l'étendue des connaissances scientifiques que nous avons à ce sujet, la naissance et le développement d'un individu jusqu'à l'âge adulte continuent de nous émerveiller. Je vais ici spécifiquement parler du petit d'homme. Sa représentation varie selon chaque civilisation et a fortement évolué au travers des siècles. Jusqu'à environ la moitié du XX^e siècle en France, l'enfant naissant était considéré comme un petit être tout à fait incompetent. Peu à peu, il a suscité l'intérêt de certains individus qui furent à l'origine d'une prise de conscience à l'égard de ses capacités. La vision que les hommes avaient du bébé s'est métamorphosée en quelques décennies. Le petit enfant est désormais considéré comme un être compétent.

J'ai toujours eu beaucoup d'intérêt à observer le développement des jeunes enfants. J'admire leur aisance et leur détermination pour se mouvoir et entrer en relation avec les autres. J'ai pu mettre à l'œuvre mon envie d'explorer le domaine de la petite enfance durant mon stage de cette année. Ce dernier s'est déroulé dans une pouponnière en Île-de-France s'appuyant sur une pédagogie de la prime enfance élaborée par Emmi Pikler et destinée à des enfants élevés en pouponnière. Avant le début de mon stage, il m'a été conseillé de lire le livre décrivant cette pratique : « *Lóczy ou le maternage insolite* » de Myriam David et Geneviève Appell. À partir de là, toute une réflexion s'est mise en place autour de cette pédagogie qui assure un bon développement des enfants placés. Cela m'a aussi amené à réfléchir autour de la psychomotricité. Effectivement, de nombreux aspects de ce maternage original m'ont interpellée. Durant ma lecture, je suis passée par plusieurs états émotionnels et réflexifs. La curiosité et la surprise car

certaines descriptions me faisaient penser à la psychomotricité, pourtant jamais énoncée directement dans cet ouvrage. Elle n'existait pas à cette époque, tout comme le métier de psychomotricien. Certains aspects du maternage m'ont troublée et j'ai pu mettre un temps avant de les comprendre et de mieux les accepter. De nos jours, les psychomotriciens sont bien présents en pouponnière. À mon stage, j'ai alors été confrontée à cette problématique : puisque le maternage Piklérien s'assure déjà du bon développement psychomoteur et affectif des enfants en pouponnière, à quoi sert le psychomotricien ? Cette problématique m'a ainsi menée à élaborer mon sujet de mémoire autour de cette question centrale :

Quel est le rôle du psychomotricien dans une pouponnière du XXI^e siècle s'appuyant sur le maternage Piklérien censé favoriser un bon développement psychomoteur et affectif des enfants placés ?

De là ont découlé plusieurs sous questions auxquelles je vais essayer de répondre : d'où vient le maternage Piklérien (ou Lóczy) ? Quels sont les bénéfices de ce maternage pour le développement des enfants élevés en pouponnière ? Quel est le rôle du psychomotricien par rapport à ce maternage ?

Dans une première partie, je présenterai le maternage Piklérien et son application dans la pouponnière Lóczy (XX^e siècle) ainsi que dans la pouponnière de mon stage (XXI^e siècle). Dans une deuxième partie, je décrirai les principes du maternage et leurs bénéfices pour le développement psychomoteur et affectif des enfants. J'aborderai également leur application pour des cas particuliers. Dans une dernière partie, je démontrerai en m'appuyant sur un cas clinique, quel est selon moi le rôle du psychomotricien dans une pouponnière s'appuyant sur les principes de ce maternage particulier.

I – Origine et application du maternage Piklérien

A. Emmi Pikler, sa vie et son approche de l'enfant

Les appellations « maternage Lóczy » ou encore « approche Piklérienne » sont bien connues de beaucoup de professionnels travaillant dans le domaine de la petite enfance. Mais de quoi s'agit-il ? D'où viennent-elles ?

Tout débute au XX^e siècle avec E. Pikler, pionnière de la recherche autour de la petite enfance. Dans un premier temps, je présenterai cette femme. Dans un deuxième temps, j'énoncerai ses idées. Dans un dernier temps, j'expliquerai comment ces dernières ont pu se diffuser.

Pour la rédaction de cette partie, je m'appuie sur les informations disponibles sur le site internet de l'*Association Pikler-Lóczy, pour une réflexion sur l'enfant*.

1. Biographie d'Emmi Pikler

E. Pikler (née Reich) naît le 9 janvier 1902 à Vienne d'un père hongrois et d'une mère autrichienne. De 1920 à 1930, elle effectue ses études de médecine et de pédiatrie à Vienne. Elle rédige sa thèse sur le thème du développement moteur de l'enfant de la naissance à trois ans. Une fois ses études terminées, elle se marie avec G. Pikler. Ils emménagent à Budapest en Hongrie où E. Pikler va travailler pendant dix ans, jusqu'en 1945 en tant que pédiatre de famille. Durant cette période, elle observe et fait des recherches sur les jeunes enfants qu'elle reçoit en consultation. Elle fonde une pédagogie de la première enfance basée sur

l'observation des compétences du bébé qu'elle partage avec les parents. Il s'agit de l'approche Piklérienne.

En 1946, E. Pikler fonde la pouponnière de la rue Lóczy. À partir de son approche du jeune enfant, elle y développe des principes directeurs de maternage originaux en lien avec ses observations et recherches préalables sur les tout-petits. Dans le langage courant, nous parlons de « méthode Lóczy » mais en réalité il s'agit plus d'un état d'esprit ou d'une pédagogie. Lóczy garantit une atmosphère thérapeutique grâce à ses principes de maternage. Cette approche particulière a permis de préserver les enfants placés en institution du syndrome *d'hospitalisme*. Ce dernier correspond à des troubles du développement moteur et affectif. Les bébés privés de soins maternants et de liens d'attachement en étaient la plupart du temps victimes.

En 1961, suite à son succès, la pouponnière Lóczy s'occupe de former les équipes d'autres pouponnières de Hongrie. E. Pikler va écrire des articles et ouvrages. Des films et photos sont aussi produits et utilisés dans l'objectif de transmettre son approche. Les ouvrages et articles autour du développement de l'enfant se multiplient. Le plus connu étant son livre : « *Se mouvoir en liberté dès le premier âge* » en 1970 qui rassemble ses travaux de recherche sur le développement moteur du jeune enfant.

En 1979, le docteur J. Falk reprend la direction de la pouponnière car E. Pikler part à la retraite. Celle-ci continue à s'intéresser à la recherche dans ce domaine. Elle conserve une activité de conseillère et d'enseignante.

Elle décède le 6 juin 1984 d'une maladie. En 1986, la pouponnière est renommée « Institut Pikler » en son hommage.

Désormais, la pouponnière de Lóczy est fermée et a été remplacée par une crèche ainsi que la mise en place de groupes parents-enfants.

2. Présentation de l'approche d'Emmi Pikler

L'idée essentielle d'E. Pikler est que le bébé possède des compétences innées qui peuvent se mettre en place sous certaines conditions :

L'existence pour l'enfant d'une *relation affective privilégiée* stable et continue entre lui et l'adulte qui l'élève ainsi que des soins qualitatifs.

Le respect de *l'activité autonome* de l'enfant (dont entre autres la motricité libre) et de son individualité. L'aide régulièrement apportée par les adultes envers les enfants est inopportune. Il faut absolument éviter la surstimulation car elle « *entraîne le plus souvent le désintérêt de l'enfant envers l'exercice des mouvements [...]* » (Pikler, 1979, p. 2) voire des crispations.

Une autre condition primordiale est de proposer à l'enfant un environnement adapté et qualitatif dans lequel il pourra se sentir actif et prendre *conscience de lui-même*. Il pourra développer ses compétences si les espaces dans lesquels il évolue sont ajustés à ses possibilités, si ses vêtements n'empêchent pas l'élaboration de ses mouvements et si les objets/jouets sont adéquats à une activité libre (Pikler, 1979). L'adulte doit être à l'écoute du rythme individuel de l'enfant pour pouvoir s'y ajuster.

Le dernier principe est un bon état de santé chez l'enfant.

L'application de ses principes dépend de l'observation de l'enfant et de son interaction avec l'adulte.

3. Diffusion des idées Piklériennes

De nos jours, les idées d'E. Pikler et les travaux poursuivis par l'Institut Pikler sont fortement présents à travers le monde entier. La diffusion des idées Piklériennes s'est faite premièrement en Hongrie. Au sein même de la pouponnière Lóczy, E. Pikler met en place une formation interne pour tous les professionnels et continue son activité de recherche. Cette dernière est basée sur l'observation des enfants. Les recherches se fondent sur l'utilisation des données recueillies par les soignants. E. Pikler engage une photographe, M. Reissmann pour illustrer son étude. De nombreuses photographies et films appuient donc ses découvertes qui construisent son approche de l'enfant. Ce matériel pédagogique va ensuite être transmis vers les autres pouponnières du pays d'abord, puis dans le reste du monde un peu plus tard.

Les différentes publications par E. Pikler ont également permis l'élargissement du champ de transmission de l'approche Piklérienne aux professionnels de la petite enfance en général. Dans le livre « *Se mouvoir en liberté dès le premier âge* », des *planches de dessin*¹ sur le développement moteur de l'enfant sont présentes. À travers ses dessins, la dessinatrice K. Pap illustre bien les idées d'E. Pikler et enrichit fortement son approche.

Des professionnels étrangers ont commencé à s'intéresser à cette approche notamment en France avec M. David, pédopsychiatre, et G. Appell, psychologue. Ces dernières se sont rendues en Hongrie en 1970 pour visiter la pouponnière Lóczy. À leur retour, elles ont publié un livre appelé « *Lóczy ou le maternage insolite* » (1973) ; ouvrage décrivant leur expérience et expliquant le fonctionnement de la pouponnière. Cela a fortement contribué à l'expansion de

¹ Cf. *infra*, Annexe I, p I et II

l'approche Piklérienne en France. Les lecteurs ont pu commencer à se soucier du développement et bien être des enfants élevés en pouponnière.

Quelques années après la parution du livre, divers professionnels alarment sur les conditions de vie des enfants en pouponnière en France. La psychologue D. Rapoport et la psychomotricienne J. Levy filment ces établissements et montrent les conditions d'accueil de ces petits. De là débute l'opération « pouponnières » en 1978 déclenchée par S. Veil. L'accueil et les soins apportés aux enfants sont totalement réfléchis et modifiés. À ce moment-là, de nombreuses pouponnières se sont décidées à appliquer les principes de maternage issus des idées d'E. Pikler.

Dans le même temps se sont développées diverses associations « Pikler » rassemblant des professionnels de la petite enfance. En France, l'association s'appelle *Association Pikler-Lóczy de France, pour une réflexion sur l'enfant*. Sur leur site informatif, il est indiqué que cette dernière a été créée en 1984. L'objectif étant de communiquer au plus grand nombre l'approche Piklérienne et de réfléchir à ses apports dans diverses pratiques professionnelles. Elle organise des événements et fournit des informations autour de ce sujet pour permettre une réflexion et favoriser les débats afin de faire grandir l'approche. Le but est de communiquer ses pratiques et de faire du lien pour enrichir les connaissances de chacun dans ce domaine. Il existe également une structure internationale : l'Association Pikler Internationale autour de laquelle sont regroupées en réseau les associations « Pikler » du monde entier. Ainsi, l'approche Piklérienne continue à se développer et s'enrichir. Tout cela grâce à l'écoute et à la communication entre professionnels.

B. Pouponnières appliquant les principes Piklériens

Ainsi, de nos jours les principes Piklériens sont appliqués dans de nombreuses pouponnières et autres structures de la petite enfance. Malgré la différence d'époque et de pays, leur application est-elle toujours la même ?

Dans cette partie, je présenterai dans un premier temps la pouponnière « Lóczy ». Je décrirai ensuite la pouponnière où j'ai effectué mon stage.

1. La pouponnière Lóczy en 1970

Je vais présenter la pouponnière Lóczy telle qu'elle était en 1970. Je m'appuie sur la description faite par M. David et G. Appell dans leur livre « *Lóczy ou le maternage insolite* » publié pour la première fois en 1973 et réédité en 2008 puis en 2018.

a. Histoire et présentation

C'est en 1947 à Budapest que la pouponnière Lóczy ouvrait ses portes afin d'accueillir les orphelins de guerre. Son vrai nom était en réalité « [...] *Institut national de méthodologie des maisons d'enfants de 0 à 3 ans.* » (David & Appell, 2018, p. 41). L'appellation de « Lóczy » vient du nom de la rue de l'institut. À cette époque, la direction fut confiée au docteur E. Pikler.

Il s'agissait d'une grande maison entourée d'un parc dans laquelle étaient accueillis les enfants, entre zéro et trois ans. Ils étaient en pouponnière car leurs parents ne pouvaient pas s'occuper d'eux, de manière ponctuelle ou définitive. La majorité des enfants étaient adoptés ou retournaient vivre avec leurs parents avant

l'âge de trois ans. De manière générale, ils arrivaient dans l'institution en bonne santé, seuls quelques-uns étaient nés prématurément.

Au sein de la pouponnière, E. Pikler développa une « méthode » de maternage spécifique en rapport avec ses connaissances et idées pour garantir un bon développement de l'enfant. Les professionnels divers de l'Institut devaient donc respecter certains principes d'éducation élaborés par leur directrice. L'objectif premier était de « *lutter pour éliminer les facteurs de carence* » (David & Appell, 2018, p. 45) menant malheureusement le plus souvent à de l'hospitalisme. Ce maternage est « *immuable* » mais sa « *réalisation [doit rester] souple et adaptée aux besoins mouvants des enfants.* » (Ibid. p. 46)

Dans leur livre « *Lóczy ou le maternage insolite* », M. David et G. Appell présentent les principes directeurs appliqués à Lóczy :

- « *Valeur de l'activité autonome,*
- *Valeur d'une relation affective privilégiée et importance de la forme particulière qu'il convient de lui donner dans un cadre institutionnel,*
- *Nécessité de favoriser chez l'enfant la prise de conscience de lui-même et de son environnement,*
- *Importance d'un bon état de santé physique qui résulte de la bonne application des principes précédents.* » (Ibid. pp. 55-56)

Il est important de souligner que l'application de ses principes était réalisable grâce à l'observation. Cette dernière est primordiale car elle réduit le déni des problèmes présents. Les professionnels devaient donc prendre le temps d'observer attentivement les enfants afin d'agir de manière adaptée.

b. Professionnels et enfants

Les adultes travaillant au sein de la pouponnière avaient différentes fonctions. Il y avait les professionnels du milieu de la recherche ou scientifique et les professionnels de la petite enfance. Dans les personnes travaillant auprès des enfants, il y avait les nurses, les nourrices, les aides-nurses, les infirmières, les psychologues, les médecins, la jardinière. Les psychomotriciens n'existaient pas.

Les nurses étaient de jeunes femmes d'environ une vingtaine d'années. Elles n'avaient pas forcément de formation mais étaient initiées à l'approche Piklérienne. Les nourrices allaitaient les bébés mais n'avaient pas la fonction de nurse. Les aides-nurses secondaient « [...] *les nurses dans leurs tâches matérielles mais n'intervenaient pas de façon directe auprès des enfants.* » (David & Appell, 2018, p. 52). Les infirmières assuraient un « [...] *rôle de surveillance et les soins infirmiers [...].* » (*Ibid.*). Les psychologues pouvaient prendre en charge les enfants mais avaient aussi un rôle dans la recherche. Les médecins jouaient un rôle direct auprès des enfants et leurs parents et en parallèle, ils effectuaient des travaux scientifiques et s'occupaient en partie de la formation des professionnels à l'approche Piklérienne.

Les enfants étaient répartis dans des groupes selon leur âge. Ces groupes comprenaient entre cinq et dix enfants qui étaient confiés aux nurses (souvent au nombre de trois).

c. Cadre de vie et organisation

D'après les observations de M. David et G. Appell en 1971, les enfants résidant dans la pouponnière Lóczy étaient répartis dans six groupes. Chaque groupe accueillait environ neuf enfants d'âge similaire, « [...] *confié[s] à trois nurses*

qui, à tour de rôle, [prenaient] en charge les enfants de 6h à 13h et de 13h à 20h. » (David & Appell, 2018 p. 66). Une nurse s'occupait de tous les enfants mais se concentrait spécifiquement sur certains d'entre eux. Elle était leur référente.

« Tous les groupes ont une unité de vie à l'intérieur et une à l'extérieur. Chacune regroupe dans un même espace les lits, l'aire de jeu, l'équipement nécessaire aux changes et aux repas. » « [...] les lieux sont organisés de telle sorte que la nurse puisse toujours voir l'ensemble de son groupe. » (Ibid. pp. 67-69).

Cette organisation de l'espace permettait à la nurse de travailler dans de bonnes conditions et d'être confortable. Elle pouvait prodiguer les soins aux enfants tout en surveillant les autres. En raison de l'architecture des lieux de vie, son regard accédait toujours aux diverses positions des enfants ; cet élément rassurait à la fois la nurse et les bébés. Au fur et à mesure que les enfants grandissaient, ils bénéficiaient de nouveaux espaces plus adaptés à leur âge et leurs nouvelles capacités. Dans la mesure du possible, les nurses suivaient le même groupe d'enfants durant la durée de leur séjour en pouponnière, cela afin de permettre une certaine stabilité et continuité. (David & Appell, 2018)

Afin que le maternage soit efficace et qu'il ne perde pas de son sens au cours du temps, les professionnels étaient accompagnés et formés de manière continue. Il leur était demandé de faire des observations et de les transmettre de manière précise sous forme orale, écrite ou par le biais d'enregistrements. Des réunions et des calendriers mis à jour régulièrement permettaient une communication efficace et une rigueur dans l'organisation afin d'éviter l'installation d'un maternage « plaqué » desservant des enfants tous différents et muables.

2. Une pouponnière française en 2020

Je vais décrire la pouponnière où j'ai effectué mon stage à l'origine de ma réflexion sur l'approche Piklérienne. Nous allons donc voir à quoi ressemble une pouponnière s'appuyant sur cette approche, en France et qui plus est en 2020.

a. Histoire et présentation

La pouponnière où j'effectue mon stage est un institut privé à but non lucratif. Il a été créé en 1922 et s'est modulé peu à peu au cours du temps. Désormais, cette institution a deux secteurs distincts. Un secteur médical accueillant des enfants ayant des problèmes médicaux et nécessitant des soins de suite et un secteur social accueillant des enfants en difficulté sociale.

Autour des années 1990, la pouponnière décide de s'appuyer sur les principes Piklériens. Elle va essayer de les appliquer du mieux possible tout en prenant en considération le changement d'époque et donc l'évolution des pensées et pratiques.

Je vais décrire plus spécifiquement le fonctionnement du secteur social.

b. Professionnels et enfants

Les professionnels de la pouponnière ne sont pas tout à fait les mêmes que ceux présents à Lóczy il y a cinquante ans.

Les nurses n'existent plus et sont remplacées par les auxiliaires de puériculture. Chaque groupe a quatre auxiliaires qui travaillent en roulement. Elles s'occupent d'un groupe de six enfants sur toute la journée. Les auxiliaires de nuit prennent ensuite le relais. À la différence des nurses, les auxiliaires de puériculture

ont une formation spécifique et un diplôme leur permettant de répondre aux besoins des enfants de la manière la plus adaptée possible. Durant leur formation, l'approche Piklérienne leur est enseignée. Dès leur arrivée à la pouponnière, il leur est expliqué comment sont appliqués les principes Piklériens spécifiquement à l'institution. Tous les professionnels peuvent ainsi travailler sur le même modèle ; les enfants se sentent rassurés par ce cadre.

Ensuite, il y a les médecins qui s'occupent du suivi médical des enfants. Ils travaillent en lien avec les infirmières qui donnent les médicaments, emmènent les enfants en consultation à l'extérieur et apportent de l'aide aux auxiliaires. Elles peuvent accompagner les enfants dans des lieux de médiatisation pour voir leurs parents.

Les psychologues mènent les réunions et les rédigent. Elles font des entretiens individuels avec chaque auxiliaire. Elles suivent le développement affectif des enfants.

La psychomotricienne suit le développement psychomoteur des enfants. Elle fait des observations et bilans afin d'ajuster au mieux ses prises en charge.

Deux éducatrices de jeunes enfants emmènent les petits au jardin d'enfants. Elles organisent des sorties comme des promenades et des interventions extérieures (musiciens, ateliers « conte », fêtes, carnaval, Noël, Pâques, atelier glaces, etc.).

Une assistante sociale articule l'établissement avec les équipes extérieures et organise des réunions internes ou externes. Elle fait les entretiens d'admission avec les parents en leur reposant le cadre du placement de leur enfant.

Il y a ensuite la puéricultrice qui coordonne le service. Elle gère les divers plannings, les absences, les réunions, les conflits et fait des visites médiatisées ainsi que les placements familiaux. Elle veille à l'accordage général entre toutes les professions et assure des liens et la communication entre tous.

Les nourrices et les aides-nurses n'existent plus. À la place, il y a une biberonnerie et une cuisine réunissant divers professionnels qui s'activent afin d'assurer la bonne qualité des biberons/repas donnés aux jeunes enfants. Il existe également tous les professionnels de l'administration ainsi que ceux s'assurant de la propreté des lieux. Enfin, la pouponnière fait régulièrement appel à des intervenants extérieurs tels que des orthophonistes, ostéopathes, pédopsychiatre, etc.

Le secteur social comprend deux services dans lesquels sont accueillis environ vingt-quatre enfants entre zéro et quatre ans, répartis dans des unités de vie d'environ six. Ils sont confiés par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) avec une mesure d'Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) ou dans le cadre d'un Accueil Temporaire (AT). Les enfants placés sont en difficulté sociale et ne présentent à priori aucun problème médical particulier.

c. Cadre de vie et organisation

Je vais décrire les différents espaces de la pouponnière. Celle-ci est dans un grand bâtiment ressemblant à une grande maison. Il y a des espaces intérieurs et extérieurs.

À l'intérieur, il y a les différents secteurs : les unités de vie dans lesquelles les enfants sont accueillis, des salles permettant les visites des parents, des salles

communes pour les réunions et activités, les bureaux administratifs, infirmiers, médicaux et paramédicaux, la salle Snoezelen, etc.

Dans chaque unité de vie, il y a six enfants et une ou deux auxiliaires de puériculture. Dans une unité, il y a un lieu de vie comprenant plusieurs espaces délimités par des barrières en bois (espace de jeu et motricité libre, espace avec des tapis, espace de repas...), une chambre et une salle de bain vitrée et non murée jusqu'au plafond. La disposition des lieux de vie est réfléchie afin que les enfants et professionnels s'y sentent le mieux possible. La salle de bain est ainsi faite pour que les enfants puissent toujours garder un contact avec l'auxiliaire quand elle effectue un soin. Des interactions peuvent donc tout le temps avoir lieu. L'enfant peut être sécurisé par la présence de l'adulte référent et celui-ci est rassuré de pouvoir voir tous les enfants. Cette organisation de l'espace des unités de vie ressemble à celle de la pouponnière Lóczy. Ceci facilite grandement l'application de certains principes Piklériens au sein de la pouponnière. Cependant, il existe malgré tout des différences dans l'architecture qui empêchent une application des principes totalement identique à celle de la pouponnière Lóczy. Par exemple, chaque groupe ne possède pas une unité de vie identique à l'intérieur et à l'extérieur.

À l'extérieur, il y a plusieurs terrasses et un jardin. Des jouets et espaces adaptés sont à disposition des enfants lorsque les auxiliaires les y amènent.

Au niveau de la temporalité, les journées sont organisées toujours à peu près de la même manière afin de donner des repères aux enfants. Le matin ont lieu le réveil progressif puis le petit déjeuner. Les enfants sont ensuite lavés (bain ou toilette). Après, les plus petits font une sieste pendant que les plus grands jouent.

Selon les enfants, des activités peuvent être mises en place. Certains vont à l'école maternelle ou au jardin d'enfants, d'autres ont des séances de psychomotricité ou la visite de leurs parents. Il y a des temps de jeux à l'intérieur ou à l'extérieur. Puis vient le temps du déjeuner. L'après-midi, les enfants se reposent et font la sieste. Il y a une alternance entre des moments d'activités proposées et des moments d'activités libres, en autonomie. En fin d'après-midi, les enfants goûtent et certains ont une visite de leurs parents. La journée se termine par des toilettes ou bains puis le dîner. Ce dernier est suivi d'un temps calme et du coucher.

Pour les professionnels, des réunions quotidiennes sont effectuées. Il y a des réunions dites d'organisation et des réunions concernant un enfant en particulier. Les premières servent à discuter de l'organisation des unités de vie et des différents temps proposés durant la journée. Les deuxièmes servent à discuter d'un enfant spécifiquement pour assurer un suivi personnalisé et adapté en fonction de son âge et de ses particularités. Lors de ces réunions sont élaborés les projets individualisés pour chaque enfant. Lorsqu'un nouvel enfant arrive à la pouponnière, les professionnels en vue de l'accueillir se réunissent pour discuter de sa situation et mettre en place un projet personnalisé. Les projets sont rediscutés régulièrement afin de les mettre à jour en fonction des évolutions de l'enfant. Ils sont inscrits sur une *feuille avec un tableau*².

Dans cette partie, nous avons pu découvrir l'émergence du maternage Piklérien et ses principes appliqués en pouponnière. De nos jours, ce maternage est utilisé dans certaines pouponnières. Cela montre bien l'importance et la

² Cf. *infra*, Annexe II, p III

pertinence des idées d'É. Pikler. Dans la prochaine partie, je vais décrire plus en détail les principes Piklériens appliqués en pouponnière tout en faisant des liens avec des concepts développés en psychomotricité.

Quels sont les bénéfices des principes Piklériens ? Comment sont-ils appliqués en pouponnière de nos jours ? Existe-t-il des cas particuliers ?

II - Principes Piklériens et développement de l'enfant

A. Relation affective privilégiée

Pour E. Pikler, il est essentiel que chaque enfant ait une relation affective privilégiée. Selon elle, c'est une condition fondamentale pour un bon développement de l'enfant.

En 1963, M. Ainsworth dit que « *l'enfant lui-même prend l'initiative de rechercher une interaction [...] de façon active.* » (Citée par Bowlby, 2002, p. 278). D. W. Winnicott complète cette idée en exprimant ceci : « *Un bébé ne peut pas exister tout seul ; il fait essentiellement partie d'une relation.* » (Winnicott, 1989, p. 107). Comme M. Ainsworth ou D. W. Winnicott le disent, le bébé est un être relationnel. Il a besoin de contacts humains pour survivre. Le lien avec les autres est primordial pour son développement. La relation est un besoin vital.

Dans un premier temps je montrerai cette compétence relationnelle du bébé. Dans un deuxième temps je décrirai le rôle de l'adulte dans la construction de cette relation. Enfin, j'expliquerai comment il est possible pour un enfant placé en pouponnière d'avoir une relation affective privilégiée.

1. Fœtus et nouveau-né : des êtres compétents et relationnels

La gestation du petit d'homme dure neuf mois. Pendant ce temps, plusieurs phénomènes s'opèrent mais je souhaiterais aborder celui du développement des sens de l'enfant in utero. Comme le dit J. Piaget en 1966, l'enfant se construit à

travers ses mouvements et ses perceptions. Ces dernières correspondent à l'interprétation de sensations provenant des organes sensoriels. Il me paraît intéressant de décrire le développement des sens du jeune enfant car ceux-ci le rendent compétent et apte à entrer en relation avec l'autre dès le début de sa vie.

Un sens est la « *faculté d'éprouver les impressions correspondant à un organe récepteur spécifique.* » (Le Robert Maxi Plus, 2016, p. 975). Cet organe reçoit une information qu'il transforme en signal interprétable par le cerveau.

Dans l'utérus, l'enfant grandit peu à peu en suivant son programme génétique et en interagissant avec des informations extérieures. Celles-ci correspondent à des stimuli que le fœtus pourra capter ou non en fonction du degré de maturation de ses sens. Ils sont au nombre de six (la somesthésie, le tact, la vue, l'odorat, le goût, l'ouïe) et apparaissent dans un ordre que nous pensons être celui-ci :

La somesthésie se développe en premier. Elle correspond à des sensations conscientes provoquées par des stimulations superficielles (cutanées) et profondes (viscères, articulations, etc.). Les récepteurs concernés sont sensibles à diverses stimulations (mécanique, thermique, douleur). La somesthésie comprend la proprioception qui est selon A. Bullinger une « [...] *coordination entre la sensibilité profonde et les signaux issus des flux sensoriels* [...] ». » (Bullinger, 2017, p. 26). La kinesthésie consciente fait partie de la proprioception et donne à l'individu des indications sur les positions et les déplacements des différents segments corporels dans l'espace.

Parallèlement à la somesthésie, la sensibilité tactile se met en place chez le fœtus. À partir de la septième semaine d'aménorrhée, les cellules du tact

apparaissent et finissent par recouvrir le corps entier aux alentours de la vingtième semaine. La deuxième sensibilité est gustative. Des bourgeons gustatifs apparaissent à la onzième semaine gestative et les papilles se développent au cours du quatrième mois. C'est en parallèle que la sensibilité olfactive se développe puisque les récepteurs correspondants apparaissent autour de la dixième semaine. Ensuite se développe l'ouïe qui est fonctionnelle vers la vingt-cinquième semaine de gestation et enfin la vision qui apparaît en dernier aux alentours de sept mois. À la naissance, il s'agit du sens le plus immature (Ligney, 2016). Les sens se développent alors que l'enfant est dans le ventre de sa mère. En parallèle, cette dernière investit son petit.

L'utérus est un environnement clos et enveloppant, comme dans un cocon. Le fœtus ne semble faire qu'un avec la paroi utérine et reçoit de nombreuses informations sensorielles. Une fois que ses sens sont suffisamment matures, il est déjà capable de les traiter et de les différencier. Malgré une certaine immaturité, le bébé est compétent ! Les compétences sensorielles et perceptives de l'enfant rendent d'ailleurs une communication possible même in utero. Par le toucher à travers la paroi du ventre de la mère, un lien affectif peut déjà se construire. Le bébé est capable de s'orienter et de se déplacer vers une main posée sur le ventre de sa mère. Il s'agit là de l'haptonomie, concept développé par F. Veldman dans les années cinquante.

Une autre capacité du bébé est de pouvoir retenir les sensations et les comparer à des expériences sensorielles antérieures. En 1978, J. Bowlby exprimait l'idée que les bébés naissent avec une sensibilité sélective. En 2011, Schaal & al. développent une idée comparable, celle que le nouveau-né aurait des « attentes sensorielles ». Elles seraient dues au fait qu'in utero, le fœtus est presque toujours

confronté aux mêmes informations sensorielles. L'enveloppement tactile par l'utérus, la chaleur, les bruits internes de sa mère et sa voix, la lumière tamisée, etc. Le bébé intègre ces sensations et s'y habitue. Elles forment un environnement dans lequel il se sent bien.

Avant de naître, le bébé a donc toute une vie sensorielle. In utéro, « *on suppose que le fœtus est constamment exposé à des sensations tactiles par les contacts et frottements de son corps contre la paroi amniotique [...].* » (Schaal & al., 2011, p. 33). Si on considère cette vie sensorielle, on peut alors supposer que le bébé intègre à son schéma corporel la paroi amniotique. Mais alors, que se passe-t-il à sa naissance ? Toutes ses habitudes sont bousculées ; l'enfant perd ses repères. Il est écrasé par la gravité l'empêchant alors de retrouver la position d'enroulement qu'il prenait dans l'utérus. La température est différente, tout comme la lumière. De plus, ses besoins (faim, soif, propreté) qui étaient assouvis naturellement dans l'utérus ne le sont plus. Le contact constant qu'il avait avec la paroi de l'utérus n'est plus, l'enfant est perdu.

À ce moment-là, la présence de la mère (terme utilisé pour signifier la figure maternante) est primordiale pour l'enfant. Elle permet d'assouvir les besoins physiques de l'enfant mais aussi de lui garantir un environnement plus sécurisant, se rapprochant au maximum de celui qu'il a connu. Un peu inconsciemment, elle va combler les attentes sensorielles de son petit. Pour se faire, la mère le prend dans les bras et lui parle. Elle lui offre ainsi un appui dos pouvant lui rappeler celui de l'utérus. Sa voix est connue et le rassure. Elle est intensément préoccupée par son bébé ; « [...] *la mère peut se mettre à la place de son nourrisson. Elle fait alors preuve d'une étonnante capacité d'identification à son bébé, ce qui lui permet de répondre à ses besoins fondamentaux [...].* » (Winnicott, 1992, p. 59). C'est ce que

D. Winnicott appelle la préoccupation maternelle primaire. Ainsi, c'est par la qualité des soins donnés par sa mère que le bébé va pouvoir se développer sereinement.

2. Rôle de l'adulte et importance des soins

La mère, « [...] *en exprimant l'amour par les soins physiques, et en donnant des satisfactions physiques, [...] permet aussi au psychisme du nourrisson de commencer à vivre dans son corps.* » (Winnicott, 1972, p. 14). Si la mère ne prodigue pas de bons soins et qu'elle n'est pas présente de façon continue pour son enfant, une carence s'installe et entraîne de nombreux troubles dans son développement psychique, affectif et moteur. (Aubry, 1983)

Dans le Larousse, il est énuméré plusieurs définitions des « soins » :

- « *Actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un,*
- *Actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps,*
- *Actes d'hygiène, de cosmétique qui visent à conserver ou à améliorer l'état de la peau, des ongles, des cheveux, etc.,*
- *Actes qui visent à entretenir, préserver quelque chose, un végétal [...] »* (s. d.)

Donner des soins correspondrait donc à veiller à la santé générale de l'individu. Cela inclut aussi bien la santé physique que la santé mentale.

a. Construction d'un attachement mutuel

Le bébé est un petit être immature. Il a plusieurs types de besoins à assouvir mais est bien incapable de le faire seul. Il est dépendant de l'adulte qui doit s'assurer de sa bonne santé en lui prodiguant de bons soins. Malgré cette

dépendance, le nouveau-né possède des capacités innées favorisant l'entrée en contact avec l'adulte.

Son « [...] *équipement perceptuel* [...] *tend à l'orienter vers sa figure maternelle et par là lui permet de se familiariser avec elle.* » (Bowlby, 2002, p. 363). Le nouveau-né est très attiré par le visage humain en mouvement et cela favorise la relation.

Lorsqu'il a besoin de quelque chose ou qu'il se sent mal, le bébé le manifeste naturellement par des pleurs. Ce signal permet d'interpeller l'attention de la mère. Si celle-ci est suffisamment disponible, elle prend alors le soin d'entrer en contact avec son bébé et de détecter la cause de ses pleurs. Ce n'est pas facile au début mais au fur et à mesure, elle apprend à décrypter les signaux de son enfant. J. Bowlby disait que ce sont les « *systèmes primitifs qui médient chez le nouveau-né les pleurs, la succion, l'agrippement et l'orientation* » et qui « *fournissent les pierres de l'édifice du développement ultérieur de l'attachement.* » (Bowlby, 2002, p. 355).

Ainsi, équipements perceptuels et systèmes primitifs sont en partie à l'origine de la relation du petit avec sa mère et donc de l'émergence d'un attachement. Les liens d'attachement sont réciproques et se construisent progressivement dans la relation continue entre la figure maternante et l'enfant. La qualité de cet attachement dépend du comportement de la mère face à l'enfant mais aussi du comportement de ce dernier face à sa figure maternante.

Dans les années 1970, M. Ainsworth réalise une étude (*Strange situation*) sur l'attachement. Les résultats démontrent plusieurs types d'organisation de l'attachement chez l'enfant. Ce dernier peut montrer un *attachement sécure* envers

sa figure maternelle ; il lui fait confiance et peut s'appuyer sur elle. La construction d'un tel attachement est possible si la mère est ajustée à l'enfant et qu'elle répond à ses besoins de manière appropriée. Si au contraire l'environnement est incertain, que la relation réciproque figure maternelle-enfant est inadéquate, le petit peut montrer un attachement insécure. Il en existe deux types différents. L'enfant peut avoir un *attachement insécure de type évitant* qui se manifeste par un contrôle extrême de l'émotivité. Le petit interagit affectivement très peu avec sa figure maternelle. L'enfant peut avoir un *attachement insécure de type ambivalent ou résistant* dans le cas d'une relation entraînant un stress intense. Il peut être très demandeur puis dans un rejet total de sa figure maternelle. Enfin, M. Main et J. Salomon complètent cette étude en 1990 en démontrant l'*attachement désorganisé/désorienté* ; l'enfant agit indirectement ou s'oriente de manière étrange vers sa figure d'attachement car celle-ci provoque chez lui une certaine peur. (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). Le type d'attachement peut évoluer au cours du temps puisqu'il repose sur l'interaction entre la figure maternelle et l'enfant. Parfois, ce sont les conditions extérieures qui font évoluer l'attachement.

Pour renforcer un attachement sécure de la part de l'enfant, la figure maternelle doit reconforter son enfant, apaiser ses angoisses afin qu'il retrouve un sentiment de sécurité interne. Au fur et à mesure, le petit différencie parfaitement un inconnu de sa figure d'attachement. Pour illustrer ce phénomène, nous pouvons prendre l'exemple de la faim. Lorsque le nouveau-né a faim, cela se manifeste par une brusque sensation désagréable dans le ventre. Le bébé est incapable à ce stade d'interpréter cette sensation presque douloureuse. Instinctivement, il se met à pleurer. Sa mère finit par comprendre le motif des pleurs de son enfant car celle-ci a « *une prédisposition à se comporter selon des modes spéciaux à l'égard [de son]*

bébé. » (Bowlby, 2002, p. 364). Elle le prend dans les bras, le rassure, lui parle et le nourrit. « *Elle fait alors preuve d'une étonnante capacité d'identification à son bébé, ce qui lui permet de répondre à ses besoins fondamentaux [...]* » (Winnicott, 1992, p. 59). Ce comportement renforce l'attachement réciproque entre la mère et l'enfant.

b. La figure maternelle sécurisante et support identificatoire

Quelques semaines passent et la mère continue de prodiguer des soins à son bébé. La répétition et la continuité de ces derniers apportent beaucoup à l'enfant. Tout d'abord, la mère met du sens sur les sensations désagréables du bébé et les calme. Au fur et à mesure, le bébé reconnaît sa mère et s'identifie à elle. Il n'en est pas encore différencié mais elle constitue un support identificatoire.

La continuité et la qualité des soins prodigués par la mère permettent un bon développement affectif primaire du bébé. Selon D. W. Winnicott, l'enfant se développe et construit son identité grâce à « [...] *trois fonctions de la mère : le maintien (holding), le maniement (handling) et la présentation d'objet (object presenting)*. » (Winnicott, 1992, pp. 61-62).

Dès que le bébé pleure ou fait un signe, sa mère réagit d'une certaine manière pour combler son besoin. Le bébé fait alors l'expérience de ce qu'appelle D. W. Winnicott : *l'omnipotence*. Il s'agit de l'illusion d'une toute-puissance. Reprenons l'exemple de la faim. Le petit pleure en raison d'une sensation désagréable. Sa mère vient immédiatement le prendre dans les bras pour le nourrir. Ainsi, elle donne à son bébé l'illusion « *que le monde peut être créé à partir du besoin et de l'imagination [...]* » (Winnicott, 1972, p. 110). L'omnipotence est un

élément primordial dans le développement de l'enfant puisque c'est en partie sur lui que la vie psychique du bébé s'édifie. (Harrus-révidi, 2006).

En plus de l'omnipotence, D. W. Winnicott développe les concepts de *holding* et de *handling*. Le holding correspondrait à la manière dont la mère porte son bébé, physiquement mais aussi psychiquement. Elle prend le soin de s'assurer que les stimuli externes arrivant à l'enfant ne le désorganisent pas. L'immaturation du bébé ne lui permettant pas de tout intégrer, il a besoin de sa mère comme « bouclier ». Cette fonction est plus communément désignée de *pare-excitation*. Elle protège l'enfant et évite l'apparition d'angoisses et de ruptures dans la continuité d'être. Ce holding « [...] protège contre les dangers physiologiques [...] ; tient compte : de la sensibilité [...] de l'enfant [...] ; il comprend toute la routine des soins jour et nuit [...] ; il s'adapte aussi jour après jour aux changements infimes [...] à la fois physiques et psychologiques. » (Winnicott, 2011, p. 134).

Le handling correspond plus à la manière dont est manipulé l'enfant. La douceur des gestes, la contenance, etc. L'impression que l'enfant aura d'habiter son corps se crée à partir de cette fonction maternante. Elle repose beaucoup sur la qualité de l'interaction entre la mère et son enfant. Celle-ci doit être réciproque ; « [...] chacun à son tour influence le comportement de l'autre. » (Bowlby, 2002, p. 279). Cette réciprocité est permise grâce au dialogue entre l'adulte et le petit. Comme ce dernier n'a pas encore de langage, la communication se fait par le biais du tonus.

H. Wallon et A. Bullinger nomment la première communication entre l'adulte et le bébé de dialogue tonique ou dialogue tonico émotionnel. Ce dernier s'appuie sur le tonus qui « [...] est l'état de légère tension des muscles au repos, résultant

d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique [...] est permanente et involontaire. » « Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales. » (Jover, 2000, pp. 17-18). Au début de la vie, le tonus du bébé est hétérogène c'est-à-dire qu'on observe une hypotonie de l'axe et une hypertonie périphérique. Le petit a donc des difficultés à tenir son tronc et ses membres sont très toniques.

En 1956, H. Wallon dit que les émotions du bébé dépendent et s'expriment en fonction de l'état du tonus. Le nouveau-né ne se dit pas joyeux ou triste. Il est hypotonique lorsqu'il est détendu et hypertonique lorsqu'il est contrarié. Ainsi, tout passe par la tonicité. Celle-ci constitue une communication infraverbale possible entre l'adulte et le bébé. L'adulte est à l'écoute des recrutements toniques du petit et exprime des mots, fait des gestes donnant un sens à cette tonicité ; il s'y ajuste. Les réactions de l'adulte créent des invariants. Le bébé finit ainsi par comprendre le lien entre l'émotion et le tonus. Cela permet une construction psychique ; il peut s'exprimer « en miroir » de l'autre. *« Ce dialogue tonique qui jette le sujet tout entier dans la communication affective ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps. »* (Ajuriaguerra, 2017, p. 171). L'importance de la relation affective privilégiée s'exprime à travers ce dialogue tonique des corps. Cela est grandement favorisé lors des soins et du portage où l'on observe de vrais moments de corps à corps durant lesquels *« les attitudes, la forme du corps dans l'espace [...] imposent d'emblée une vision de l'état tonique de l'autre et [provoquent] un état affectif particulier. »* (Robert-Ouvray, 2017, p. 43). Ce dialogue est d'une grande richesse. Il permet à l'enfant d'être sécurisé par l'adulte et de gagner en confiance.

Tous les éléments favorisant la relation et la communication réciproque sont complémentaires et permettent à l'enfant de se structurer et de se constituer une identité propre.

c. Éloignement relatif de la figure maternante

Une fois que l'enfant est un peu plus grand et que sa dépendance est moindre, la figure maternante peut se permettre d'être un peu moins présente. Il suffit qu'elle soit *suffisamment bonne* voire *défaillante* à certains moments comme l'explique D. W. Winnicott.

L'enfant est de plus en plus mature et son « [...] *appareil psychique est devenu capable d'affronter les frustrations et les défaillances relatives de l'environnement.* » (Winnicott, 1992, p. 25). Pour continuer de bien se développer, on peut considérer que cette fonction de la mère constitue un réel besoin pour lui. Autrement, son développement est freiné. Cet éloignement relatif de la mère entraîne chez l'enfant l'acceptation de « *la réalité extérieure avec un affaiblissement parallèle des impératifs instinctuels.* » « [La mère] peut alors faire passer l'enfant par le processus de la désillusion, qui représente un aspect plus large du sevrage. » (Winnicott, 1989, pp. 110-111). Ceci doit être réalisé avec douceur. La mère continue de porter son enfant, de lui apporter une contenance et de le protéger des stimuli extérieurs inadaptés.

Ce détachement ne doit pas engendrer l'apparition d'angoisses ou de ruptures chez l'enfant. Au fur et à mesure, ce dernier devient capable de se représenter sa mère comme extérieure à lui. Son absence est supportable car il peut introjecter sa présence. Ceci est possible grâce aux soins antérieurement

prodigués qui ont permis la constitution d'un attachement sécure avec une sécurité interne de l'enfant.

Dans cette partie, nous avons bien vu l'importance des soins prodigués par la mère. Ainsi, que se passe-t-il lorsque l'enfant est séparé de celle-ci à la naissance et qu'il se retrouve placé en institution ?

3. Une relation affective privilégiée pour les enfants en pouponnière

Un bon développement affectif de l'enfant dépend du lien de ce dernier avec sa mère. L'enfant placé en institution ne peut pas entretenir ce lien privilégié. Le priver de cette relation pourrait perturber son développement psychique et moteur. Cela l'expose aussi à d'autres conséquences graves comme l'hospitalisme. Que faire pour pallier à cette séparation ?

E. Pikler pensait qu'il était possible qu'un enfant séparé de sa mère et élevé en institution puisse se développer correctement à condition que la collectivité soit bien pensée. Le premier objectif est de lutter contre les carences en offrant entre autres à l'enfant une relation affective privilégiée, stable et continue.

Je vais décrire comment est appliqué ce principe en pouponnière. Pour la suite de ma rédaction, je ferai référence aux dires de M. David et G. Appell dans leur livre « Lóczy ou le maternage insolite » mais je m'appuierai surtout sur le fonctionnement de la pouponnière où je suis en stage cette année.

Avant qu'un enfant arrive à la pouponnière, une réunion d'information s'organise avec toute l'équipe. Le cas de l'enfant est énoncé afin de connaître au mieux son histoire et élaborer un projet de soin le plus adapté possible. Ce temps

de présentation de l'enfant est primordial. Comme le dit J. Aubry, « *la structure familiale, les motifs de la séparation actuelle, la nature des relations qui existaient entre les parents et l'enfant avant la séparation, la réaction des parents à la séparation, les projets futurs des parents [...]* » (Aubry, 1983, p. 47) ont des répercussions importantes sur le développement affectif de l'enfant. Il est donc capital de se pencher sur l'histoire de ce dernier. Il est ensuite décidé de quelle auxiliaire de puériculture sera sa référente. Elle constituera la relation privilégiée de l'enfant.

Lorsque l'enfant arrive, il est placé dans un groupe de six enfants. Ce sont toujours les mêmes auxiliaires de puériculture qui s'occupent d'eux. Il y a une à deux auxiliaires le matin et une à deux auxiliaires l'après-midi qui se relaient après le repas. Toutes les auxiliaires de l'enfant constituent des relations stables et continues pour lui. « *Ce lien entre l'enfant et le professionnel dans le temps d'absence des parents est la condition indispensable d'un développement sain de la personnalité de l'enfant* ». (Caffari & al., 2017, p. 9).

Ce maternage insolite est bien réfléchi afin qu'il profite au maximum à l'enfant. Les auxiliaires sont donc soumises à des « règles » à respecter. Par exemple, elles doivent éviter d'être à l'initiative d'un bisou ou donner un surnom à l'enfant. Cela peut paraître dur mais en réalité celles-ci sont élaborées afin de protéger les professionnelles mais aussi l'enfant. En cas de défaut de cadre en institution, ce dernier est le premier impacté. Caffari & al. expriment que cette fonction maternante particulière est possible si les professionnels sont compétents, qu'ils disposent d'un soutien suffisant et que l'institution est bien organisée.

La première chose est que l'auxiliaire « [...] *doit toujours avoir à l'esprit que ce n'est pas son propre enfant qu'elle élève* » (Falk, 2017, p. 16). Ceci doit être clair afin éviter toute souffrance pour elle et pour les enfants. Effectivement, si elle élève les enfants de la pouponnière comme les siens, elle crée des attentes à la fois chez elle et chez l'enfant « *qui ne peuvent être satisfaites dans le cadre de la collectivité.* » (Ibid.). Cela crée des frustrations inévitables chez les deux individus. Pour détourner cette approche maternelle, les auxiliaires peuvent se pencher sur l'enfant d'une autre manière :

« *Tout en s'occupant avec chaleur des enfants qui leur sont confiés, les [auxiliaires] doivent contrôler leurs sentiments pour éviter que les enfants ne deviennent l'objet de leurs propres émotions.* » « *Au lieu de se tourner vers l'enfant avec des sentiments de type maternel, [...] elles doivent porter leur effort et intérêt sur le développement global de l'enfant.* » (Ibid., p17).

Ainsi, le suivi de la qualité du développement de l'enfant permet de créer une relation ajustée et sûre convenant à la vie en collectivité. C'est le plus souvent la référente de l'enfant qui s'en occupe. Au travers des soins, l'auxiliaire référente s'attache à l'enfant et celui-ci s'attache à elle. Cela lui permet d'avoir une relation privilégiée stable et continue, en limitant les frustrations et ruptures relationnelles.

Une autre problématique liée à la collectivité est qu'à la différence d'une mère avec son enfant, l'auxiliaire à six enfants à s'occuper en même temps. Entretenir un lien privilégié avec chacun d'entre eux n'est pas aisé. Les enfants sont en forte demande d'affectivité et de lien avec leur auxiliaire. Si cette dernière voulait se comporter comme une mère pour ces enfants, cela engendrerait de grandes frustrations car l'attention privilégiée est impossible alors qu'ils sont tous

ensemble. La professionnelle ne peut pas s'occuper de tous les enfants en même temps. Ainsi, il est décidé que, c'est au moment des soins individualisés que la relation entre l'adulte et l'enfant peut se construire. L'auxiliaire porte une attention individualisée « [...] *exprimée de façon directe et proche pendant les soins [où l'enfant est seul avec elle] et de façon indirecte et à distance pendant l'intersoin.* » (David & Appell, 2018, p. 59). C'est cette relation individualisée élaborée essentiellement pendant les soins qui permet à l'adulte de connaître l'enfant et réciproquement, l'enfant apprend à connaître l'adulte. Cette relation répond au besoin primaire d'attachement et soutient le développement global de l'enfant.

Il est donc possible pour un enfant en pouponnière d'avoir une relation affective privilégiée avec une auxiliaire référente. La possibilité de cet attachement sécure lui permet de se construire une identité et d'avoir un bon développement affectif favorisant entre autres, un bon développement psychomoteur.

B. Activité autonome

E. Pikler était certaine que les bébés avaient des capacités innées à se développer à condition qu'une liberté de mouvement leur soit possible. En effet, dès leur naissance, les enfants seraient capables d'avoir une activité motrice autonome.

Le terme d'activité correspond à la « *faculté ou [au] fait d'agir.* » (Le Robert Maxi Plus, 2016, p. 13), c'est-à-dire d'avoir la capacité de « *produire un effet sensible, exercer une influence.* » (*Ibid.* p22). En ajoutant le terme d'autonomie derrière celui de l'activité, on suppose que celle-ci se fait de manière indépendante et libre. Le tout petit est capable de cette activité autonome. Celle-ci peut être

réalisée pendant les soins mais aussi pendant l'intersoin où l'enfant exerce sa motricité libre ; c'est-à-dire qu'il a une totale liberté de ses mouvements.

Grâce à ses connaissances, E. Pikler élabore des principes pour favoriser l'activité autonome : l'adulte accompagnant l'enfant dans son développement ne doit pas intervenir de manière directe dans son activité spontanée. L'adulte doit absolument respecter le rythme de développement de l'enfant. Il doit aussi soutenir l'activité autonome du petit en lui donnant les moyens environnementaux pour y arriver.

L'activité autonome semble impliquer une certaine maturité. Mais alors, un bébé peut-il réellement agir de manière autonome dès le début de sa vie ? Dans un premier temps, je montrerai la capacité motrice innée de l'enfant. Dans un deuxième temps, j'expliquerai quel est le rôle de l'adulte par rapport à cette activité motrice autonome. Dans un dernier temps, je montrerai comment un enfant en pouponnière peut exercer son activité motrice autonome.

1. Enfant compétent : son développement moteur inné

« Sous prétexte de sécurité, on voudrait réduire les bébés à la passivité, alors que pour eux tout passe d'abord par le mouvement. » (Caffari-Viallon, 2017, p. 7)

Durant de nombreuses années, le nouveau-né et le bébé étaient considérés comme des êtres incompetents et passifs. L'enfant ne faisait que subir les actions de ses aînés sur lui. Désormais, le bébé est considéré d'une tout autre manière.

a. Le développement moteur inné

Comme nous l'avons vu dans la partie ci-dessus, le nouveau-né possède des capacités de perceptions sensorielles dès le stade fœtal. Nous allons voir qu'il possède également un potentiel de développement moteur inné, permis entre autres par le mouvement lui-même. L'enfant est capable de se développer et de grandir de manière autonome ; sans que l'adulte lui dise ou lui montre comment faire.

Le développement moteur de l'enfant se fait en fonction de la maturation neurologique et de l'apprentissage empirique en lien avec l'environnement. Le bébé a d'abord une motricité involontaire. Celle-ci devient volontaire en fonction de l'avancée de la maturation. Il s'agit d'un phénomène discontinu (arrêts puis reprises) mais dont les étapes sont invariables d'un individu à l'autre. Ceci est dû à deux lois : la loi céphalo-caudale et la loi proximo-distale. La première implique la possibilité de contrôle et de coordination progressive des parties du corps de la tête aux pieds. La deuxième implique une possibilité de contrôle qui se fait de l'axe vers la périphérie du corps. C'est-à-dire que l'enfant bouge volontairement d'abord son épaule puis son coude et enfin ses doigts. Cette organisation motrice de l'enfant « [...] *s'établit à partir de schèmes innés (stéréotypes ou « patterns »)* » donc *présents dès la naissance.* » (Carric, 2000, p. 15)

Le développement se fait par « stades ». Au début, l'ordre est invariable. Le tout petit est d'abord sur le dos, il est ensuite capable de passer du dos au côté puis du côté au ventre. À partir de cette position, il finit par dégager ses bras vers l'avant pour s'appuyer dessus. Ensuite, l'ordre de développement est plus

individuel³. Soit l'enfant explore plus longuement le redressement vers position assise, soit il cherche à se mettre debout. Un enfant qui souhaite s'installer en position assise y arrive soit à partir de la position allongée sur le ventre ; il se regroupe sous lui en s'appuyant sur ses jambes et ses avant-bras pour atteindre la position assise. Soit, à partir du côté en utilisant le poids de son corps en avant et en s'appuyant sur l'un de ses avant-bras pour passer en position demi-assise. Un enfant qui souhaite se mettre debout va au préalable plus explorer les déplacements. Il commence par se retourner successivement et apprend ensuite à ramper puis à marcher à quatre pattes. De là, il a la volonté de se hisser debout. Il peut placer ses mains sur un élément en hauteur et en s'appuyant sur une de ses jambes, il passe en position dite de "chevalier servant" qui lui permet de se mettre debout. Il apprend ensuite à faire quelques pas avec appui puis sans appui vers une marche autonome. Ceci est une description rapide du développement moteur. Les étapes sont identiques chez tous les enfants, seuls l'âge et l'ordre des acquisitions peuvent différer. Il existe des âges moyens d'acquisition mais il faut garder en tête que chaque enfant évolue à son rythme. Il est d'ailleurs primordial de respecter ce dernier.

Respecter le rythme des acquisitions motrices de l'enfant c'est lui permettre d'avoir une meilleure motricité. Un enfant a besoin d'explorer par lui-même. En se mouvant de manière autonome, il passe par des mouvements intermédiaires très bénéfiques pour la qualité de son développement moteur. Cela favorise une motricité harmonieuse. Les mouvements de passage comme celui du dos au côté ou les positions comme le demi-assis (une jambe derrière et une jambe devant avec un appui des mains) permettent à l'enfant de se tonifier et de se stabiliser. Le

³ Cf. infra, schéma sur « Les deux branches de la motricité » en Annexe III, p IV.

passage par les positions/mouvements intermédiaires sécurise l'enfant. Cela réduit les recrutements toniques de type pneumatiques (où l'enfant retient sa respiration pour maintenir une posture). L'ensemble de la motricité est facilité.

b. Inquiétude des adultes vis-à-vis de l'activité autonome

De nos jours, nous pouvons observer que le rythme de développement moteur des enfants n'est pas toujours respecté. Cela peut être dû en partie à une méconnaissance du développement inné et/ou à une inquiétude.

En 2010, A. Pinelli explique qu'actuellement, nous avons le sentiment que « [...] *tout doit toujours aller très vite, cette hâte [étant] devenue une précipitation qui nous fait brûler des étapes importantes de l'évolution motrice du nourrisson et qui rejaillit sur son éveil sensoriel.* » (p. 61). La précocité du développement est parfois encouragée alors qu'elle indique le saut d'étapes. Au contraire, un petit qui ne marche pas à 15 mois inquiète fortement. Pourtant, nous avons vu que les étapes de développement sont innées. Chacune d'entre elles est importante et se fait sans l'aide d'un adulte.

Il n'est pas utile de le pousser à grandir le plus vite possible. Mettre un enfant dans une position qu'il n'a pas encore acquise par lui-même est une erreur. Par exemple, l'installer en position assise alors qu'il ne l'atteint pas encore seul est une situation gênante. Le bébé reste bloqué dans cette posture et ne peut la quitter au risque de tomber. Sa maturation n'est pas suffisante pour lui permettre le maintien d'une telle posture. Les objets comme le *youpala* n'aident en aucun cas l'enfant à grandir et à marcher plus tôt. Au contraire, ils le forcent à rester dans une position non acquise et peuvent même entraîner l'installation de postures

défavorables telles qu'une marche sur la pointe des pieds ou bien des déséquilibres et chutes si leur utilisation est fréquente.

Certains adultes craignent que l'activité autonome les prive de pouvoir être en relation avec l'enfant. Ils peuvent se sentir inutiles en voyant que ce dernier n'a pas besoin de leur aide pour se mouvoir librement. Pourtant, leur rôle est fondamental.

2. Rôle des adultes dans l'activité autonome

Le développement moteur est certes inné mais il se met en place sous certaines conditions. Il est nécessaire que l'enfant se sente confortable physiquement et psychiquement parlant.

a. Sécurité physique et affective

Dans une précédente partie, nous avons vu que l'adulte, en apportant un soutien affectif par le biais d'une relation affective privilégiée, stable et continue, permet à l'enfant de se sentir sécurisé et confiant. C'est uniquement dans cet état de bien être qu'il pourra mener à bien ses activités motrices de manière autonome. La présence de l'adulte « [...] *témoigne de l'importance qu'il accorde aux activités de l'enfant.* » (Caffari & al., 2017, p. 10).

Ensuite, les adultes favorisent indirectement la motricité libre de l'enfant en satisfaisant leurs besoins physiques primaires. En effet, une fois que le bébé n'a plus de besoin à assouvir, sa pensée est libre et il peut se consacrer entièrement aux activités le menant à bien se développer. Il est beaucoup plus simple pour lui de se mouvoir librement avec le ventre plein et la couche propre.

Ainsi, la sécurité affective et la satisfaction des besoins primaires apportées par l'adulte sont des éléments nécessaires pour l'avènement de l'activité autonome et de la motricité libre. L'adulte rassure et contient l'enfant ; il agit de manière indirecte sur la motricité du bébé, comme s'il constituait sa base solide de référence.

« *Le respect de l'activité autonome de l'enfant ne signifie nullement l'indifférence de l'adulte.* » (Falk, 2017, p. 33). Laisser l'enfant autonome dans ses activités et se mouvoir librement sans forcer ni contraindre ses mouvements spontanés est bénéfique. Cela ne correspond en aucun cas à un abandon. Les adultes contribuent indirectement au développement inné mais pour se faire, ils doivent avoir confiance. Être en confiance c'est pouvoir croire en l'enfant et se détacher de l'anxiété liée à la temporalité de son développement. Si l'enfant ressent que l'adulte croit en lui, il montrera « [...] *une grande aisance corporelle et une curiosité attentive pour son environnement.* » (Tardos, 2017, p. 14). Pour pouvoir soutenir les capacités du jeune enfant en étant confiant, l'adulte doit avant tout être attentif aux signes renvoyés par le petit.

b. L'activité autonome dans les soins

« *L'adulte observe le comportement du bébé, attend ses manifestations et, au moment où il s'aperçoit que l'enfant s'active, il continue cette activité en utilisant le geste de l'enfant et en lui permettant de l'achever ; ou bien l'adulte interrompt son propre mouvement pour laisser l'enfant poursuivre son geste.* » (Tardos, 2017, p. 53). Au cours du soin, l'adulte doit considérer l'enfant comme un partenaire actif. Cela se fait par le soutien de sa motricité spontanée, dans une écoute permettant

une coopération. C'est grâce à cette dernière que l'enfant peut mettre du sens sur ses actions.

« *En expérimentant les conséquences de ses propres mouvements, grâce à l'influence du feedback favorable ou correctif [de l'adulte], [le] comportement spontané devient un acte conscient et volontaire.* » De plus, l'enfant prend « [...] *conscience de lui-même en tant que personne à part entière.* » (Falk, 2017, pp. 34-38). Son psychisme se construit donc entre autres à partir du mouvement libéré et soutenu par l'adulte.

Grâce à l'observation, l'écoute fine et au feed-back adapté de l'adulte, le bébé n'est plus passif mais devient un réel partenaire actif de la relation. Il influence certaines conduites de l'adulte. Selon J. Falk, l'intérêt que porte ce dernier sur la motricité de l'enfant montre que celui-ci est traité avec respect au sein de la relation. Le petit est un véritable « *interlocuteur dans [le] dialogue.* » (Tardos, 2017, p. 20). Ainsi, la relation est basée sur une « [...] *chaîne d'interactions mutuelles.* » (*Ibid.*)

Si l'adulte fait participer l'enfant dans les soins et que ces derniers sont effectués de manière continue c'est-à-dire que le même acte est répété à plusieurs reprises, cela « [...] *donne la possibilité [au petit] de se rendre compte de ses effets et de les mémoriser.* » (Falk, 2017, p. 34). Il se construit alors une mémoire du soin, il peut l'associer à un espace et une temporalité. Ce protocole de soin lui permet d'anticiper et donc de participer au mieux pour les fois suivantes. Cela entraîne une meilleure activité autonome. Celle-ci favorise d'autant plus la relation. De plus, l'enfant se construit peu à peu une conscience de l'environnement. Son psychisme peut ainsi s'enrichir de ces informations. Sa motricité sera de plus en plus aisée.

Si les adultes agissent en suivant les principes de maternage d'E. Pikler (soutien de l'activité autonome indirect et respect du rythme de développement), ils favorisent grandement la confiance en lui de l'enfant. Ainsi, ce dernier peut, lorsqu'il est à petite distance de l'adulte, exercer sa motricité libre en étant serein.

c. Accompagnement de la motricité libre

L'observation de la motricité libre est très importante ; l'adulte observe mais n'interfère pas. Cela lui permet d'en apprendre plus sur l'enfant et de s'ajuster au mieux à sa motricité. En faisant cela, l'adulte favorise la prise de conscience de l'enfant par lui-même. Cette prise de conscience favorise elle-même l'activité autonome ; cette situation semble constituer un cercle vertueux pour le développement de l'enfant.

Motricité libre à petite distance de l'adulte

Une fois que l'enfant est sécurisé par l'adulte et qu'il a pu expérimenter l'activité autonome dans le soin, il est nécessaire qu'il goûte à la motricité libre à petite distance de l'adulte. Ce dernier par le biais de l'observation, peut constater le stade de développement de l'enfant et adapter son environnement en conséquence.

« C'est l'adulte qui crée et modifie pour le nourrisson et le petit enfant, les possibilités matérielles du comportement compétent – un environnement sans dangers – qui donnent l'occasion d'agir. Une grande attention et une bonne connaissance de l'enfant en sont les conditions. » (Tardos, 2017, pp. 19-20). Cette attitude de l'adulte est indispensable au développement de son potentiel inné. À chaque stade de développement, l'enfant nécessite un environnement adapté par

rapport à ses compétences et nouvelles acquisitions. L'environnement comprend la taille de l'espace, les sollicitations sensorielles (sons, lumière, etc.), et les objets.

La taille de l'espace dans lequel est posé l'enfant doit être ajustée par rapport aux mouvements que l'enfant réalise à son niveau de développement. Un bébé allongé sur le dos et ne sachant pas encore se retourner n'aura pas besoin de beaucoup d'espace pour se mouvoir. Dans ce cas-là, l'adulte peut le placer dans un parc pendant un moment sans que cela pose problème. Un enfant capable de ramper aura par contre besoin de plus d'espace. Si dans cette situation, l'adulte laisse l'enfant dans le parc un long moment alors que celui-ci rampe, il peut y avoir des conséquences négatives sur l'harmonie de son développement. En effet, ayant un mode de déplacement efficace et en étant au stade de l'exploration de l'espace, le petit va vouloir sortir du parc pour découvrir de nouvelles choses. Cela peut entraîner l'enfant à se diriger de la mauvaise manière et trop précocement vers des positions verticales ; « [...] *les barreaux vont l'encourager à se tirer avec les bras, sans pousser efficacement sur ses jambes.* » (Forestier, 2019, p. 223). En faisant cela, l'enfant saute de nombreuses étapes. Il n'expérimente pas les mouvements intermédiaires qui lui auraient pourtant permis d'être plus stable et assuré dans ses appuis en position debout. Il aura aussi des difficultés à quitter cette position autrement qu'en se laissant tomber. Il ne s'agit là que d'un exemple mais il me semble assez bien signifier l'importance d'un espace d'une taille adaptée pour l'enfant.

Tous les stimuli sensoriels auxquels l'enfant est soumis doivent être pris en compte. Un bébé allongé sur le dos et ne sachant pas se retourner en est au stade de la découverte de son corps. Durant cette période, il explore de manière régulière ses mains. Cette activité peut être perturbée si par exemple, l'enfant est placé

devant une fenêtre ouverte sur une rue passante, un jour de grand soleil. Si le bébé a le soleil dans les yeux, il risque d'être ébloui. De la même manière, si à chaque instant, une alarme retentit, son attention va être déviée. Dans ces situations, l'enfant éprouvera sûrement une sensation désagréable due aux sursollicitations. Il aura ainsi des difficultés à focaliser son attention sur l'exploration de ses mains. À terme, si l'enfant n'est jamais disponible pour explorer son corps et son environnement de manière calme, cela peut engendrer un retard de développement voire une tonicité inadaptée. L'excès de stimulations sensorielles peut amener de l'angoisse, des crispations corporelles ou bien à l'inverse une hypotonie associée à un enfermement de l'enfant sur lui-même. Un des rôles de l'adulte est donc de veiller au confort sensoriel du petit.

Enfin, l'environnement matériel dans lequel est l'enfant doit être réfléchi pour favoriser un bon développement. Après avoir découvert son corps, le bébé manipule des objets. Il est nécessaire que « [...] *les jouets éveillent l'intérêt de l'enfant et que, d'autre part, ce dernier puisse agir lui-même sur et avec ces objets en exerçant des activités variées de manipulation [...] correspondant à son âge.* » (Tardos, 2017, p. 251). Pour que cela puisse être possible, il faut veiller à ce que les jouets proposés soient attractifs (et ne lassent pas trop vite) et adaptés au niveau de développement. Ainsi, les objets mis à disposition doivent être « [...] *soigneusement ajustés au fur et à mesure à ses possibilités naissantes.* » (Tardos & David, 2017, p. 81). L'adulte doit être attentif aux capacités du bébé pour pouvoir s'y adapter. Par exemple, un petit bébé est d'abord intéressé par des objets légers et faciles à saisir. Un peu plus grand, il préfère les objets aux bords précis et aux formes variées. Lorsque l'adulte apporte un nouveau jouet à l'enfant, il doit donc veiller à la taille, au poids, à la matière de l'objet proposé. (Tardos, 2017).

Ainsi, si l'adulte agit en fonction des principes élaborés par E. Pikler développés ci-dessus, il constitue un réel soutien en permettant à l'enfant d'expérimenter sa motricité librement. Cela a plusieurs avantages.

Avantages de la motricité libre

En plus de favoriser un développement moteur harmonieux, la motricité libre permise par l'activité autonome de l'enfant entraîne d'autres conséquences positives sur son développement global.

Elle apporte un sentiment d'efficacité (« feeling of efficacy »). Ce dernier correspond à une sensation de plaisir provoquée par le mouvement initié par l'individu lui-même. À cela s'ajoute la perception de l'efficacité du résultat de cette action. Cette idée a été développée en 1959 par R. White, psychologue américain. C'est par la possibilité d'une activité motrice autonome que le bébé fait l'expérience de ce sentiment d'efficacité. Éprouver ce dernier permet à l'enfant une prise de conscience de lui-même ; il peut se voir comme un être agissant sur son environnement. L'adulte ne doit pas interférer avec l'activité spontanée de l'enfant ni l'aider à finir un mouvement qu'il commence au risque d'empêcher l'apparition du sentiment d'efficacité.

« Pendant ses activités menées sous sa propre « responsabilité », [l'enfant] apprend à observer, à agir, à utiliser son corps de façon économique, à prévoir le résultat de son action [...]. » (Tardos, 2017, p. 16). Cette sensation de plaisir ainsi que le résultat de l'action décidée et réalisée entièrement par l'enfant entraîne une meilleure connaissance du corps. Ainsi, au fur à mesure de ses expériences motrices libres, l'enfant construit son schéma corporel ; il apprend que telle partie

du corps peut être utile pour réaliser telle action. Le bébé peut investir son corps de manière globale.

« *L'essentiel de la construction du schéma corporel s'opère dès le début de la vie jusqu'à l'âge de 3 ans environ, et s'inscrit dans le cerveau par l'intermédiaire des expériences sensorielles, motrices et relationnelles que l'enfant est amené à vivre.* » (Pinelli, 2015, p. 16). Le terme de schéma corporel a été inventé par le neuropsychiatre Paul Schilder en 1923. Il a ensuite été remanié, réutilisé et modifié. Sans rentrer dans les détails de l'histoire du terme, je vais tenter de le décrire rapidement. Le schéma corporel correspondrait à une représentation du corps. Il se construirait au cours du développement en fonction de la maturation cérébrale et de l'environnement. Il serait permis par l'intégration sensori-motrice, soit l'intégration des stimuli sensoriels et par la motricité de l'enfant.

« *Cette connaissance du corps s'ébauche par fragments et certains segments sont nettement favorisés, mais les fragments connus ne s'uniront dans la conscience qu'en fonction de la maturation des besoins biologiques, en fonction aussi du corps d'autrui.* » (Ajuriaguerra, 2017, p. 30) Selon J. De Ajuriaguerra, l'enfant intègre les parties de son corps de manière morcelée. L'unification de toutes les parties du corps connues se fait grâce à la maturation mais aussi grâce à l'autre. Ceci, nous l'avons vu précédemment, se fait avec le contact peau à peau, dans un dialogue tonique. Mais aussi, dans l'écoute et l'observation de l'autre. Il est également nécessaire que l'enfant ait un temps libre, situé à une petite distance de l'adulte, pour explorer son corps et ses capacités. C'est en partie lorsqu'il est libre d'effectuer ses mouvements que peut se construire peu à peu le schéma de son corps.

« *Le bébé dans des conditions adéquates, occupé par lui-même, par sa main, par ses mouvements, par son environnement, varie continuellement les formes de son activité [...].* » (Tardos, 2017, p. 15). Une des premières activités de l'enfant est l'exploration de ses mains. Ceci est une étape primordiale de son développement et survient dans un moment d'activité libre. Au tout début, le bébé voit passer quelque chose devant lui. Il s'agit de sa main mais il ne le sait pas encore. Elle repasse dans son champ de vision de manière fortuite. À force, le bébé finit par repérer qu'il s'agit toujours de la même chose. Il commence à s'y intéresser et l'explore par la vue. Au fur et à mesure des expériences avec ses mains, il comprend qu'il peut agir sur son environnement avec. Les mains deviennent les siennes. Il sait qu'il peut les contrôler et les utiliser. La coordination visuo-manuelle se met en place. Puis, « *[l']enfant utilise alternativement ses deux mains ou ses deux pieds comme s'il découvrait la bilatéralité et complémentirement l'unité de son corps, avec la capacité de diverses parties d'exécuter les mêmes actes, des actes complémentaires ou encore différents.* » (Falk, 2017, p. 28). Petit à petit, l'enfant découvre les parties de son corps, leur utilité et leur connexion. Il se constitue ainsi une unité corporelle. Il explore le monde à travers son corps sensible dont la connaissance se construit à partir des expériences sensori-motrices (Pinelli, 2004).

La motricité libre permet aussi à l'enfant d'utiliser à la fois ses membres supérieurs et inférieurs. Ceci lui permet d'améliorer la coordination entre le bas et le haut du corps ainsi que celle entre la droite et la gauche. Cela prépare les coordinations nécessaires à la marche. La dissociation des ceintures également mise en jeu lors de ses explorations motrices autonomes lui permet une bonne intégration de l'axe corporel et prépare aussi à la marche.

De plus, ses expériences motrices lui apportent des informations sensorielles. L'enfant comprend petit à petit les notions de distance. Il peut investir l'espace, planifier ses actions et s'orienter au mieux pour aller chercher des objets. (Forestier, 2019)

La motricité libre permet donc à l'enfant d'avoir un développement moteur harmonieux. Elle lui apporte aussi une meilleure représentation et utilisation de son corps. L'enfant prend plus facilement conscience de ses actes et de lui-même. Cela participe à la construction de son psychisme. C'est aussi par le mouvement libéré que le petit prend confiance en lui et en ses capacités. Cela le pousse à continuer ses explorations bénéfiques pour son développement. Le rôle de l'adulte est d'observer la motricité de l'enfant pour connaître au mieux son niveau de développement. Il peut ainsi adapter son environnement (espaces et objets) pour lui permettre de se mouvoir librement. Il soutient donc son développement moteur inné.

3. L'activité autonome des enfants en pouponnière

Dans la partie ci-dessus, on voit bien l'importance de l'activité autonome et de la motricité libre pour le développement des fonctions motrices et psychiques. Dans certaines institutions, l'activité autonome des enfants peut être menacée si elle n'est pas considérée comme importante par les professionnels. Dans les anciennes pouponnières, les petits étaient manipulés pendant les soins sans prendre en compte leur activité motrice spontanée. Lors des temps intersoin, ils étaient placés dans leur lit. Privés de pouvoir se mouvoir en liberté, les enfants s'enfermaient dans leur bulle. Certains s'automutilaient en se balançant et en se

cognant fortement contre les barreaux de leur lit. Leur développement affectif et psychomoteur était retardé, voire complètement mis à l'arrêt. Ceci entraînait de nombreux troubles psychiques ainsi que des personnalités pathologiques.

E. Pikler pensait qu'il était possible qu'un enfant élevé en institution puisse se développer correctement à condition que la collectivité soit bien pensée. L'objectif serait de permettre aux enfants en pouponnière de pouvoir exercer leur activité autonome pendant les soins et la motricité libre pendant les intersoins.

Je vais décrire comment est appliqué le principe d'activité autonome en pouponnière en m'appuyant sur le fonctionnement de celle où je suis en stage cette année. Je ferai aussi référence aux dires de M. David et G. Appell dans leur livre « Lóczy ou le maternage insolite ».

Dans les principes Piklériens, il est énoncé que les auxiliaires doivent se concentrer sur l'enfant au moment des soins. Autrement, le reste du temps, les petits sont dans un espace où ils peuvent exercer leur motricité de manière libre et autonome. Durant ces temps d'intersoin, les auxiliaires sont à petite distance des enfants. Elles les observent et commentent leurs activités.

Ainsi, à la pouponnière, pendant un soin, l'auxiliaire observe l'enfant afin de pouvoir utiliser son activité spontanée. Elle respecte son rythme et est à l'écoute des signes provenant de l'enfant. L'auxiliaire lui explique ce qu'elle lui fait, nomme les parties du corps qu'elle mobilise et le félicite lorsqu'il l'aide. Ce discours coordonné aux gestes du soin enrichit la psyché et encourage l'enfant à se mouvoir davantage de manière autonome. Le respect de l'activité spontanée de l'enfant participe à la fois à la construction d'une relation plus forte mais favorise aussi une motricité riche et une meilleure confiance en soi. Cette dernière va lui permettre de

se mouvoir de manière assurée lorsque son auxiliaire sera un peu plus loin de lui, lors de l'intersoin notamment. De plus, l'enfant est habillé de manière à pouvoir se mouvoir librement. Les manches ou bas de pantalon trop longs sont retroussés afin qu'ils ne gênent pas le mouvement. Les enfants marchent pieds nus la plupart du temps. Lorsqu'ils vont dehors, ils portent des chaussures souples, adaptées à leur âge.

E. Pikler énonce trois conditions pour favoriser la motricité libre : « [...] *des vêtements qui gênent le moins possible les mouvements, un espace au sol adéquat et des jeux et jouets appropriés et des éléments à grimper.* » (Caffari-Viallon, 2017, p. 15). Durant les temps d'intersoin, les enfants sont placés dans les espaces de motricité libre. Ces espaces ainsi que les objets à disposition sont adaptés à l'âge des enfants de la salle. C'est la psychomotricienne de la pouponnière qui s'occupe de modifier les espaces et objets/jouets en fonction des évolutions des enfants. Les sols ont différentes textures, ils sont plus ou moins durs. Il y a aussi des plateformes en mousse plus ou moins hautes, avec des escaliers et pentes inclinées. Les enfants sont placés dans des espaces adaptés à leur motricité. Ceux qui ne se déplacent pas beaucoup sont placés dans des espaces réduits afin d'être contenus. Les jouets sont aussi adaptés à leur âge. Ils doivent pouvoir être saisis et manipulés facilement. Les auxiliaires observent les enfants à distance et commentent leurs activités. Lorsqu'ils sont fatigués, elles les repèrent et vont les coucher.

Il est donc possible pour un enfant en pouponnière d'avoir une activité autonome et une motricité libre. Cela permet un développement moteur inné harmonieux où l'enfant prend conscience de lui et de l'environnement. En plus

d'activer le potentiel de développement moteur inné, l'activité autonome enrichit le psychisme de l'enfant et participe à sa construction globale.

Nous comprenons donc bien les bénéfices des principes de maternage élaborés par E. Pikler. Ils favorisent un bon développement affectif et psychomoteur des enfants et sont adaptables à plusieurs situations ou contextes particuliers comme celui des enfants placés en pouponnière. Existe-t-il des cas pour lesquels les principes du maternage Piklérien sont difficilement applicables ?

C. Principes Piklériens et cas particuliers

1. Nécessité d'une application ajustée

Tout au long de ma rédaction, j'essaye de montrer que les principes issus de l'approche d'E. Pikler ne correspondent pas à une méthode à appliquer à la lettre. Il s'agit plutôt d'un état d'esprit. Ce dernier est basé sur des observations cliniques. Ce n'est pas pour autant qu'il faut tomber dans une application « extra-rigide » de ces principes. Il est intéressant de s'inspirer de ceux-ci pour créer une pédagogie adaptée à la fois à l'institution, sa structure, aux professionnels et surtout aux enfants accueillis. La pédagogie doit aussi prendre en compte la culture et l'époque avec ses recherches et connaissances actuelles, dans laquelle elle se crée.

Respecter à la lettre une méthode, cela implique le plus souvent de la connaître par cœur. Or, lorsqu'on veut apprendre quelque chose par cœur, on peut avoir tendance à retenir que les grands éléments, les lignes directrices et oublier certains détails pourtant primordiaux. Dans l'ouvrage « *Lóczy ou le maternage*

insolite », les quatre grands principes Piklériens sont cités, développés et répétés à plusieurs reprises. Il est donc plutôt aisé de les retenir. Il ne faut cependant pas oublier certains détails qui font la richesse de la pédagogie d'E. Pikler.

Dès mes premiers jours de stage, j'ai été très surprise de voir que l'organisation à la pouponnière était claire mais certainement pas rigide. Je pouvais parfaitement voir que les principes de l'approche Piklérienne étaient respectés mais que leur réalisation était « [...] *souple et adaptée aux besoins mouvants des enfants.* » (David & Appell, 2018, p. 46). Les enfants ne sont pas tous pareils, ils n'ont pas tous les mêmes besoins et les professionnels doivent s'y ajuster. Cette adaptation est d'autant plus importante pour les enfants ayant des handicaps ou troubles moteurs et/ou psychiques. La seule chose, c'est que chaque changement, chaque ajustement par rapport aux principes doit être réfléchi. Cela est fait pour éviter toute décision hâtive pouvant perturber les enfants.

2. Enfants ayant des troubles moteurs et/ou affectifs

Les causes de l'existence de troubles moteurs et/ou affectifs sont multiples. Ces troubles peuvent être dus à des anomalies génétiques, développementales, troubles neurologiques, etc.

Prenons l'exemple d'un enfant élevé dans sa famille. Si ce dernier présente des troubles moteurs et/ou affectifs, il y a une grande chance pour que ses parents s'adaptent à ses difficultés de développement. Leur comportement avec cet enfant sera probablement un peu différent de celui qu'ils ont pu avoir avec le grand frère ou la grande sœur. Ils s'ajustent aux besoins particuliers de leur enfant. Si cet enfant est élevé en pouponnière, il doit avoir la même chance. Ainsi, il est

nécessaire que son institution s'ajuste à ses besoins. D'où l'importance d'une souplesse dans l'application des principes appliqués.

a. Pré maturité

Selon l'OMS, on peut parler de prématurité lorsque la naissance survient avant la 37^e semaine d'aménorrhée. Quelque soit la prématurité, il existe un risque développemental. L'enfant naît alors que son développement in utero n'est pas terminé. La naissance prématurée perturbe la maturation du système nerveux central et les organes sont immatures. En plus de mettre en jeu la vie du bébé, la prématurité impacte fortement le développement de l'enfant. Nous avons la chance de nos jours de pouvoir prendre en charge les nouveau-nés. Tout est mis en œuvre pour que les organes continuent de se développer correctement. En parallèle sont effectués des soins de développement au bébé afin d'optimiser ses capacités et favoriser son bon développement. Malgré tout, les séquelles sont fréquentes. Elles se manifestent la plupart du temps par des difficultés motrices et/ou cognitives (Ancel & Rozé, 2015). La prise en charge d'un enfant prématuré est donc sur le long court afin de pouvoir suivre le développement précisément.

Si un enfant prématuré est placé en institution, son développement devra être tout particulièrement surveillé. Il est nécessaire que les professionnels s'ajustent à ses éventuelles difficultés.

Prenons l'exemple d'un enfant prématuré très hypotonique placé en pouponnière s'appuyant sur le maternage Piklérien. Ce petit sera parfois allongé au sol avec autour de lui des jouets adaptés à son âge afin qu'il puisse se mouvoir librement. Dans l'idée, les enfants sont censés se mettre en mouvement de manière spontanée. C'est la motricité libre qui permet leur développement inné.

Durant ces temps d'activité motrice libérée, les auxiliaires entrent en interaction avec eux à distance, et ce, lorsqu'ils font quelque chose en particulier (attrape un jouet, se retourne, etc.). Imaginons que le défaut de tonus de l'enfant l'empêche de se mouvoir. Il essaye de bouger mais cela lui demande un effort énorme. Il est fort possible que cet enfant finisse par abandonner toute tentative de mouvement. Si l'adulte ne le sollicite pas, il y a des risques pour qu'il ne bouge plus du tout voire se renferme sur lui-même et se laisse oublier. Dans ce cas, il est nécessaire que le temps de motricité libre seul à petite distance de l'adulte soit adapté à l'enfant ; autrement, il risque de développer dans le futur des troubles de la relation et un retard psychomoteur. Les professionnels autour de cet enfant devront donc l'encourager davantage. Une prise en charge pluridisciplinaire devra aussi être réfléchie et mise en place.

b. Troubles s'apparentant à de l'autisme

Dans cette sous-partie, je ne vais pas parler d'autisme mais de troubles pouvant s'apparenter à de l'autisme. Premièrement, parce que le diagnostic d'autisme n'est pas simple surtout chez de jeunes enfants. On parle d'ailleurs plutôt de dépistage. Deuxièmement, ma clinique correspond à celle d'enfants élevés en pouponnière. Les enfants ayant subi un abandon peuvent développer des « *mécanismes de défense à type autistique sans dissociation.* » (Aubry, 1983, p. 65). Les symptômes présents peuvent donc aussi bien être assimilés à une carence qu'à un trouble du spectre de l'autisme. Par exemple, les balancements sont retrouvés chez les enfants carencés et chez les enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme. Étant donné la difficulté de différenciation des troubles du jeune enfant, je vais seulement décrire ici, les symptômes de troubles dits relationnels.

On reconnaît un enfant ayant des troubles relationnels par son comportement moteur et affectif. Ces enfants semblent souvent déconnectés des autres, isolés. Leur comportement dans les interactions est souvent décrit comme étrange. On peut repérer des difficultés émotionnelles et de langage. Les activités ou gestes peuvent être répétitifs et identiques. L'enfant est souvent hyposensible ou hypersensible. On peut également notifier des difficultés alimentaires. Ces troubles peuvent être isolés ou non. Leur présence doit servir à alarmer le ou les adultes s'occupant de l'enfant en question. En pouponnière, il est nécessaire qu'un enfant ayant des troubles comme ceux décrits ci-dessus soit rapidement repéré par les professionnels. Ces derniers doivent agir en conséquence et ajuster leur manière d'être et de faire avec l'enfant.

Prenons l'exemple d'un enfant ayant des difficultés dans la relation avec les autres. Imaginons qu'il ne fasse aucune demande, qu'il reste toujours dans son coin à faire des gestes et activités répétitives et restreintes. Dans les principes Piklériens, il est indiqué que la réponse des auxiliaires ne doit pas dépasser la demande de l'enfant. Si les auxiliaires respectent parfaitement ce principe, l'enfant pourra développer des troubles de la relation qui pourront l'empêcher de se développer correctement. Dans le cas de cet enfant, les auxiliaires doivent déployer un effort supplémentaire pour entrer en relation avec lui afin qu'il puisse construire une relation affective privilégiée et se développer correctement. Une prise en charge pluridisciplinaire doit aussi être réfléchie et mise en place.

Il ne s'agit là bien sûr que d'un exemple mais il montre bien l'importance des détails des principes Piklériens autour de la souplesse et de l'adaptation à l'enfant. L'approche Piklérienne est pédagogique. Le maternage qui en est issu peut être

aussi selon moi thérapeutique à partir du moment où les professionnels ajustent les principes pour des enfants ayant des troubles.

Pour conclure cette partie, on voit bien que les principes Piklériens sont adaptés aux enfants élevés en collectivité. Ils leur garantissent un bon développement psychomoteur. Nous avons aussi remarqué qu'ils étaient applicables pour des enfants présentant des troubles mais qu'ils nécessitaient de nombreux ajustements de la part des professionnels. Dans cette situation, il faut prendre en compte le fait que les auxiliaires ont tous les enfants de leur groupe à gérer. La responsabilité d'adapter un principe pour un petit ne doit pas reposer entièrement sur elle. Ces enfants ont besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Dans la prochaine partie, je vais justement montrer comment le psychomotricien en pouponnière participe à la prise en charge de ces enfants ayant des troubles du développement psychomoteur. Je vais pouvoir déterminer ce qu'est selon moi le rôle du psychomotricien dans une pouponnière s'appuyant sur les principes issus du maternage élaboré par E. Pikler.

III – Rôle du psychomotricien

A. Cas de Manoé

Manoé est un petit garçon que j'ai pu observer et prendre en charge dès le mois de septembre. J'ai ainsi pu suivre son évolution tout au long de l'année scolaire. Sa prise en charge illustre selon moi parfaitement le rôle du psychomotricien en pouponnière. De plus, Manoé m'a beaucoup touchée. J'ai ainsi décidé de me pencher sur lui plus particulièrement dans ce mémoire.

Je vais dans un premier temps le présenter et exposer son anamnèse afin de replacer le contexte et éclairer au maximum la situation. Dans un second temps, je décrirai les différentes étapes de sa prise en charge et dans un dernier temps j'en énoncerai les résultats.

1. Anamnèse et présentation

Manoé est un petit garçon né le 28/08/18 prématuré à 31 semaines d'aménorrhée. C'est donc un grand prématuré. À la naissance, il fait 38 cm pour 1,500 kg, et son périmètre crânien est de 27 cm. Ses parents ne pouvant pas s'occuper de lui, Manoé est placé dans le pôle social de la pouponnière le 28/10/18, soit deux mois après sa naissance. Il a deux sœurs de cinq et huit ans placées ensemble en famille d'accueil.

Lorsque je suis arrivée en septembre, j'ai d'abord pris le temps d'observer Manoé. Je rencontre alors un petit garçon à la peau pâle, presque diaphane, aux

yeux bleus et aux cheveux blond très clair. Lors de cette première rencontre, il a 12 mois (10 mois d'âge corrigé). Il me paraît très petit pour son âge. Je constate immédiatement son strabisme convergent et sa grande hypotonie. Sa bouche est toujours ouverte. Ma maître de stage m'avertit de son retard psychomoteur important et de sa grande fatigabilité. Je continue ainsi à l'observer pour découvrir ses capacités.

Pour évaluer l'état du développement psychomoteur, nous avons en tête des repères correspondant à ceux des tableaux du développement fonctionnel moteur de l'enfant de 0 à 48 mois de L. Vaivre-Douret (1999). La plupart du temps, nous effectuons des observations que nous inscrivons dans une grille d'évaluation psychomotrice.

En septembre, j'ai fait une observation détaillée de la motricité de Manoé.

2. Observation de l'état du développement psychomoteur

Cette observation a été faite en septembre 2019, Manoé a donc 12 mois (10 mois d'âge corrigé) :

Au niveau de la motricité globale en décubitus dorsal (sur le dos), Manoé ne ramène jamais ses membres « au centre ». Il n'attrape pas ses mains et ne met pas ses doigts à la bouche. Il fait de petits mouvements répétitifs (stéréotypies) avec une main proche de sa tête et se tape la jambe avec le pied de sa jambe opposée. Il ne se retourne pas et n'a aucun moyen de déplacement.

Placé quelques instants en décubitus ventral, Manoé peut tenir un petit temps sa tête puis la laisse tomber sur le sol. Ses bras restent coincés sous lui et il n'arrive pas à bouger.

Tenu quelques instants en position assise, Manoé peut tenir sa tête pour une courte durée puis emprunte une posture en enroulement (cyphose globale) avec peu de tonicité musculaire. Contrarié par cette posture imposée, il se met rapidement en hyperextension (corps jeté vers l'arrière).

Au niveau de la motricité fine et de la préhension, Manoé ne semble pas s'intéresser aux objets autour de lui. Ainsi, il ne les saisit pas spontanément. Il est capable de le faire uniquement après sollicitation par l'adulte (stimulation de la paume de la main avec le jouet par exemple). Lorsqu'il arrive à tenir l'objet, il l'explore un peu en l'amenant à la bouche mais ceci pendant une très courte durée avant qu'il ne s'enferme dans des mouvements répétitifs de main au-dessus de sa tête. Si l'objet lui échappe, il le laisse tomber sans aller le chercher.

Au niveau relationnel, du langage et de la compréhension, Manoé a beaucoup de difficulté à fixer son attention sur l'adulte qui s'occupe de lui. Il n'est pas aisé de capter son regard. Il n'a pas de langage mais vocalise un peu. La plupart du temps, il bouge sa langue dans sa bouche, en faisant de petites rotations. Lorsqu'il n'est pas content, qu'il est fatigué ou bien qu'il a faim, il s'exprime en grognant et en fronçant les sourcils.

Au niveau sensoriel, Manoé semble préférer les sensations fortes et profondes aux sensations d'effleurement. Il sourit et rigole pendant des jeux corporels que nous lui proposons impliquant des sensations corporelles vestibulaires (déséquilibres, chutes sur un coussin). Il nous montre des signes

d'une bonne audition puisqu'il tourne la tête vers les stimuli sonores (voix, bruits forts...). Seules les sensations de lassitude et de faim entraînent chez lui des pleurs. Il a tendance à fixer les sources lumineuses ou reflets durant un long moment.

C'est un petit garçon ayant un bon appétit et un bon sommeil. Nous remarquons cependant qu'il ne pleure pas durant les temps de coucher et de lever. Il se laisse oublier.

Nous concluons que Manoé a un retard psychomoteur important avec des difficultés tonique et relationnelle. Il s'enferme dans son monde, son attention est limitée et les activités motrices lui demandent beaucoup d'effort. Il est très fatigable. Ses initiatives motrices sont rares et s'organisent en hyper extension ce qui le bloque dans ses mouvements et son exploration du monde. Les mouvements répétitifs peuvent être un moyen pour lui de se sentir exister.

3. Prise en charge

À ce moment-là, toute l'équipe de la pouponnière a conscience des difficultés de Manoé. Nous savons que ce retard psychomoteur et ces troubles relationnels sont anormaux et peuvent être délétères à un bon développement psychomoteur.

Les réunions autour de Manoé s'enchaînent. Chaque professionnel peut s'exprimer sur ce qu'il connaît du jeune garçon. Ce partage de connaissances permet d'enrichir notre vision de lui. Nous pouvons ainsi ajuster au mieux notre prise en charge. Cette dernière est pluridisciplinaire pour un maximum d'efficacité.

Au gré des réunions, nous décidons ensemble que Manoé aurait une prise en charge globale. Il sera donc suivi par une kinésithérapeute, une psychologue et une psychomotricienne, et ce, plusieurs fois par semaine. En parallèle seront effectuées des visites médicales de contrôle et des recherches diverses afin de trouver la ou les raisons de ses difficultés ; notre objectif est de prendre en charge cet enfant du mieux possible afin que ses troubles n'affectent pas trop son développement.

a. Investigation globale

L'origine du retard psychomoteur et des troubles de la relation de Manoé pose question : Sa *prématurité* est-elle en cause ? Ses *problèmes visuels* en sont-ils à l'origine ? Est-ce dû à un *trouble neurologique* ? Peut-être est-ce la conséquence d'une *carence affective* ? Est-ce lié à la *vie en collectivité* ? Est-ce de *l'autisme* ? Manoé pourra-t-il rattraper son *retard psychomoteur* ?

Comme nous pouvons le voir, les difficultés de Manoé peuvent être dues à de nombreux éléments liés à sa situation médicale et sociale. Cette multiplicité des causes possibles rend notre tâche encore plus ardue. Tout au long de l'année, nous nous attelons à rechercher la ou les causes de son retard.

La vision de Manoé est testée par un ophtalmologue. Ce dernier décèle des troubles visuels qui l'empêcheraient de voir clairement. D'après lui, Manoé est capable de voir des silhouettes indistinctes, comme des « masses », sans détails. À partir de là, nous pouvons déjà déduire que ses troubles visuels ont pu ralentir le développement moteur et rendre plus difficile l'interaction sociale. Ils peuvent donc en partie expliquer les difficultés de Manoé. Cependant, ils n'en sont certainement

pas l'unique raison. Manoé porte un cache-œil le matin et des lunettes dans la journée, notamment pour corriger son strabisme.

En janvier et février, divers examens ont été réalisés. Manoé a premièrement été testé au Centre de Recherche Et de Diagnostic Autisme et Troubles apparentés (CREDAT), à l'hôpital Sainte-Anne. Étant donné son jeune âge, les experts ne peuvent pas parler de diagnostic mais effectuent un dépistage. D'après eux, Manoé présente des troubles de la relation. Ceux-ci doivent être pris en charge afin d'éviter leur pérennisation. Ils nous ont alors donné des indications spécifiques de prise en charge pour Manoé. Parmi elles, il y a par exemple la limitation de son enfermement sur lui-même. Comme c'est un enfant qui ne vient pas spontanément vers l'autre, il est nécessaire que les adultes le prenant en charge fassent un effort pour entrer en relation avec lui. Il est aussi important de limiter ses autostimulations en redonnant du sens sur les mouvements effectués.

Manoé a aussi eu des examens neurologiques. Peu d'hypothèses ont été formulées quant à son hypotonie et son retard. Des examens complémentaires sont en cours. Il sera à nouveau revu avec les résultats.

De nouveaux examens continueront d'être réalisés durant les prochains mois. La conclusion de ceux déjà effectués montre l'importance de solliciter Manoé afin qu'il s'enferme le moins possible dans sa bulle. En effet, s'il pouvait s'ouvrir au monde, cela l'encouragerait à se mouvoir pour explorer. C'est ainsi que son retard psychomoteur pourrait s'améliorer.

b. Prise en charge en psychomotricité

Dans cette sous-partie, je vais m'appliquer à décrire la prise en charge de Manoé en psychomotricité. À partir de nos observations de septembre et des résultats de ses examens médicaux, nous avons réfléchi à une prise en charge globale pour Manoé qui soit la plus adaptée possible. Pour ce faire, nous avons dégagé un objectif thérapeutique principal puis des axes thérapeutiques par lesquelles nous allions passer pour atteindre cet objectif.

Notre objectif thérapeutique est de permettre à Manoé de prendre conscience de son corps et de son environnement (humain et matériel) afin qu'il puisse progresser. Pour cela, nous avons plusieurs axes de travail :

Le premier axe est de favoriser chez Manoé la prise de conscience de son corps et éveiller son intérêt pour les objets qui l'entourent. À partir de ses auto-sensations en boucle, nous essayons de l'amener ailleurs en introduisant un rythme un peu différent, de nouvelles sensations, pour le ramener dans l'échange.

Le deuxième axe est d'accompagner Manoé dans sa motricité notamment en encourageant ses initiatives motrices et en lui indiquant les schèmes moteurs les plus adaptés pour lui.

Le dernier axe est de favoriser chez Manoé son ouverture aux autres et ainsi lui permettre d'entrer en relation avec les enfants et adultes qui l'entourent. Nous nous appliquons à entrer de manière ajustée en interaction avec lui afin de lui montrer les possibilités et bénéfices de la communication.

Tous les axes se rejoignent. C'est cette complémentarité qui apporte une richesse dans la prise en charge. Pour ce faire, nous avons utilisé plusieurs médiations thérapeutiques. Le massage Shantala en salle Snoezelen, la

sollicitation sensorielle et la sollicitation motrice à l'aide d'objets préférentiels. Ces deux dernières se font en salle, sous le regard des auxiliaires qui peuvent s'en nourrir pour adapter leurs soins à Manoé au quotidien. En plus des prises en charge directes citées ci-dessus, nous prenons le temps d'observer ces séquences de soin pour pouvoir les adapter au mieux à Manoé. Par exemple pour le repas nous lui trouvons une installation qui facilite la relation à son auxiliaire et qui lui permet de profiter au maximum de ce temps privilégié.

Massage Shantala

Avant de décrire les effets sur Manoé, je vais d'abord décrire ce qu'est le massage Shantala. Ce dernier vient d'Inde. C'est un art traditionnel du massage des enfants. Il nécessite une technique particulière et les conditions du massage doivent être respectées.

À la pouponnière nous ne pouvons pas nous y conformer entièrement pour des questions d'organisation et de moyens. Cependant, nous pouvons tout de même en respecter quelques-unes. Je vais m'appliquer à décrire le déroulement du massage :

« La femme doit être assise par terre », « jambes allongées, dos bien droit, épaules détendues ». « L'enfant doit être nu entièrement et il importe que le massage soit fait dans une pièce chauffée » et « avec de l'huile qu'on a préalablement tiédie. » (Leboyer, 1976, pp. 30-31). L'auxiliaire prend l'enfant et l'amène dans la salle Snoezelen de la pouponnière afin de garantir un cadre favorable à la détente (chaleur, lumière tamisée, calme, repère spatial...). La psychomotricienne est toujours présente pour accompagner l'enfant et son auxiliaire. Celle-ci s'installe assise, confortablement afin de pouvoir se détendre et

ne pas transmettre de tension à l'enfant par le biais du dialogue tonique. Ce dernier est déshabillé doucement, en faisant en sorte qu'il soit actif et bien présent dans la relation. Même pendant les séances de psychomotricité nous essayons au maximum de respecter les principes issus de l'approche Piklérienne. Durant le massage, l'enfant doit être considéré comme un partenaire actif de la relation. Avant de commencer le massage, l'adulte doit être lui-même détendu et il doit s'assurer que l'enfant est disponible. Par le biais de l'observation et du dialogue tonique, il est possible de déterminer son état de vigilance, son état physiologique, sa disponibilité, etc. Seulement si l'enfant est prêt, l'adulte peut prendre un peu d'huile dans ses mains, les frotter l'une contre l'autre pour la réchauffer. Il dépose ensuite ses mains à plat sur le torse de l'enfant pour qu'un accordage entre les deux partenaires du massage soit possible. Le massage peut ensuite débuter.

Toutes les parties du corps sont massées les unes après les autres avec des gestes spécifiques pour chacune. Le massage commence par la poitrine. Il se poursuit sur les bras puis les mains. Le ventre est ensuite massé, puis les jambes et les pieds. On prend ensuite le soin de retourner l'enfant avec sa participation si possible, pour l'installer sur le ventre. Une fois le massage dorsal terminé, l'enfant est remis sur le dos. S'il accepte, on vient masser son visage. On termine par croiser puis ouvrir les bras de l'enfant. Ceci à plusieurs reprises. La même chose est effectuée avec les deux jambes et enfin les bras et jambes ensemble dans le but d'éliminer toutes les tensions résiduelles. Si tout est bien réalisé, « *le massage fait disparaître progressivement tout ce qui pouvait subsister de tension musculaire dans le corps de l'enfant.* » (Leboyer, 1976, p. 97).

Tout au long du massage, nous parlons à l'enfant afin de rester en contact avec lui, de le rassurer et de lui expliquer ce que l'on fait. Cela permet de donner un

sens aux gestes mais aussi aux réactions de l'enfant. Ainsi, ce dernier est en confiance. Il peut se laisser aller à la détente au sein d'une relation dans un moment privilégié.

Nous avons choisi de masser Manoé avec cette technique car premièrement, elle favorise le lien à l'autre. Cette facette du massage est thérapeutique. En effet, un de nos axes est que Manoé soit en relation avec la personne qui le masse (préférentiellement son auxiliaire référente) et qu'il puisse sortir de son enfermement. Deuxièmement, ce massage est réalisé sur tout le corps. Le contact peau à peau n'est jamais rompu. Cela peut apporter à Manoé une continuité de son corps et ainsi, une délimitation de ses limites corporelles. Enfin, cela amène une détente qui est bénéfique pour le bien être de l'enfant. À la fin du massage, nous proposons à Manoé d'explorer la colonne à bulle lumineuse ou bien les fibres optiques afin d'élargir son champ d'explorations sensorielles. Nous prenons le soin de verbaliser ses réactions (recrutement ou détente tonique, mimiques, etc.) face aux stimuli sensoriels divers afin qu'il ne s'enferme pas.

Manoé a, de manière générale bien accepté les massages. Presque toutes les semaines, on pouvait observer chez lui une détente corporelle. Il arrivait à rester en relation un long moment avec l'adulte qui le massait. Cela constituait vraiment un moment privilégié avec son auxiliaire. On pouvait sentir qu'il profitait bien du moment.

Nous avons cependant arrêté le massage en décembre lorsque Manoé avait 15 mois (13 mois d'âge corrigé) car il ne semblait plus en profiter. En effet, il s'est mis à beaucoup bouger et il grimaçait lorsque son auxiliaire commençait le

massage. Il n'est pas utile de forcer l'enfant ainsi, nous avons mis fin à cette médiation thérapeutique pour Manoé.

Sollicitations sensorielles

Manoé étant un petit garçon immobile et ne s'intéressant pas du tout aux objets autour de lui ou bien de manière fixée et répétitive, nous avons décidé de lui proposer des expériences sensorielles diverses, dans sa salle. L'objectif de cette approche est double. À la fois, nous voulions que Manoé puisse faire l'expérience d'une sensorialité tactile aussi bien superficielle que profonde. Le but étant de favoriser sa conscience corporelle. Ensuite, nous voulions solliciter son intérêt pour les objets afin qu'il s'oriente et qu'il puisse découvrir son environnement. Pour ce faire, nous partons de ses gestes répétitifs et nous lui proposons un autre rythme. Nous lui présentons plusieurs objets/jouets de différentes matières et textures pour attiser sa curiosité.

Durant ces explorations, Manoé est très attentif à ce que nous lui proposons. Il reconnaît bien notre présence, écoute nos voix et il accepte que nous le touchions avec les différents objets. Il est curieux et exprime de nombreuses réactions face aux sensations. Par exemple, si nous prenons une éponge douce et que nous lui proposons un contact de celle-ci sur sa main, il peut, si la sensation lui plaît, saisir l'éponge, l'explorer dans sa main et éventuellement l'amener à sa bouche. Son visage affiche des mimiques de concentration comme un froncement de sourcils, ou bien des sourires lorsque l'objet l'intéresse. Si la sensation ne lui plaît pas, son corps se met en tension et il ignore, voire repousse l'objet en question. Au fil des séances, nous constatons qu'il semble préférer les stimulations profondes aux stimulations plus superficielles qu'il a tendance à rejeter (repousse,

grogne...). Malgré cette observation, il y a certains jours où il accepte sans difficulté les sollicitations superficielles et légères. Cela dépend aussi de son humeur et probablement aussi de ses sensations internes. Son objet favori semble être un petit crocodile vibrant. Ce dernier vient amener des sensations plus profondes et plus fortes. Il arrive à saisir ce crocodile de lui-même au bout d'un certain temps.

Ces sollicitations sensorielles tactiles et/ou rythmiques sont la plupart du temps réalisées avant les sollicitations motrices. Elles préparent la suite du travail. Par exemple, si nous voulons travailler les appuis, nous commençons par réveiller les jambes, les pieds et les mains. Si Manoé nous montre des signes de fatigue, nous n'enchaînons pas avec les sollicitations motrices.

Sollicitations motrices

Manoé est un petit garçon très hypotonique. Nous avons observé qu'il peut avoir des initiatives motrices mais il abandonne très vite le mouvement car ce dernier semble lui demander un gros effort. Nous avons conscience que la tonicité est en rapport avec la maturation du système nerveux. Il faut donc attendre que la maturation se fasse naturellement pour que l'hypotonie de Manoé se réduise.

Nous pouvons tout de même aider Manoé à se mouvoir par deux moyens. Le premier correspond à l'encouragement. Si nous le félicitons après un mouvement effectué de sa part, cela peut l'aider à bouger davantage et à s'ouvrir au monde. Ensuite, à l'aide de nos mains, nous donnons des impulsions (sollicitations à divers endroits du corps) afin de lui indiquer les meilleurs schèmes moteurs possible, c'est-à-dire les séquences de mouvements qui demandent le moins d'effort pour faire un geste ou une action. Bien sûr, cela doit être fait avec la

participation active de Manoé et avec le respect de son niveau de développement moteur.

Notre objectif pour Manoé est qu'il puisse se mouvoir et notamment passer du dos au côté. Ceci est la première étape à franchir si nous suivons les étapes du développement psychomoteur de l'enfant ou niveaux d'évolution motrice. Pour ce faire, nous voulons que l'élan vienne de Manoé. Ainsi, nous utilisons pour le motiver des jouets qui l'intéressent particulièrement. Nous lui proposons plusieurs objets jusqu'à ce qu'il nous montre un intérêt pour l'un d'entre eux. Puis, nous l'accompagnons à s'organiser corporellement au mieux pour passer du dos au côté. Cette position à l'avantage d'apporter une nouvelle dimension spatiale à l'enfant. L'orientation de son corps favorise une certaine envie d'explorer son environnement. En effet, son regard n'est plus seulement dirigé vers le plafond mais vers tout l'aspect « horizontal » de l'espace. Manoé peut alors voir tout ce qui se passe autour de lui. À la fois, cette position lui permet d'observer les autres enfants en action mais aussi de retrouver un enroulement du corps. Il peut ainsi plus facilement amener les doigts ou objets à la bouche. Malgré tout, Manoé n'apprécie pas beaucoup cette position. Il finit rapidement par se mettre en hyperextension afin de revenir sur le dos. Nous ne le forçons pas et le laissons revenir sur le dos comme bon lui semble. Nous avons continué avec ces sollicitations durant plusieurs semaines. Cela s'est avéré plutôt concluant.

c. Résultats

Je vais maintenant décrire les résultats de cette prise en charge après une nouvelle observation de Manoé réalisée mi-janvier 2020. À ce moment-là, Manoé a 15 mois (13 mois d'âge corrigé). Voici ces nouvelles capacités psychomotrices :

Au niveau des capacités motrices globales, Manoé a fait beaucoup de progrès depuis le mois de septembre. Son hypotonie globale est moins marquée ; sa tonicité actuelle lui permet de se mettre en mouvement plus facilement et de tenir plus longtemps ses diverses positions. On observe malgré tout une grande laxité qui doit le freiner dans ses mouvements.

Installé sur le dos, sa force musculaire lui permet de bien pousser sur ses jambes pour pivoter. Il sait désormais passer du dos au côté et du côté au ventre aisément. Il effectue également ce mouvement dans l'autre sens, en passant du ventre au dos. Il est capable de faire des retournements successifs.

Sur le ventre, sa tête est bien tenue, ses bras sont dégagés vers l'avant. Il semble à l'aise dans cette position. À partir de cette dernière, il arrive à s'installer en position dite de « pré quatre pattes » et se balance, sans avancer.

Il rampe pour se déplacer. On constate cependant en observant ses expressions faciales, que ce mouvement lui demande encore un gros effort.

Lorsqu'on l'installe en position « assis en trépied » c'est-à-dire avec les mains appuyées devant lui, il tient sa tête et son dos bien droit (nous l'installons dans cette position uniquement pour faire une observation de sa tonicité). Cette posture lui demande un effort important, ainsi, il se met en hyperextension pour pouvoir passer rapidement sur le dos.

Dans les bras ou tenu assis Manoé a encore tendance à se mettre en hyperextension mais cela est moins fréquent.

Au niveau de la motricité fine, Manoé arrive de plus en plus à ouvrir ses poings pour poser ses mains à plat sur le sol. Ses appuis sont donc plus stables. Il

arrive très bien à saisir les objets petits/simples et légers. Il peut les tenir dans sa main, les secouer, les passer d'une main à l'autre et les amener à la bouche.

Au niveau du corps et des sensations, Manoé semble avoir des préférences de textures qui varient selon les jours. Il est curieux d'expérimenter les textures nouvelles et sait montrer son refus lorsqu'une matière lui déplaît. Il attentif à tout ce qui se passe autour de lui et s'oriente vers les bruits.

Manoé peut de plus en plus rester en relation avec un adulte qui s'adresse à lui. Il regarde et peut sourire. Le regard tient plus longtemps qu'auparavant et Manoé s'enferme moins régulièrement dans sa bulle. Lorsqu'un adulte qu'il connaît entre dans sa salle, il se rapproche de lui, le touche et sourit pour lui dire bonjour. Il peut pleurer lorsqu'un adulte qui s'occupait de lui doit partir.

Dans le jeu, Manoé s'intéresse beaucoup plus aux jouets/objets autour de lui. Il sait désormais planifier une action en vue d'un objectif à atteindre. Si un jouet au loin l'attire, il peut organiser sa gestuelle et son déplacement pour y parvenir. Il passe du dos au ventre, pivote, et rampe jusqu'à l'objet, libère une main pour l'attraper et se remet sur le dos pour l'explorer.

Manoé est expressif, il vocalise et fait de petits bruits de bouche. Lorsqu'il n'est pas content, il grogne et fronce les sourcils. Il continue à beaucoup bouger sa langue dans sa bouche.

En conclusion, Manoé a fait beaucoup de progrès aussi bien relationnels que moteurs. Malgré le fait qu'un retard psychomoteur soit toujours présent, Manoé fait des progrès à son rythme. Il est nécessaire de continuer à le solliciter afin d'améliorer sa prise de conscience de lui-même et de ce qui l'environne. Il faut également l'encourager à aller jusqu'au bout de ses initiatives motrices en le

félicitant. Tout cela permet de soutenir son potentiel de développement inné. Nous espérons qu'il continue à progresser.

L'origine de ses progrès est probablement multiple. Nous imaginons qu'elle dépend de la maturation de son système nerveux mais pas uniquement. La prise en charge pluridisciplinaire dont le travail en psychomotricité a sûrement fortement contribué aux progrès de Manoé. Il aussi évident que l'implication incroyable de ses auxiliaires au quotidien pour s'ajuster au mieux à ses difficultés et capacités a permis cette belle évolution de Manoé.

Avec cet exemple de prise en charge en tête, je vais maintenant discuter sur ce que je pense être le rôle du psychomotricien en pouponnière s'appuyant sur les principes Piklériens.

B. Réflexion sur le rôle du psychomotricien

Cette partie cherche à répondre à la question centrale qui est :

Quel est le rôle du psychomotricien dans une pouponnière du XXI^e siècle s'appuyant sur le maternage Piklérien, censé favoriser un bon développement psychomoteur et affectif des enfants placés ?

Je me suis posé cette question au tout début de mon stage en septembre, après avoir lu le livre de M. David et G. Appell : « *Lóczy ou le maternage insolite* ». À ce moment-là, j'avais compris l'objectif du maternage qui est de favoriser un bon développement psychomoteur et affectif pour les enfants placés. Je m'interrogeais sur le rôle du psychomotricien dans une institution s'appuyant sur les idées Piklériennes. En effet, puisque le maternage Piklérien permet un bon

développement psychomoteur de l'enfant, à quoi peut bien servir le psychomotricien ? Pour y répondre, j'ai déterminé la provenance de ce maternage et j'ai recherché pourquoi celui-ci était encore utilisé de nos jours dans plusieurs pouponnières françaises.

J'ai plus particulièrement penché mes recherches autour des bénéfices d'une relation affective privilégiée et de l'autonomie de l'enfant. Au fur et à mesure de mes expériences de stage et de ma rédaction, j'ai réalisé à quel point ce maternage assurait un bon développement psychomoteur des enfants placés. J'ai aussi réalisé que l'approche Piklérienne ressemblait beaucoup à l'approche de la psychomotricité, telle que je la conçois.

Selon moi, la psychomotricité est une approche globale de l'individu. Elle affirme un lien indissociable entre les fonctions motrices, psychiques et affectives. Elle concerne aussi bien l'adulte que l'enfant. Le développement psychomoteur de ce dernier est inné et se fait en fonction de la maturation du système nerveux ; il n'a pas besoin d'être stimulé mais accompagné. Les principes du maternage élaborés par E. Pikler s'appuient également sur cette idée et abordent les enfants de manière holistique.

Par le biais de l'observation, le psychomotricien peut constater l'existence ou non de déséquilibres entre l'investissement du corps et l'investissement de la pensée. En cas de déséquilibre, il agit, par une rééducation ou une thérapie, pour accompagner l'individu à retrouver un équilibre psychocorporel.

Le psychomotricien connaît le développement de l'humain dans son aspect moteur et psychique. Il a parfaitement conscience du lien indissociable entre les deux. Son observation de l'autre se fait par le biais des fonctions psychomotrices

qui sont le tonus, la motricité fine mais aussi globale avec les coordinations et l'équilibre (statique et dynamique). Il réfléchit également avec les notions de schéma corporel, image du corps, axialité, espace et temps. Il considère aussi l'environnement de l'individu, c'est-à-dire son entourage, son lieu de vie et les objets qui l'entourent. Cette approche est complète. Je trouve qu'elle ressemble à celle de la pédagogie d'E. Pikler qui s'intéresse à la fois au développement moteur et psychique de l'enfant tout en prenant en considération ses spécificités et son milieu de vie.

Ainsi, selon moi, le psychomotricien peut facilement comprendre l'intérêt du maternage élaboré par E. Pikler. Son rôle au sein d'une pouponnière s'appuyant sur l'approche Piklérienne est multiple.

Il peut s'occuper de transmettre aux nouveaux professionnels l'intérêt de l'approche. Dans la pouponnière de mon stage, la psychomotricienne, la puéricultrice, les éducatrices ainsi que la psychologue s'en occupent.

Il peut au sein de l'institution soutenir la mise en pratique des principes de maternage. Un de ses rôles est aussi de recueillir les idées des différents professionnels pour ajuster au mieux leur application. Il peut également entendre les éventuelles difficultés rencontrées par les professionnels et les accompagner pour trouver une solution.

Il participe directement à la mise en œuvre des principes de *relation affective privilégiée* et d'*activité autonome* des enfants. Ceci, au sein de ses séances de psychomotricité mais aussi en veillant à la qualité de l'environnement de l'enfant. Il fait des observations en salle pendant les soins quotidiens et s'assure que les

espaces, les objets/jouets disponibles soient adaptés aux petits afin qu'ils puissent exercer sa motricité libre.

Le psychomotricien fait également l'état de la psychomotricité de chaque enfant. Il effectue un suivi psychomoteur de qualité et rédige des rapports d'évolution grâce à son observation précise et ses bilans. Il peut ainsi repérer la présence de difficultés.

Le psychomotricien peut repérer plusieurs cas de figure :

L'enfant observé a un *bon développement psychomoteur*. Il est bien en relation avec les autres (les adultes ainsi que les pairs) et il suit correctement les étapes du développement moteur inné. Pour cet enfant, les principes Piklériens appliqués semblent fonctionner au mieux ; le psychomotricien pourra refaire une observation quelques semaines plus tard afin de s'assurer que l'enfant continue à bien se développer. Dans ce cas de figure, le psychomotricien joue un rôle de prévention.

L'enfant observé a un *retard de développement psychomoteur*. Il est bien en relation avec les autres mais son développement moteur est plus lent que la moyenne ; il est à un stade moteur inférieur par rapport à celui auquel il devrait être à son âge. Le psychomotricien et les autres professionnels doivent explorer plusieurs pistes qui expliqueraient le retard.

Si un trouble somatique est repéré, sa prise en charge est indispensable. Les troubles perturbant le développement moteur les plus souvent retrouvés sont : les asymétries, l'hypotonie, l'hypertonie, une déformation des pieds et une raideur des membres. Dans ces cas-là, un accompagnement psychomoteur est très

important afin que les problèmes ne s'installent pas de manière irréversible, bloquant le développement moteur de l'enfant (Forestier, 2019).

Si l'enfant ne présente aucun signe inquiétant, qu'il est bien en relation avec l'autre (interagit, regarde) et qu'il explore bien sa motricité actuelle (initiatives, fluidité et aisance de mouvement), il n'est pas nécessaire de s'inquiéter. Malgré tout, une surveillance du développement moteur est essentielle. Le psychomotricien doit discuter avec les professionnels afin d'adapter au mieux les principes Piklériens à cet enfant. Celui-ci peut continuer à se développer à son rythme. Tous les professionnels dont le psychomotricien devront être particulièrement attentifs à son développement. Le psychomotricien agit pour adapter les principes Piklériens. Il favorise la communication entre les différents professionnels pour pouvoir partager les observations et favoriser une prise en charge pluridisciplinaire riche. Il assure ainsi une prévention.

L'enfant observé a un *retard de développement psychomoteur*. Il n'est pas en relation avec les autres et a un développement moteur retardé, voire arrêté. Le psychomotricien doit rechercher la cause du retrait relationnel de cet enfant et doit aussi explorer les pistes possiblement à l'origine du retard moteur. Cette situation est complexe. Elle nécessite d'être étudiée dans sa globalité. Plusieurs professionnels doivent se pencher dessus afin de la comprendre au mieux ; ceci pour agir de la manière la plus adaptée possible.

Les enfants ayant des troubles psychomoteurs bénéficient des intérêts du maternage issu de l'approche Piklérienne. Cependant, ils ont des besoins particuliers et l'unique application des principes n'est pas suffisante pour assurer un bon développement. Dans ce cas, les professionnels doivent réfléchir ensemble

pour les adapter au mieux et les rendre les plus favorables possible. Bien sûr, le psychomotricien y participe. Il faut garder en tête que la prise en charge doit être globale et continue car l'enfant a une grande capacité de plasticité cérébrale ; son cerveau « [...] *est particulièrement absorbant. L'ensemble de son environnement et de ses expériences les plus répétées, même les plus insignifiantes, se grave dans son cerveau en créant d'innombrables connexions neuronales.* » (Junier, 2018, p. 198). Cela se poursuit jusqu'à environ cinq ans. Ceci correspond à ce qu'on appelle la *période sensible*. La prise en charge de l'enfant pendant cette période augmente les chances d'amélioration de son état psychomoteur. Le psychomotricien intervient directement auprès de l'enfant ayant des troubles afin de soutenir au mieux son développement psychomoteur. Il réalise des séances de psychomotricité adaptées. Celles-ci n'ont pas une forme prédéfinie. Le psychomotricien élabore un objectif à atteindre avec des axes thérapeutiques de prise en charge avec ses médiations particulières. Il s'appuie sur le projet thérapeutique individualisé de l'enfant pour construire ses séances. Lors de ses dernières, il essaye de suivre au maximum les principes Piklériens en les adaptant par rapport aux possibilités et limites de l'enfant. Ainsi, le psychomotricien agit comme le faisait J. Lévy : il propose « [...] *à l'enfant en situation de handicap, des postures et des mouvements, en partant de ses possibilités. [Il cherche] à mettre chaque enfant en situation d'agir par lui-même. Les postures et les mouvements [sont] proposés, dans le respect de son rythme de développement [...].* » (Citée par Busquet, 2019, p. 25). Il soutient l'activité amorcée par l'enfant en lui proposant des mouvements/postures s'appuyant sur ses initiatives motrices. Cela dans une posture d'écoute renforçant des attitudes d'ajustements réciproques et permettant la construction d'une relation continue et sécurisante.

Conclusion

En conclusion, le rôle du psychomotricien dans une pouponnière du XXI^e siècle s'appuyant sur les principes de maternage élaborés par E. Pikler est multiple et complexe. Avant de pouvoir le comprendre, j'ai appris la provenance du maternage Piklérien ainsi que les étapes de son élaboration. J'ai compris pourquoi il était toujours utilisé de nos jours ; il apporte de nombreux bénéfices au développement psychomoteur et affectif des enfants placés. Ce maternage est d'une grande richesse. Il considère l'enfant dans son entièreté et avec respect. Cela le rapproche tant de la psychomotricité telle que je la conçois. Ses principes sont adaptables. Ils profitent ainsi à tous les enfants car ils sont ajustables à chacune de leur particularité. Ce maternage est aussi applicable pour des enfants en situation de handicap. Ceux-ci ne sont pas discriminés et profitent des mêmes bénéfices que les autres enfants. Ils ont droit à une relation affective privilégiée ainsi qu'à une activité autonome.

Le psychomotricien a un rôle complet. Il soutient l'application du maternage Piklérien, l'ajuste à chaque enfant et le complète. Il participe à sa construction et en même temps, il s'appuie dessus pour travailler. En fonction de chaque situation, le psychomotricien ajuste son approche. Il travaille en lien avec les autres professionnels de la pouponnière, dans une approche directe ou indirecte auprès des enfants dans la recherche d'un développement psychomoteur et affectif harmonieux. Il fait de la prévention et accompagne les autres professionnels. Il soutient les principes ; notamment celui de l'activité autonome et de la motricité libre.

Cette réflexion résulte d'une intuition que j'ai eue en lisant le livre de M. David et G. Appell. Je sentais un lien entre la psychomotricité et le maternage Piklérien. Ce mémoire m'a permis de préciser ce lien et de montrer quelle est selon moi l'importance de ce maternage et quel rôle le psychomotricien peut avoir.

Cette conclusion sur le rôle du psychomotricien en pouponnière s'appuyant sur les principes du maternage Piklérien est bien sûr à nuancer. Elle correspond à mon propre avis, construit sur la base de mes expériences personnelles et de mes connaissances actuelles. Je n'ai par exemple pas parlé du rôle purement social du psychomotricien en pouponnière. Il fait le lien avec les parents en étant tiers/médiateur lors de visites parents-enfants. Il participe aussi à l'organisation des placements familiaux, etc. Ma vision sur le rôle du psychomotricien pourra changer au cours du temps, au gré de mes nouvelles expériences et rencontres.

Chaque psychomotricien a sa propre vision du rôle du psychomotricien en pouponnière Piklérienne. Il serait intéressant de comparer les différentes visions afin d'éclairer encore plus ce lien entre la psychomotricité et le maternage Piklérien.

Il serait aussi intéressant de voir dans quelques années la place du maternage Piklérien dans les diverses structures de la petite enfance. Sera-t-il toujours aussi présent ? Les psychomotriciens travailleront-ils de la même manière qu'actuellement, en 2020 ? À quel point ce maternage est-il muable et peut-il s'adapter aux changements d'époques ?

Bibliographie

Ouvrages :

- Aubry, J. (1983). Enfance abandonnée, la carence de soins maternels. Paris : scarabée & compagnie/a.m.métailié.
- Bowlby, J. (2002). Attachement et perte : l'attachement (5e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Bullinger, A. (2017). Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, tome 1, un parcours de recherche. (2^e éd). Toulouse : Erès.
- Busquet, M. (2019). Heureux dans son corps, heureux à la crèche ! Le bien-être et l'accueil collectif et individuel de la petite enfance. Malakoff : Dunod.
- Caffari-Viallon, R., Rondineau, A.-C. & Scheurer, E. (2017). Introduction. In R. Caffari (Éd.), Du soin et du relationnel entre professionnel et enfant. Recueil d'articles de l'Institut Pikler - 2. (pp. 9-10). Toulouse : Erès.
- Caffari-Viallon, R. (2017a). Introduction. In E. Pikler et A. Tardos (Éd.), Grandir autonome (pp. 7-10). Toulouse : Éres.
- Caffari-Viallon, R. (2017b). La liberté motrice, pierre angulaire de la conception piklérienne. In E. Pikler et A. Tardos (Éd.), Grandir autonome (pp. 11-18). Toulouse : Eres.
- Carric, J.C. (2000). Le développement psychomoteur de l'enfant normal. Paris : Vernazobres-grego.

- David, M. et Appell, G. (2018). *Lóczy ou le maternage insolite*. Toulouse : Erès.
- Falk, J. (2017a). Ce qui fonde la relation. In R. Caffari (Éd.), *Du soin et du relationnel entre professionnel et enfant* (pp. 11-36). Toulouse : Erès.
- Falk, J. (2017b). Les fondements d'une vraie autonomie chez le jeune enfant. In R. Caffari-Viallon (Éd.), *Autonomie et activités du bébé* (pp. 23-42). Toulouse : Erès.
- Forestier, M. (2019). *De la naissance aux premiers pas*. Toulouse : Erès.
- Hevesi, K., Sandor, I. & Tardos, A. (2017). La communication entre professionnel et enfant. In R. Caffari-Viallon (Éd.), *Du soin et du relationnel entre professionnel et enfant* (pp. 37-56). Toulouse : Erès.
- Joly, F. et Labes, G. (2017). *Corps, tonus et psychomotricité*. Collection Julian De Ajuriaguerra. Paris : éditions Vernazobres-Grego.
- Junier, H. (2018). *Guide pratique pour les pros de la petite enfance, 38 fiches pour affronter toutes les situations*. Malakoff : Dunod.
- Leboyer, F. (1976). *Shantala, un art traditionnel le massage des enfants*. Paris : Seuil.
- Meunier, L. (2017). *Le bébé en mouvement, savoir accompagner son développement psychomoteur*. Malakoff : Dunod.
- Piaget, J. (2012). *La psychologie de l'enfant*. (3^e éd). Paris : Quadrige.
- Pinelli, A. (2010). *Porter le bébé vers son autonomie*. Toulouse : Erès.
- Pikler, E. (1979). *Se mouvoir en liberté dès le premier âge*. Paris : Puf.

- Rivière, J. (2000). Le développement du jeune enfant, idées neuves et approches actuelles. Marseille : éditions Solal.
- Robert-Ouvray, S. B. (2007). Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité. (2^e éd) Paris : Desclée De Brouwer.
- Schaal, B., Goubet, N. & Delaunay-El Allam, M. (2011). Concordances et discordances entre sensorialité et écologie néonatales : attentes sensorielles et réponses adaptatives chez l'enfant prématuré. In D. Mellier (Éd.), Le développement de l'enfant né prématuré. (pp. 29-56). Marseille : Solal.
- Tardos, A. (2017a). Autonomie et/ou dépendance. Dilemme autour de l'éducation du nourrisson. Réflexion sur les idées du Dr Emmi Pikler. In R. Caffari-Viallon (Éd.), Autonomie et activités du bébé (pp. 11-22). Toulouse : Erès.
- Tardos, A. (2017b). La sélection des jouets du point de vue pédagogique. In R. Caffari-Viallon (Éd.), Autonomie et activités du bébé (pp. 249-262). Toulouse : Erès.
- Tardos, A. et David, M. (2017). De la valeur de l'activité libre du bébé dans l'élaboration du self. In R. Caffari-Viallon (Éd.), Autonomie et activités du bébé (pp. 57-82). Toulouse : Erès.
- Winnicott, D. W. (1989). L'enfant et le monde extérieur, le développement des relations. Paris : Payot.
- Winnicott, D. W. (1992). Le bébé et sa mère. Paris : Payot.
- Winnicott, D. W. (2011). La relation parent-nourrisson. Paris : Payot & Rivages

Articles :

- Dugravier, R. et Barbey-Mintz, A-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. Eres « *Enfances & Psy* », N°66, 14-22. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>
- Pikler, E. (1979). Que faire lors d'un développement moteur particulièrement lent des grands mouvements moteurs. Association Pikler-Lóczy de France, pour une réflexion sur l'enfant. Texte émanant de l'Institut Pikler (Budapest), N°67, 1-3.
- Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Médecine & Hygiène*, « *Devenir* », N°2 (Vol. 19), 151-188. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>
- Vincze, M. et Rasse, M. (2014). Les principes Piklériens. Eres « *Spirale* », N°71, 118-122. <https://doi.org/10.3917/spi.071.0118>
- White, R. (1959). Motivation reconsidered : The concept of competence. Dans la « *Psychological Review* », N°66 (Vol 5), 297-333. <https://doi.org/10.1037/h0040934>

Sites internet :

- <http://pikler.fr/>
- <https://www.haptonomie.org/fr/espace-public/haptonomie-prenatale.html>
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soins/73237>
- <https://www.universalis.fr/encyclopedie/somesthesie/>
- Ligney, B. (2016). Comment se développent les 5 sens in utero ? Consulté sur :

<https://merveilledeveil.wordpress.com/2016/12/30/comment-se-developpent-les-5-sens-in-utero/>

- Ancel, P-Y. et Rozé, J-C. (2015). Prématurité, ces bébés qui arrivent trop tôt.

Consulté sur :

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite>

Annexes

Annexe I



SCHÉMA III / Se tourne sur le ventre et se retourne ; se tient à plat ventre.

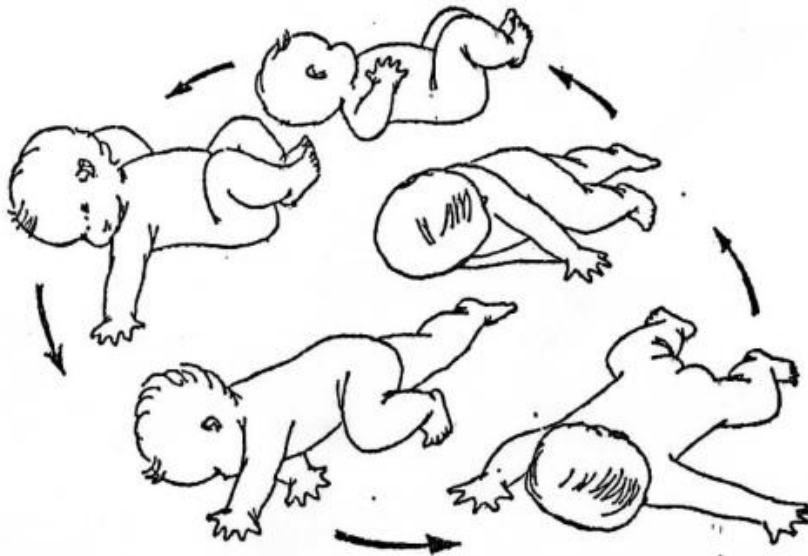


FIG. 6. — Par les retournements répétés il peut mieux changer de place.

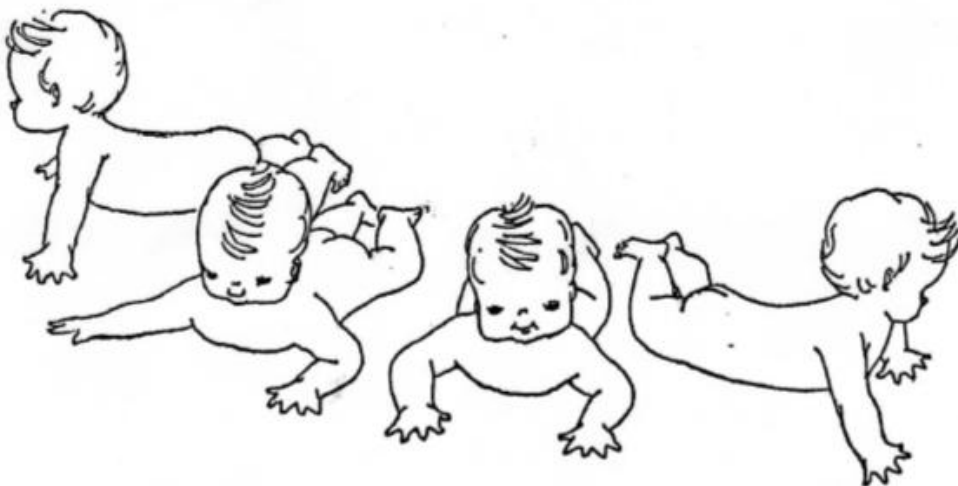


FIG. 7. — Pendant cette période, en position ventrale, il peut changer de direction en exécutant des pas avec les mains.



SCHÉMA IX / Se déplace à quatre pattes sur les genoux.¹²

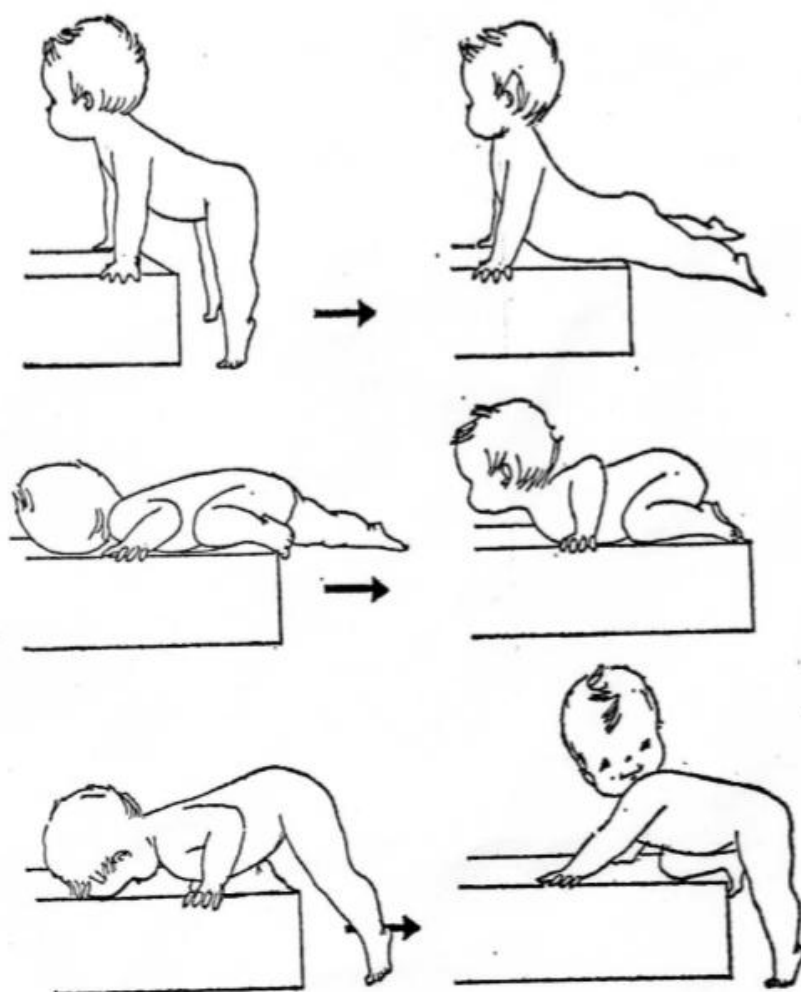


FIG. 17. — Grimpe sur l'estrade et en redescend, il se tient, jambes tendues, sur les pointes des pieds.

Deux schémas issus des planches de dessin de Klara Pap dans le livre « Se mouvoir en liberté dès le premier âge » (1970) d'Emmi Pikler.

Annexe II

PROJET THERAPEUTIQUE INDIVIDUALISE DE L'ENFANT :

Rappel de nos principes de base : Continuité des Soins, Verbalisation, Contenance, Sécurité interne, Individualisation

Nom et Prénom de l'enfant : _____ Date d'élaboration du projet thérapeutique individualisé : / /				
Age de l'enfant : _____ A réévaluer avant le : / / Professionnels présents : _____				
OBSERVATIONS :				
OBJECTIF :				
MOYENS				
INSTALLATION DE L'ENFANT / PORTAGE <i>(Ex : aménagements des espaces, portage prolongé...)</i>	COMMUNICATION : INTERACTION / ECHANGES <i>(Ex : regards, paroles, gestuelles, verbalisations, atelier massage...)</i>	ALIMENTATION <i>(Ex : composition des repas, installation...)</i>	TOILETTE / SOINS DU CORPS <i>(Ex : Savonnage dans l'eau...)</i>	SOMMEIL <i>(Ex : Rituel d'endormissement...)</i>
AUTONOMIE	JEUX – OUVERTURE SUR L'EXTERIEUR – SOCIALISATION - SYMBOLISATION	SUIVI MEDICAL	LIENS AVEC LA FAMILLE	OBSERVATIONS - REMARQUES

Annexe III

Les deux "branches" de la motricité:

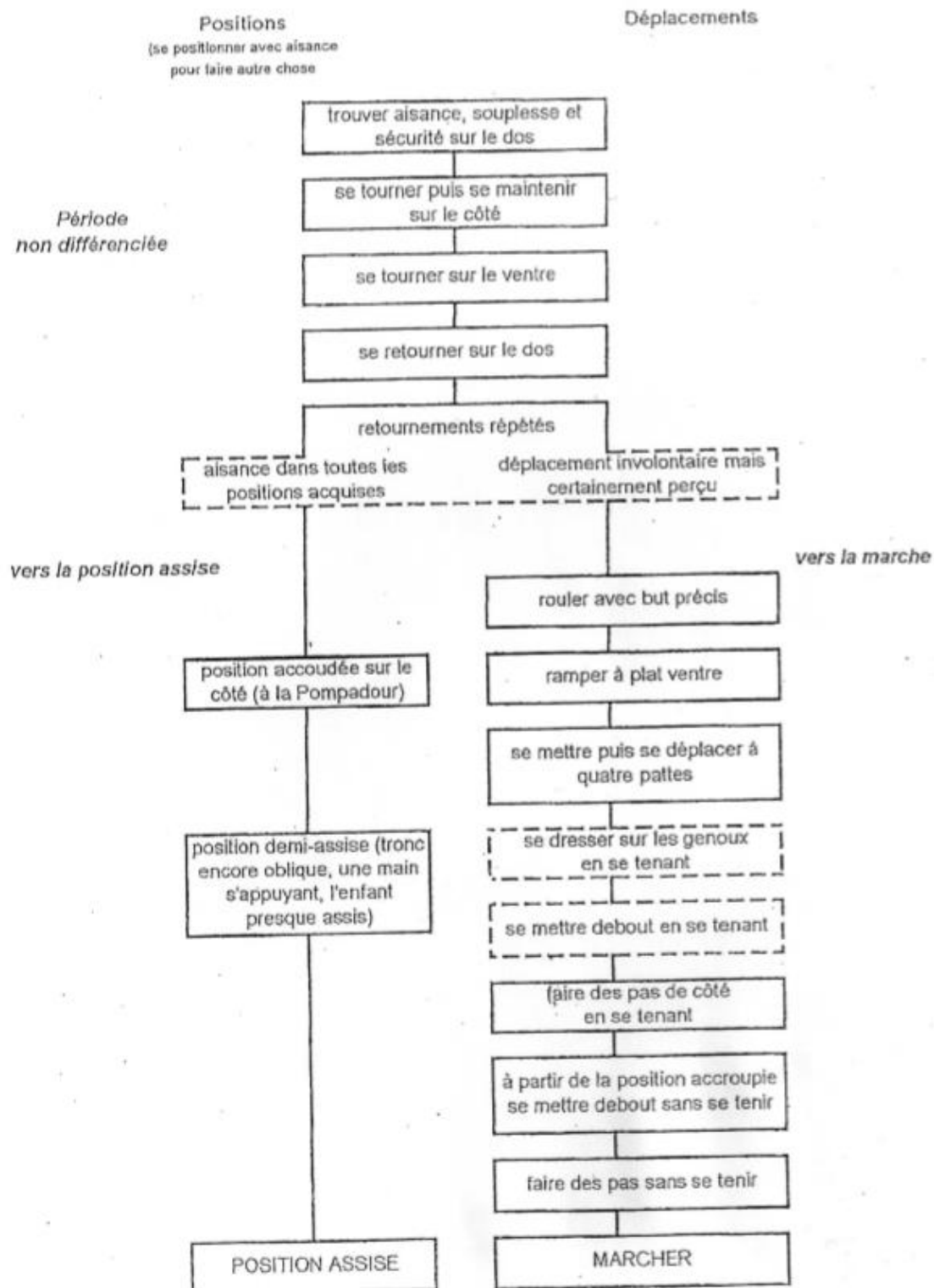


Schéma sur « Les deux branches de la motricité » par Agnès Szanto Feder

Résumé

Quel est le rôle du psychomotricien travaillant dans une pouponnière s'appuyant sur le maternage Piklérien ? Le maternage Piklérien garantit un bon développement psychomoteur et affectif des enfants placés. Ses principes sont très bénéfiques entre autres parce qu'ils considèrent chaque enfant dans son entièreté, avec ses spécificités. Par rapport à ce maternage, le psychomotricien a un rôle multiple. Il fait de la prévention, travaille en équipe et soutient l'application des principes Piklériens tout en s'appuyant sur eux pour élaborer sa pratique. Chaque psychomotricien a sa propre vision sur le rôle qu'il peut jouer en pouponnière Piklérienne. Sa pratique se construit en fonction de son époque, son institution et d'après ses expériences personnelles.

Mots clés : Psychomotricité, Lóczy, enfants, motricité libre, attachement.

Summary

What is the role of the psychomotor therapist in a nursery draw on the Piklerian mothering ? Piklerian mothering ensures a good psychomotor and emotional development of placed children. Its principles are very beneficial, among other things because they consider each child in his entirety, with his specificities. In relation to this mothering, the psychomotor therapist has a multiple role. He does prevention, works as a team and supports the application of the Piklerian principles while relying on them to develop his practice. Each psychomotor therapist may have his own vision of the role he can play in a Piklerian nursery. His practice is built according to his time, his institution and from his personal experiences.

Key words : Psychomotricity, Lóczy, children, free movement, attachment.