



HAL
open science

À corps (accord?) et à cris: les professionnels face au risque de maltraitance infantile: l'approche psychomotrice peut-elle soutenir le repérage transdisciplinaire du risque de maltraitance?

Ambre Didelot Le Bodic, Aline-Sarah de Pinho Carvalho

► To cite this version:

Ambre Didelot Le Bodic, Aline-Sarah de Pinho Carvalho. À corps (accord?) et à cris: les professionnels face au risque de maltraitance infantile: l'approche psychomotrice peut-elle soutenir le repérage transdisciplinaire du risque de maltraitance?. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03736170

HAL Id: dumas-03736170

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03736170>

Submitted on 22 Jul 2022

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

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



Institut de Formation en Psychomotricité de la
Pitié Salpêtrière
Faculté Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris

**A corps (accord ?) et à cris : les professionnels face au risque de
maltraitance infantile**

L'approche psychomotrice peut-elle soutenir le repérage
transdisciplinaire du risque de maltraitance ?

Mémoire présenté par Ambre DIDELOT LE BODIC et Aline-Sarah DE PINHO
CARVALHO

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien
Session de juin 2022

Référentes du mémoire : Cécile PAVOT-LEMOINE et Marion PAGGETTI

Année universitaire : 2021-2022

Remerciements

Nous souhaitons remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué à rendre ce projet de mémoire possible.

Merci à Cécile Pavot-Lemoine, psychomotricienne passionnée, notre maître de mémoire, notre maître de stage et bien plus. Pour ses enseignements, son accompagnement, sa sincérité, sa gentillesse et sa patience.

Merci à Marion Paggetti de nous avoir accompagnées pour nos premiers pas dans la recherche. Pour sa disponibilité et ses judicieux conseils.

Merci à Anne Vachez-Gatecel et Aude Valentin-Lefranc d'avoir été dans l'ombre de ce mémoire et d'avoir coordonné ces trois années de formation qui ô combien sont enrichissantes et passionnantes.

Merci à nos enseignants, nos maîtres de stage de ces trois dernières années mais aussi au « bureau » de l'I.F.P pour avoir contribué, chacun à leur manière, à la construction de nos identités professionnelles.

Merci à l'ensemble des professionnels de l'étude pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre travail.

Merci à notre famille et tout particulièrement à nos parents pour leur amour, leur confiance et leur soutien émotionnel sans faille.

Merci à tous nos amis et particulièrement ceux de l'IFP de la Pitié-Salpêtrière pour avoir écouté nos discours interminables sur ce projet, pour les rires et les bons moments.

Merci à Aline d'avoir cru en notre projet jusqu'au bout et pour ces trois années qui, sans elle, n'auraient pas eu la même saveur.

Merci à Ambre pour ces belles années de psychomotricité, et pour ce projet qui n'aurait pas pu voir le jour sans elle.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	10
PARTIE I – GENESE DU PROJET – CONTEXTUALISATION ET PROBLEMATISATION	12
1. RENCONTRE SUR LES BANCS DE LA FAC	12
1.1 <i>L'expérimentation psychocorporelle : les études en psychomotricité</i>	12
1.1.1 Voir « en soi-même »	12
1.1.2 Émergence de la pensée	13
1.2 <i>Journées Annuelles de thérapies psychomotrices : octobre 2021</i>	13
2. PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE : STAGE D'INITIATION ET D'APPRENTISSAGE THERAPEUTIQUE EN BINOME	14
2.1 <i>Définition et historique de la Protection Maternelle et Infantile</i>	14
2.2 <i>Missions et enjeux du service de P.M.I</i>	15
2.3 <i>Acteurs des centres de P.M.I</i>	16
2.4 <i>Présentation de la P.M.I d'accueil</i>	16
2.4.1 Contexte socio-culturel : populations rencontrées	16
2.4.2 Locaux et personnels	17
2.4.3 Être psychomotricien en P.M.I	18
2.4.3.1 Le psychomotricien	18
2.4.3.2 Psychomotricien et P.M.I	19
2.5 <i>Le binôme en stage : regards croisés</i>	20
3. LA PREVENTION : CONCRETEMENT, DE QUOI PARLONS-NOUS ?	22
4. LA MALTRAITANCE INFANTILE	23
4.1 <i>Définitions</i>	23
4.1.1 Distinction entre violence et maltraitance	23
4.1.2 Définition de maltraitance infantile	24
4.2 <i>La maltraitance infantile : états des lieux</i>	24

4.2.1	En France -----	24
4.2.2	A l'international-----	26
4.3	<i>Les types de maltraitements infantiles</i> -----	27
4.4	<i>Psychomotricien et maltraitance</i> -----	29
5.	DYSFONCTIONNEMENTS INTERACTIONNELS PARENT(S)-ENFANT-----	30
6.	ÉLABORATION DES PROBLÉMATIQUES ET DE LA QUESTION CENTRALE -----	30
6.1	<i>Parent et parentalité</i> -----	30
6.1.1.	Généralités-----	30
6.1.2	Droits et devoirs du parent -----	32
6.1.2.1	Le droit français-----	32
6.1.2.2	Le parent : les obligations légales -----	32
6.2	<i>Repérage des dysfonctionnements interactionnels significatifs et de la maltraitance : la question de l'intuition.</i> -----	32
6.3	<i>La singularité transdisciplinaire du psychomotricien</i> -----	33
6.3.1	Être psychomotricien-----	33
6.3.1.1	Formation initiale-----	34
6.3.1.2	Le champ de compétence-----	35
6.3.1.3	En pratique-----	36
6.3.2	Psychomotricien et transdisciplinarité -----	37
CONCLUSION PARTIE 1 : QUESTION CENTRALE DE LA RECHERCHE -----		38
PARTIE II – ÉTAT DU CHAMP CONCEPTUEL -----		39
7.	INTERACTION EFFICACIEUSE PARENT(S)-ENFANT-----	39
7.1	<i>Développement psychomoteur de l'enfant</i> -----	39
7.2	<i>Interactions : à deux, à trois ?</i> -----	40
7.2.1	Subjectivation et intersubjectivation : les processus engagés dans la construction d'un Moi psychocorporel-----	42
7.2.1.1	Différenciation soi / non-soi : la constitution du soi écologique -----	43
7.2.1.2	Processus de subjectivation et d'intersubjectivation -----	43
7.2.2	Construction psychocorporelle : interactions précoces et processus d'attachement -----	44

7.2.2.1	Les interactions précoces -----	45
7.2.2.2	Les processus d'attachement -----	51
8.	DYSFONCTIONNEMENTS INTERACTIONNELS PARENT(S)-ENFANT-----	52
8.1	<i>Quel point de départ pour ces dysfonctionnements interactionnels ?</i> -----	53
8.1.1	A point de départ du parent -----	54
8.1.2	A point de départ de l'enfant -----	54
8.2	<i>Les comportements parentaux et infantiles observables dans les difficultés interactionnelles</i> -----	55
8.2.1	Les perturbations quantitatives -----	55
8.2.2	Les perturbations qualitatives -----	56
8.3	<i>Lien entre dysfonctionnements interactionnels et maltraitance</i> -----	57
8.3.1	Les dysfonctionnements interactionnels comme manifestation clinique d'une situation de maltraitance -----	58
8.3.2	Les dysfonctionnements interactionnels comme facteur de risque d'une situation de maltraitance-----	59
8.4	<i>Les enjeux du repérage : les conséquences directes et indirectes de la maltraitance</i> -----	59
8.4.1	Enjeux socio-affectifs et comportementaux -----	60
8.4.2	Enjeux physiques -----	60
8.4.3	Enjeux neurobiologiques et cognitifs -----	60
PARTIE III – LA CONDUITE DE LA RECHERCHE : UNE APPROCHE PAR L'ENQUETE -----		62
9.	LE CHOIX D'UN MEMOIRE EN BINOME -----	62
10.	REVUE DE LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE -----	64
10.1	<i>Méta-analyse des outils disponibles</i> -----	64
10.1.1	Grille d'observation Recherche Action Formation – S. Lebovici -----	64
10.1.2	Autres outils -----	66
10.2	<i>Comment la psychomotricité aborde ce domaine ? Et quelle place dans une approche multidisciplinaire ?</i> -----	68
11.	LE QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE-----	69
11.1	<i>Choix du format</i> -----	69
11.2	<i>Choix des destinataires</i> -----	70
11.3	<i>Élaboration du questionnaire et attendus</i> -----	70

11.3.1	Connaître le répondant -----	71
11.3.2	Intuition et exercice professionnel face aux dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant -----	71
11.3.3	La sensibilisation au repérage des dysfonctionnements interactionnels-----	72
11.3.4	Les signes cliniques marqueurs de dysfonctionnements interactionnels -----	73
11.3.5	La connaissance des outils existants -----	73
11.3.6	La suggestion d'un outil transdisciplinaire de « culture psychomotrice » -----	74
PARTIE IV – RESULTATS DE LA RECHERCHE -----		75
12.	DETAIL DES RESULTATS ET PREMIER NIVEAU D'ANALYSE -----	75
12.1	<i>Connaître le répondant -----</i>	75
12.2	<i>L'établissement d'un lien entre dysfonctionnements interactionnels et maltraitance : comparaison entre psychomotriciens et autres professionnels -----</i>	78
12.3	<i>Genèse des ressentis intuitifs quant aux dysfonctionnements interactionnels-----</i>	79
12.4	<i>Analyse du lien entre l'intuition et l'expérience professionnelle-----</i>	80
12.5	<i>Comment les professionnels parviennent-ils à utiliser leur intuition ? -----</i>	81
12.6	<i>L'origine de l'intuition-----</i>	83
12.7	<i>Niveau de sensibilisation au repérage des dysfonctionnements interactionnels -----</i>	83
12.8	<i>Par quel(s) moyen(s) les professionnels sont-ils sensibilisés aux dysfonctionnements interactionnels ?</i>	
	84	
12.9	<i>Les répondants se sentent-ils en capacité d'agir face à une situation de dysfonctionnement interactionnel ? -----</i>	85
12.10	<i>Un bon niveau de sensibilisation permet-il d'agir plus souvent ?-----</i>	85
12.11	<i>Qu'en est-il des professionnels qui déclarent exploiter leur intuition de toutes manières proposées dans le questionnaire ? Est-ce en lien avec leur capacité à agir ? -----</i>	86
12.12	<i>Analyse des signes cliniques par profession-----</i>	86
12.12.1	Les médecins généralistes -----	87
12.12.2	Les infirmiers-----	88

12.12.3 Les kinésithérapeutes-----	89
12.12.4 Les orthophonistes-----	90
12.12.5 Les puériculteurs-trices-----	91
12.12.6 Les psychomotriciens-----	92
12.12.7 Les psychologues-----	93
12.12.8 Les éducateurs de jeunes enfants (EJE)-----	94
12.12.9 Les éducateurs spécialisés-----	95
12.12.10 Les assistants sociaux-----	96
12.12.11 Les auxiliaires de puériculture-----	97
12.13 Les professionnels connaissent-ils les outils existants ?-----	99
12.14 Les professionnels seraient-ils intéressés par un outil de « culture psychomotrice » pour les guider ?	
99	
13. SYNTHÈSE ET ANALYSE GÉNÉRALE-----	100
PARTIE V – DISCUSSION-----	101
14. DIFFICULTÉS DES PROFESSIONNELS FACE À LA MALTRAITANCE ET AUX SITUATIONS À RISQUE DE MALTRAITANCE-----	101
15. PLUS-VALUE PSYCHOMOTRICE ET TRANSDISCIPLINARITÉ-----	103
16. L’OUTIL DE CULTURE PSYCHOMOTRICE-----	104
16.1 Objectifs-----	104
16.2 Contenu et forme de l’outil-----	105
16.3 Les grilles-----	105
16.4 Exploitation des grilles-----	105
CONCLUSION-----	107
BIBLIOGRAPHIE-----	I
TABLE DES ILLUSTRATIONS-----	VIII
ANNEXES-----	X
ANNEXE 1 : LE DÉCRET DE COMPÉTENCE DU PSYCHOMOTRICIEN-----	X
ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRE-----	XII
ANNEXE 3 : DONNÉES DU QUESTIONNAIRE-----	XXI
ANNEXE 4 : HAS : SCHEMA DE PROTECTION DE L’ENFANCE : OUTIL D’AIDE AU SIGNALEMENT DE LA MALTRAITANCE CHEZ LES ENFANTS – ARBRE DÉCISIONNEL-----	XXIII
RESUME-----	XXIV
SUMMARY-----	XXIV

Avant-propos

Nous tenons à informer le lecteur des objectifs que nous avons poursuivis et de nos intentions quant à l'élaboration de ce travail.

Un constat s'impose : la maltraitance infantile constitue un enjeu majeur de santé publique, nous y reviendrons. Dès lors, notre objectif a été de comprendre ce qui conduit à cet état de fait aujourd'hui, et en particulier de comprendre les difficultés qu'éprouvent les professionnels à repérer et prendre en considération les signes avant-coureurs ainsi que les processus qui permettent la prise en charge (prévenir, déceler, traiter) de ces situations.

Nos intentions ont été de participer, à notre mesure comme étudiantes en psychomotricité en fin d'étude, d'une part à l'amélioration et à la réflexion sur ce qui, peut-être, manque au sein des fonctionnements multidisciplinaires. D'autre part, de participer à l'amélioration des moyens qui sont mis à la disposition des professionnels. Il ne s'agit pas d'incriminer les professionnels et les instances concernés mais de comprendre ce qui, aujourd'hui, fait obstacle aux repérages et à la prise en considération de situations à risque ou avérées de maltraitance infantile.

Nous avons fondé notre étude sur notre expérience de stage. C'est une population particulière mais pas singulièrement concernée par les situations de maltraitance. Nous avons essentiellement exploité des données françaises, qu'elles soient des études de santé publique ou épidémiologiques. Ainsi, il n'y a pas de dimension strictement internationale.

Enfin, nous tenons également à informer le lecteur que nous utilisons le masculin général au pluriel par souci de confort de lecture, mais cela ne s'inscrit pas dans une volonté de nier les travaux du Haut Conseil à l'égalité homme-femme sur l'écriture inclusive.

Introduction

Nous sommes Madame DE PINHO CARVALHO Aline-Sarah et Madame DIDELOT LE BODIC Ambre, étudiantes en troisième année de psychomotricité. Pour conclure ces trois années de formation, nous avons fait le choix d'écrire ensemble le mémoire de fin d'étude.

Depuis la première année de formation, nous nous sommes tout particulièrement intéressées à la prise en soin psychomotrice du jeune enfant. L'intervention auprès des tout-petits appelle une approche préventive, mettant en lumière l'importance d'un suivi précoce pour un développement psychomoteur de qualité. Ayant eu l'opportunité d'effectuer notre stage long en binôme auprès de cette population, nous nous sommes tout particulièrement intéressées à l'observation des interactions entre le(s) parent(s) et l'enfant âgé de 0 à 6 ans. En novembre 2021, nous avons reçu une famille à la dynamique particulièrement dysfonctionnante et déstabilisante émotionnellement. Confrontées à de nombreuses questions, nous avons fait des dysfonctionnements interactionnels notre objet de recherche.

Nous avons pour conviction que le repérage des dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant significatifs est primordial dans la prévention de la maltraitance infantile. Cet enjeu sanitaire et sociétal est d'autant plus vif depuis la pandémie de ces dernières années, qui a eu pour effet de restreindre les interactions sociales et d'isoler les familles.

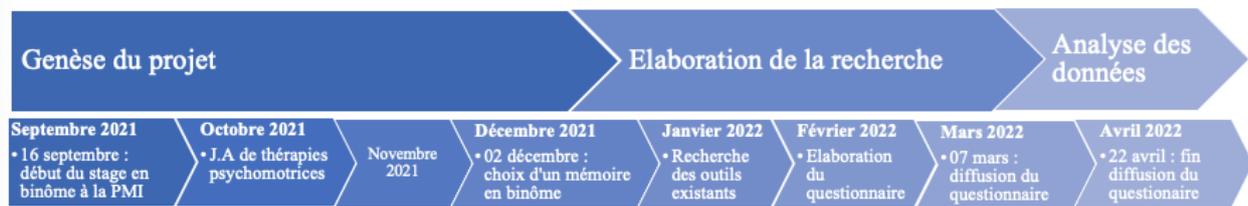
Profession en plein essor, nous pensons que la psychomotricité dispose d'outils conceptuels et théoriques accessibles et compréhensibles par un grand nombre de professionnels de santé, et que le psychomotricien peut être actif dans le cadre de cette démarche qui consiste à déceler pour prévenir et traiter la maltraitance infantile.

Dès lors, *l'approche psychomotrice peut-elle soutenir le repérage transdisciplinaire du risque de maltraitance* ? Dans quelle mesure peut-elle participer à constituer un langage susceptible d'être partagé par tous, transdisciplinaire, au service de cet enjeu majeur ?

Les interrogations et les hypothèses émises seront étudiées par un questionnaire adressé à l'ensemble des professionnels de santé – milieu médical, paramédical et socio-éducatif.

En premier lieu, nous aborderons la genèse de notre projet avec les problématiques qui nous ont traversées et permis d’aboutir à cette question qui nous semble être centrale. Cette partie mettra en lumière l’émergence de notre réflexion en parallèle de notre terrain clinique. La seconde partie est consacrée aux cadres théoriques et conceptuels sur lesquels s’appuie notre recherche. Elle montrera le caractère essentiel des interactions et, par conséquent les répercussions de leurs dysfonctionnements. Puis, nous présenterons une revue d’outils existants quant à l’observation des interactions, ainsi que la conduite de la recherche menée. Enfin, nous exposerons les résultats de notre enquête et les éléments issus de leur analyse avant d’ouvrir sur une discussion.

Nous avons inséré une frise chronologique afin de clarifier nos propos et d’exposer plus en détail la construction temporelle de notre objet de recherche.



Frise chronologique 1 – Vue d’ensemble

Partie I – Genèse du projet – contextualisation et problématisation

1. Rencontre sur les bancs de la fac

Avant d'aborder l'objet de la recherche, il nous paraît essentiel d'évoquer brièvement et chronologiquement le contexte de rencontre de notre binôme. Il nous semble que ce dernier a participé à la construction de nos identités professionnelles ainsi qu'à l'orientation et l'articulation de ce projet. C'est pourquoi nous n'avons pas souhaité dissocier ces deux éléments.

1.1 L'expérimentation psychocorporelle : les études en psychomotricité

1.1.1 Voir « en soi-même »

Actuellement, l'acquisition de compétences dans la construction de l'identité professionnelle du psychomotricien en devenir, passe par l'exploration de son propre fonctionnement psychocorporel. Cette identité se constitue progressivement au cours des études, mais elle n'est pas seulement un catalogue de compétences, une accumulation curriculaire de savoirs et de savoir-faire, mais relève de tout un processus dynamique qui passe par l'exploration de soi couplé à la subjectivité. Ce travail d'aller « voir en soi-même » donne l'opportunité à l'étudiant de prendre contact avec ses éprouvés psychocorporels. A terme, l'équipe pédagogique entend amener l'étudiant à comprendre les différents concepts et à se connaître soi-même par l'émergence de vécus individualisés pour ensuite comprendre ce qui peut se jouer chez l'autre, qui sera un jour un patient. Cela nous contraint à analyser, verbaliser, s'interroger, mais aussi à douter. En réalité, qui songe un jour à voir d'un œil nouveau sa propre construction physique, psychique voire identitaire ? Ces propositions d'apparences anodines, où le rapport direct entre théorie et pratique n'est pas explicitement exposé, peuvent renvoyer à l'histoire personnelle, interroger nos croyances et nos positionnements socio-culturels. Ainsi, les liens théorico-cliniques et clinico-théoriques s'établissent avec plus ou moins de spontanéité, d'aisance et de célérité. Les échanges que nous avons eus, en particulier toutes les deux à ce sujet font partie de ce qui a fondé les bases de notre réflexion clinique psychomotrice et posent les jalons de la constitution de notre binôme étudiant, dans un contexte de découverte et d'expérimentation.

1.1.2 *Émergence de la pensée*

Au cours de ces trois années en psychomotricité, nous avons eu l'opportunité d'entretenir cette complicité, même si cette période a été marquée par les restrictions sociales imposées par le contexte sanitaire. C'est un point qu'il nous est essentiel de développer, car le fait d'être deux au sein d'une relation de confiance permet un échange mais autorise aussi l'émergence d'une distance qui permet d'accepter la pensée de l'autre et les désaccords.

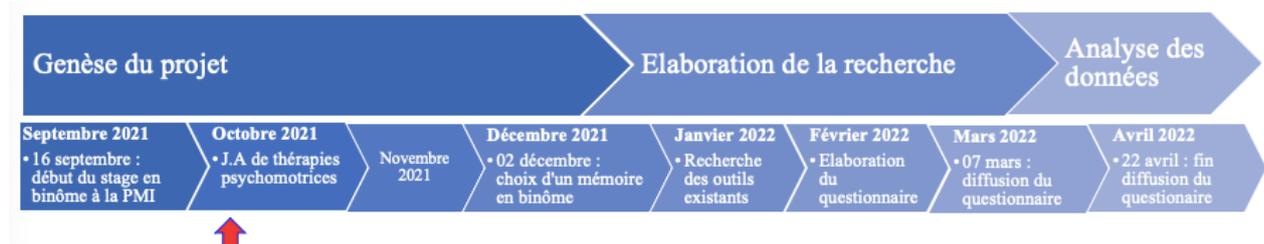
Ces discordances ont introduit de l'espace et du temps entre nous, un décalage qui nous a permis de penser. Il s'est révélé intéressant pour la construction de l'identité professionnelle car, couplé à notre sécurité et tranquillité affective, il a permis la confrontation des points de vue et fait naître un espace de pensées singulières. Si nous étions restées cantonnées à notre amitié et aux concepts psychomoteurs, l'espace de pensées n'aurait pas émergé. C'est pourquoi cette complicité a pris une place à part dans l'élaboration de ce mémoire.

Nous pouvons rapprocher ce processus de celui qui permet au jeune enfant d'enrichir sa pensée dans un espace de séparation-individuation, à la condition qu'il ait été bien « attaché » pour pouvoir se « détacher » du lien fusionnel premier.

1.2 Journées Annuelles de thérapies psychomotrices : octobre 2021

En octobre 2021 se déroulait la 49^{ème} édition des Journées Annuelles de thérapie psychomotrice sur le thème de l'observation et de sa place en psychomotricité. Nous avons eu l'opportunité d'y assister, en parallèle de notre formation initiale, et d'y découvrir la dynamique psychomotrice à plus grande échelle, bien qu'également perceptible au sein de notre institut de formation. Ces journées nous ont davantage ouvertes à l'importance de l'observation et de la nécessité d'objectivation d'une certaine subjectivité dans notre future profession mais également sur l'échange et la transmission entre professionnels, toutes générations confondues. À la suite de cette formation, nous sommes parvenues à plusieurs conclusions. Premièrement, nous étions en accord pour dire que ce congrès a été déterminant dans notre réflexion de projet de mémoire sans en saisir immédiatement tous les aspects, que nous avons plutôt pensés comme individuel à cette date. Deuxièmement, au regard de la richesse des travaux cliniques et de recherches exposés, l'intérêt et la nécessité de faire de la recherche en psychomotricité

afin de comprendre et de tenter de répondre à nos interrogations constituait notre seconde conclusion de ces trois jours.



↑
Frise chronologique 2 – Journées Annuelles de thérapies psychomotrices

2. Protection Maternelle et Infantile : stage d'initiation et d'apprentissage thérapeutique en binôme

2.1 Définition et historique de la Protection Maternelle et Infantile

La Protection Maternelle et Infantile, P.M.I, est un service créé à la suite de l'ordonnance n° 45-2720 du 02 novembre 1945 parue dans le journal officiel de La République Française en date du 05 novembre 1945. Cette décision judiciaire fait suite à un souci d'essor démographique français dans un contexte post Seconde Guerre mondiale. A cette période, la France fait face à une véritable urgence en matière de mortalité infantile : soit quasiment $\frac{1}{4}$ des naissances dans certains secteurs. Ce service, destiné à accueillir les femmes enceintes en prénatal et postnatal ainsi que les enfants âgés de 0 à 6 ans, constitue une nouvelle politique de santé publique. Le service va s'orienter en faveur d'un suivi médical complet et continu jusqu'aux 6 ans de l'enfant, de l'éducation maternelle, de l'utilisation du carnet de santé et en particulier la généralisation de la vaccination.

C'est le 19 juillet 1962 que la P.M.I s'inscrit comme service départemental géré par la Direction Départementale et l'Action Sanitaire et Sociale, D.D.A.S.S, par l'action du décret n°62-840.

Progressivement, ces services publics territorialisés, accessibles sans aucune condition et gratuits, vont accueillir les familles et favoriser les politiques de dépistage, de prévention et faire la promotion de la santé maternelle et infantile.

Plus récemment, la réforme de 2007 réaffirme l'importance de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile. Puis, la loi du 14 mars 2016, loi n°2016-297, insiste sur l'importance de la coexistence des dimensions nationales et locales en termes de

protection de l'enfance. Cette nouvelle loi affirme qu'il est nécessaire de sécuriser le parcours de l'enfant placé sous l'égide de la protection de l'enfance et en particulier d'adapter le statut de l'enfant confié sur le long terme.

Enfin, les activités des services de P.M.I sont déterminées à la fois par les directives sanitaires et sociales nationales mais aussi selon les besoins sanitaires et sociaux spécifiques de la population du secteur dans lequel se situent les centres. Dans ce cadre, il faut pouvoir tenir compte des réalités sociodémographiques et des vulnérabilités particulières des populations au plan local.

2.2 Missions et enjeux du service de P.M.I

La P.M.I répond à de nombreuses missions et obligations légales, inscrites dans une dynamique pluridisciplinaire.

Premièrement, les acteurs sont chargés d'assurer le suivi sanitaire global des enfants jusqu'à 6 ans ainsi que des femmes enceintes. Les acteurs de la P.M.I répondent aux missions afférentes à trois volets. Le premier volet est la protection infantile avec le suivi global de la santé des enfants de moins de 6 ans, la protection infantile et en particulier l'enfant en danger ainsi que le suivi médical des enfants confiés jusqu'à l'âge de 18 ans. Le second volet est la protection maternelle. Les acteurs assurent le suivi des femmes enceintes en prénatal et postnatal. Le dernier volet comporte le planning familial avec l'accès à la contraception et à l'Interruption Volontaire de Grossesse médicamenteuse (I.V.G). Ce volet prend également en considération les violences faites aux femmes.

Deuxièmement, les centres de P.M.I sont agréés pour le contrôle des assistants maternels, tant pour l'accord d'agrément que pour leurs formations initiales et tout au long de la carrière ; pour le contrôle des établissements d'accueil des enfants de moins de 6 ans. Il est à noter que les professionnels peuvent intervenir au sein du centre comme au domicile.

Troisièmement, le centre peut recueillir des informations épidémiologiques en santé publique et participer au traitement de celles-ci.

Enfin, les centres de P.M.I sont un lieu privilégié pour la diffusion de campagnes de préventions médico-sociales. L'article L. 2112-2 du Code de la Santé Publique indique que la P.M.I se doit de « contribuer [...] aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. La P.M.I oriente au cas échéant,

l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées. » Ainsi, la P.M.I peut être perçue comme une « plaque tournante » en orientant les usagers dans le parcours de soin.

Actuellement, le centre de P.M.I offre un service de proximité où les parents sont accueillis, écoutés, accompagnés et soutenus dans leur rôle de parent. La P.M.I assure un soutien à la parentalité, y compris dans des situations particulières complexes ou particulièrement difficiles liées à la migration, la précarité, la situation linguistique, les dysfonctionnements conjugaux ou l'éloignement familial... Autant de facteurs susceptibles de conduire à un isolement social, familial et parental.

2.3 Acteurs des centres de P.M.I

Au sein d'un centre de P.M.I, une équipe pluridisciplinaire de professionnels qualifiés, issus du champ médical, paramédical, psychologique ou social, œuvrent ensemble auprès des familles. Chacun y tient son rôle propre et un réel échange entre ces différents professionnels s'établit.

Certains professionnels sont obligatoirement présents, leur nombre étant même déterminé au regard du nombre de naissances sur un territoire défini (puéricultrice, sage-femme par exemple). D'autres s'ajoutent à cette équipe « de base » en fonction de projets ou de fonctionnements spécifiques à chaque département (psychomotriciens par exemple).

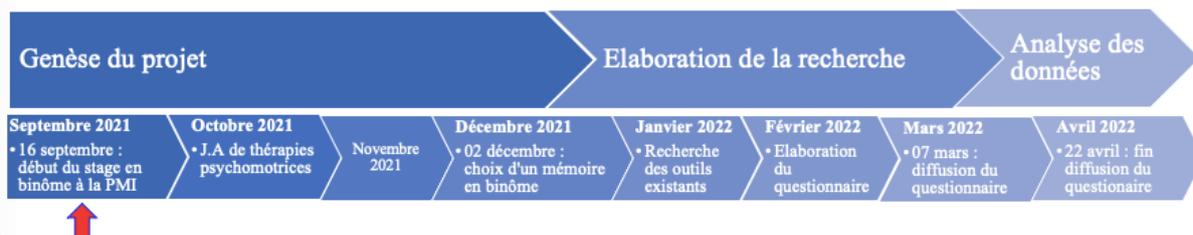
Le travail en équipe s'articule en interne mais également avec les partenaires extérieurs à la P.M.I comme les écoles, les structures de soins telles que le Centre Médico-Psychopédagogique (C.M.P.P) ou encore le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (C.A.M.S.P), ainsi que les médecins et psychologues scolaires.

Cet échange est primordial pour la continuité de l'accompagnement. Il faut pouvoir informer et soutenir les familles dans chacun des milieux dans lesquels elles peuvent être amenées à se trouver et y rencontrer des difficultés.

2.4 Présentation de la P.M.I d'accueil

2.4.1 *Contexte socio-culturel : populations rencontrées*

Nous effectuons l'un de nos stages longs en binôme au sein d'un centre de P.M.I. Ce dernier dépend du conseil départemental de Seine Saint-Denis.



Frise chronologique 3- Début du stage en binôme à la P.M.I

Le centre de P.M.I dans lequel nous effectuons notre stage se trouve au cœur de quartiers dits « sensibles » où résident des personnes aux nationalités, origines géographiques, cultures et religions diverses. Cela constitue un aspect essentiel à prendre en considération afin d’accompagner, le plus justement possible, les familles. En effet, selon les populations, les représentations du soin, de la parentalité, de l’éducation, du handicap ou de la maladie varient considérablement. Cette dimension culturelle renvoie à la fois aux origines ethniques, aux transmissions familiales et au parcours personnel de chaque individu. Ainsi, le champ de l’ethnopsychiatre étudie les « [...] désordres psychiques en fonction des groupes ethniques et culturels auxquels appartiennent les malades » (Le petit Larousse, 2022) et constitue un support d’intérêt dans l’accompagnement des familles suivies au sein du centre de P.M.I.

De surcroît, les familles rencontrées peuvent être confrontées à des situations extrêmement difficiles, associant parfois des parcours migratoires qui peuvent être terrifiants, des conditions de logement et économiques précaires, un isolement social et familial majeur. Les professionnels médico-sociaux ont à prendre ces aspects en considération pour assurer un accompagnement de qualité.

2.4.2 *Locaux et personnels*

Le centre de P.M.I est agencé comme suit : la grande salle d’attente, centrale dans la structure, est également une salle de jeu et un lieu d’accueil. Ainsi, cet espace est le lieu de rencontre privilégié où se rencontrent les différents professionnels, les enfants et les parents. Le bureau médical donne directement sur cette salle d’attente. Autour de cette salle centrale s’articulent les différents espaces de consultation et de travail : cabinets médicaux de protection infantile (pédiatrie) et de protection maternelle (gynécologie médicale et suivi de grossesse), salle de pesée, bureaux des psychologues, de la conseillère conjugale et des puéricultrices. Aux deux extrémités du centre se trouve la salle du personnel (appelée cuisine par l’équipe) et un

petit hall d'entrée qui dessert la salle de psychomotricité, légèrement en marge du reste du centre, puisqu'aménagée dans l'ancien garage à poussettes.

Colorée, cette salle de psychomotricité offre un espace accueillant, ce qui semble primordial pour établir les bases d'une alliance thérapeutique à construire. Cela constitue un point central pour les débuts de l'alliance thérapeutique. En se positionnant sur le pas de la porte, nous distinguons sur la gauche un canapé à disposition des parents. En face, le bureau de la psychomotricienne est positionné devant un grand tableau blanc. De part et d'autre de ce bureau, se trouvent deux tables, de tailles différentes pour s'adapter à la stature des enfants, pour les activités graphiques telles que le dessin ou l'écriture. De surcroît, il est possible de disposer des tapis au centre de la pièce. Enfin, un large lavabo à hauteur d'enfant et plusieurs espaces de rangements sont disposés en périphérie. Nous pouvons y retrouver des modules de motricité globale, un toboggan, des perles, des jeux d'encastrement, des hochets, des puzzles, des jeux symboliques et du matériel sensoriel.

Au sein de cette P.M.I, plusieurs professionnels évoluent ensemble. Il est possible d'y rencontrer d'une part, l'équipe permanente constituée de deux puéricultrices, l'une directrice du centre et la seconde puéricultrice de secteur, ainsi que trois auxiliaires de puériculture. D'autre part, nous retrouvons l'équipe non-permanente qui rassemble une psychomotricienne, deux éducatrices de jeunes enfants, un psychologue, deux médecins de protection infantile, un médecin généraliste, une conseillère conjugale et familiale, un médecin de protection maternelle chargé de la gynécologie médicale et une sage-femme.

2.4.3 Être psychomotricien en P.M.I

2.4.3.1 Le psychomotricien

Je suis psychomotricienne... « *Psycho quoi ?* »

Cette question, bon nombre des psychomotriciens et étudiants en psychomotricité ont dû y faire face. D'ailleurs, il nous semble que cette question soit centrale dans la construction de l'identité professionnelle des psychomotriciens et leur identification par les autres professionnels comme par les patients ou usagers en P.M.I. Effectivement, définir le terme de

« psychomotricien » est complexe. Nous allons donc tenter d'être concises et complètes dans notre définition de cette profession en plein essor.

Professionnel du paramédical et de « la relation humaine » (Potel, 2019, p.16), le psychomotricien intervient sous prescription médicale. Au carrefour d'un grand nombre de disciplines et de courants, comme le biomédicale, les sciences humaines et la psychologie, il peut être amené à exercer auprès de l'enfant prématuré jusqu'à la personne âgée. Ainsi, quel que soit l'âge du patient, sa pathologie somatique et/ou psychique et son étiologie, ou encore ses troubles, le psychomotricien pense le patient dans une dialectique entre l'organisme, comme équipement neurobiologique, et la subjectivité du patient en lien avec son histoire.

Le psychomotricien peut exercer dans différentes structures : en libéral, en milieu hospitalier, en centre de rééducation et de réadaptation, dans les centres médico-sociaux mais également dans les écoles et les entreprises.

Dès lors, entre éducation thérapeutique, prévention, thérapie et rééducation, le psychomotricien intervient lorsque les acquisitions psychomotrices sont retardées, lorsque les fonctions psychomotrices sont perturbées ou encore en présence de facteurs de risque susceptibles de mener à des troubles du développement psychomoteur. Pour cela, il établit un projet thérapeutique raccord au bilan psychomoteur effectué et accompagne le patient dans sa prise en soin au travers de médiations. Jouer, danser, bouger, sauter, tracer, coordonner, imaginer, symboliser et inventer, sont autant de verbes qui définissent les outils thérapeutiques du psychomotricien. La finalité est de soutenir le patient dans sa capacité à percevoir, agir, symboliser, être et être au monde.

2.4.3.2 Psychomotricien et P.M.I

Après avoir défini succinctement le psychomotricien et les soins en psychomotricité, nous allons nous focaliser ici sur ses spécificités en P.M.I. Pour cela, nous prendrons appui sur l'approche du psychomotricien du département de la Seine Saint-Denis.

A la suite des travaux de S. Lebovici à la fin du XXe siècle à Bobigny, le profil de poste de psychomotricien en P.M.I va être élaboré, se déclinant entre trois champs d'activité : un tiers du temps en P.M.I, un tiers formation des professionnels et un tiers intervention en crèche.

En d'autres termes, le premier but du psychomotricien en consultation est la dimension préventive. Or à cette mission première, cède de plus en plus souvent, la place aux activités de dépistage, d'aide au diagnostic et au suivi d'enfants présentant des difficultés de développement de toute nature. A cela s'ajoute l'accompagnement des familles et l'orientation du parcours de soins. En termes de formation des professionnels, le psychomotricien propose d'apporter ses connaissances spécifiques, susceptibles d'enrichir les pratiques des différents professionnels de P.M.I, de crèches ou encore de l'Aide Sociale à l'Enfance, dans des champs liés au développement psychomoteur en particulier, ses déterminants et ses troubles éventuels. Il s'adresse à des professionnels de la petite enfance, mais aussi médico-sociaux (médecins, psychologues... mais aussi assistants maternels ou éducateurs spécialisés par exemple) vis-à-vis du développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant. Enfin, il intervient en crèche pour participer à la réflexion sur les pratiques d'accueil en général (du portage à l'aménagement des espaces, des propositions d'installation au choix des jouets...), pour réaliser des observations d'enfants qui interrogent les équipes ou encore pour soutenir les équipes dans l'accueil des enfants en situation de handicap.

Sur notre lieu de stage, tout comme dans de nombreuses P.M.I, les consultations sont effectuées en présence du (des) parent(s). Plus encore, ils sont acteurs essentiels et déterminants de la prise en soin : ils sont à la fois des destinataires de ce soin en psychomotricité et des partenaires de ce dispositif de soin. Ce type de consultation permet également de proposer un accompagnement adapté aux besoins et aux attentes du (des) parent(s) ; après l'annonce d'un handicap par exemple.

En amont de la prise en soin à proprement parler, le temps de la rencontre est essentiel. En plus d'initier la relation thérapeutique dans une perspective d'alliance, ce premier temps de la prise en soin permet de comprendre la demande, de récolter des informations précieuses quant à l'histoire de vie de l'enfant et de sa famille, leurs conditions de vie, les éventuels antécédents médicaux et familiaux. Il est aussi l'occasion première d'observer les qualités relationnelles et interactionnelles entre le(s) parent(s) et l'enfant.

2.5 Le binôme en stage : regards croisés

Évoluant en binôme au sein de la P.M.I, ce stage a été le noyau de nos interrogations et de notre réflexion, constitutives de notre sujet expérimental.

Nous avons chacune à cœur de réaliser un stage en P.M.I et au sein des quartiers défavorisés depuis la première année de formation. Après l'envoi de nos candidatures respectives, nous avons eu la chance de pouvoir intégrer la structure en binôme. Entretien une relation amicale en dehors, nous avons des appréhensions quant à la réalisation de ce stage. Parviendrions-nous à travailler ensemble ? Allions-nous parvenir à distinguer milieu professionnel et personnel ? Parviendrions-nous à nous accorder dans l'accueil des familles ? Et dans la prise en charge ? Autant de questions qui, finalement, nous ont permis de nous découvrir dans nos postures de futures psychomotriciennes. Puis, notre maître de stage nous a offert un espace dans lequel nous avons pu expérimenter et prendre de nombreuses initiatives.

La situation de binôme apporte de nombreux avantages. En effet, cela nous permet d'échanger instantanément, puis à distance, sur les familles reçues en consultation. Nous pouvons partager aisément nos observations, nos ressentis, nos hypothèses mais aussi nos inquiétudes et nos interrogations. Cette double possibilité d'échange nous semble essentielle, d'autant que les situations rencontrées comportent parfois une charge émotionnelle majeure. Comme psychomotricien nous travaillons avec, comme matériel, notre corps propre, nos émotions, et un certain nombre de situations peuvent avoir un écho intime qu'il est d'autant plus nécessaire de travailler à distance et à plusieurs. Ainsi, ce binôme a-t-il, permis, nous semble-t-il, de faire émerger un espace d'échange et d'élaboration complémentaire à ceux existants avec le maître de stage, les professionnels du centre et dans le cadre de la formation. D'autre part, nous nous sommes confrontées à la question de la légitimité que nous pouvions avoir à accompagner ces familles, et cela à plusieurs titres : d'abord la légitimité en tant que stagiaire mais aussi en tant que non-parent, à accompagner la parentalité. Puis, où sont les frontières de la légitimité quand les représentations culturelles de la parentalité et les modalités éducatives diffèrent tellement d'une famille accueillie à une autre, très souvent d'origine étrangère ou étrangère ? Rapidement, nous avons pu déterminer un premier élément de réponse, qui est garant d'une culture et d'un fonctionnement social commun : celui de la limite exprimée par la loi.

Finalement, ces questions ne sont pas cloisonnées mais interreliées, il est donc d'autant plus nécessaire de pouvoir démêler toutes les difficultés de l'action en binôme.

3. La prévention : concrètement, de quoi parlons-nous ?

La prévention est un terme que nous retrouvons régulièrement aussi bien dans les compétences du psychomotricien, en Protection Maternelle et Infantile, qu'au quotidien. Mais concrètement, de quoi parlons-nous ?

Selon le Dictionnaire Le Petit Larousse (2022), la prévention peut être définie comme l'« ensemble des mesures prises pour empêcher un danger, un mal de survenir », ou encore, l'« ensemble des moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies, ou leurs conséquences à long terme ».

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, O.M.S, (1948) : « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». L'O.M.S distingue trois types de prévention :

La prévention primaire : intervient en amont de l'apparition d'une maladie, d'une situation-problème. Elle vise à diminuer l'incidence¹ au sein d'une population donnée. Elle comprend des actions menées sur les facteurs de risque et la promotion des pratiques favorables à la santé.

La prévention secondaire : intervient au début de la maladie ou de la situation-problème afin d'endiguer son évolution. Elle vise, quant à elle, à diminuer la prévalence² au sein d'une population donnée. Dans cette démarche, elle promeut le dépistage, le diagnostic et le traitement.

La prévention tertiaire : intervient en aval de la maladie ou de la situation-problème. Elle vise à diminuer la prévalence des chronicités ou des récidives au sein d'une population donnée, selon une dynamique médicale, sociale et psychologique.

¹ « Nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population, pendant un temps donné ». (Le Petit Larousse, 2022).

² « Rapport du nombre de cas d'un trouble morbide à l'effectif total d'une population, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens, à un moment ou pendant une période donnée ». (Le petit Larousse, 2022).

Le psychomotricien est habilité à agir dans le champ de prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire, au même titre qu'un grand nombre de professionnels de santé. Prévenir repose sur des actions d'observation, d'information, d'échange et d'accompagnement.

4. La maltraitance infantile

4.1 Définitions

Si nous reprenons nos interrogations évoquées précédemment, la maltraitance infantile constitue l'une de nos problématiques. Le terme de maltraitance est utilisé dans le langage commun, parfois de manière inadaptée ; or sa définition exacte est précise, et son usage lourd de sens.

4.1.1 *Distinction entre violence et maltraitance*

Nous avons remarqué que la distinction entre violence et maltraitance n'est pas systématiquement communément établie dans la société.

Selon le Dictionnaire Le Petit Larousse (2022), la violence peut être définie comme le « caractère de ce qui se manifeste avec une force intense, voire brutale. [Le] caractère de quelqu'un qui est emporté, agressif ; brutalité. [L'] extrême véhémence dans les propos [ou encore [l'] emploi de la force pour contraindre quelqu'un, généralisation de l'abus de la force physique ».

Le même dictionnaire définit la maltraitance comme le « fait de maltraiter un enfant, une personne âgée ou dépendante, etc ; l'ensemble des mauvais traitements eux-mêmes » et le terme de « maltraiter » comme l'action de « soumettre quelqu'un, un animal à de mauvais traitements ; [de] brutaliser [ou encore de] critiquer durement ».

Ainsi, si nous prenons comme point de référence les définitions ci-dessus, la violence n'est pas synonyme de maltraitance bien que ces termes soient étroitement liés. Nous pouvons comprendre la violence comme une des manifestations conduisant à la maltraitance.

Pour le champ qui nous intéresse, nous comprenons de ces définitions que la violence qualifie la nature des activités (actes, pensées, émotions...) d'un individu ou la nature d'une situation alors que le terme de maltraitance permet de décrire la nature de la situation faite à

celui qui y est exposé. Dans cette deuxième définition, la dimension objectale de l'individu maltraité est prégnante. La maltraitance se définit donc à l'interface dans la relation entre celui qui en est l'objet et l'individu, le groupe ou la situation qui la provoque.

« Maltraité » est un participe passé qui renvoie à un état de fait, comme si le « maltraité » ne pouvait agir. A contrario, « maltraitant » est un participe présent qui évoque une actualité, une action immédiate. La dimension objectale de la situation est mise, là aussi, en évidence par la forme qui existe dans la langue française.

4.1.2 Définition de maltraitance infantile

Selon l'O.M.S (2020), la maltraitance infantile :

« Désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, on considère aussi comme une forme de violence de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes. »

Aujourd'hui dans la culture de la protection de l'enfance, l'exposition à la violence conjugale est considérée comme une situation de maltraitance pour l'enfant qu'il en soit témoin ou non. On parle d'ailleurs d'enfant victime ou de co-victime de la maltraitance.

Après avoir éclairci ce point, intéressons-nous à la maltraitance infantile à l'échelle nationale et internationale.

4.2 La maltraitance infantile : états des lieux

4.2.1 En France

Lors de la publication du bulletin épidémiologique en date du 16 octobre 2019, le secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la Santé, Adrien Taquet traite le sujet de l'enfant maltraité. Il déclare : « tant que des enfants continueront à être victimes de

maltraitance, nous continuerons à être coupables de négligence. Il est de notre devoir de nous mobiliser tous ensemble pour que plus aucun enfant n'ait à subir de violence, quelle qu'elle soit ». Ici, A. Taquet met bien en avant cette nécessité d'agir face à la maltraitance infantile, (c'est-à-dire prévenir, repérer, traiter) mais aussi le fait qu'il s'agit bien d'un enjeu de santé publique majeur.

Bon nombre d'entre nous, professionnels de santé ou non, sommes conscients de ce fléau. Pourtant, le problème subsiste en dépit de ce qui est déjà mis en œuvre pour le traiter. Nous nous questionnons sur ce qui fait obstacle. Est-ce un problème de prise de conscience de l'importance du phénomène ? Est-ce à relier à un déficit de formation des professionnels en termes de conséquences pour l'enfant, à un manque de moyens ou d'outils pour dépister et traiter de telles situations ?

Nous avons consulté et exploité plusieurs articles afin de collecter les données épidémiologiques (fréquemment estimées plutôt que relevées) en matière de maltraitance infantile. Les résultats sont édifiants à plusieurs titres. Premièrement, il semble ne pas exister actuellement de données exhaustives et nationales qui permettent une documentation épidémiologique fiable. Deuxièmement, la probabilité que les chiffres soient sous-estimés est forte car ceux-ci ne peuvent seulement transcrire les maltraitances infantiles portées à la connaissance des services de police, de justice, de protection infantile et de la jeunesse. Enfin, les chiffres communiqués ne renseignent pas systématiquement sur la sévérité des maltraitances ni sur des données telles que le profil psychosocial et le milieu de vie des familles concernées.

Nous vous présentons ci-dessous les données que nous avons estimé pertinentes de partager dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire :

Selon l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance, O.N.P.E, le nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une prestation ou une mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance en France et outre-mer (hors Mayotte) est estimé à 312 500. Cela représente 21,7% des mineurs, soit quasiment $\frac{1}{4}$ des mineurs au 31 décembre 2019. Cette estimation s'appuie sur les données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (D.r.e.e.s), de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (D.P.J.J) et du ministère de la justice pour l'activité civile des tribunaux pour enfants. Cependant, ces mesures ou prestations peuvent être posées avec l'accord voire à la demande des familles mais aussi pour soutenir des populations à risque : mères-adolescentes par exemple.

De plus, toujours selon l'O.N.P.E, 94 mineurs ont été victimes d'infanticides en 2019 dont 53 dans le cadre intrafamilial sur le territoire français. Il est à noter que ce chiffre est, sans-doute, très sous-estimé. D'autre part, cette qualification d'« infanticide » ne reflète pas la réalité

des enfants qui décèdent des suites de la maltraitance intrafamiliale : certains décès sont qualifiés d'accident domestique par exemple.

Enfin, il nous paraît important de rappeler ici que plusieurs plateformes et services (cf annexe 4) sont à disposition du grand public et des professionnels en matière de maltraitance : nous retrouvons l'O.N.P.E, la Haute Autorité de Santé (H.A.S), l'O.M.S, la Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (C.R.I.P) lieu de signalement et de conseil pour les professionnels, et le 119 qui permet de joindre le Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger (S.N.A.T.E.D). Ce numéro d'urgence est largement diffusé et affiché au grand public ainsi qu'au sein des établissements d'accueil des jeunes enfants. Toutefois, après les échanges que nous avons pu entretenir cette année, les champs d'action de cette plateforme ne sont pas explicites. D'ailleurs, il est vrai que nous-même avons mis quelques semaines avant de la remarquer sur nos lieux de stages respectifs.

Nous venons d'exposer la situation française en matière de maltraitance infantile ainsi que les plateformes et services engagés dans la lutte contre celle-ci. Or, qu'en est-il à l'international ?

4.2.2 A l'international

Les recherches menées quant à la prévalence des maltraitements infantiles mettent en évidence que très peu de pays dans le monde sont en mesure de chiffrer exhaustivement la fréquence et la nature de ces maltraitements au sein de leurs populations respectives.

Nous avons choisi de partager les chiffres publiés par l'United Nations International Children's Emergency Fund (U.N.I.C.E.F). Ces chiffres montrent qu'en 2017, $\frac{3}{4}$ des enfants âgés de 2 à 4 ans à travers le monde, soit environ 300 millions d'enfants, ont été ou sont victimes d'agressions psychologiques et/ou de punitions physiques au sein de leur foyer. De plus, selon les données recueillies de 30 pays, environ $\frac{6}{10}$ enfants âgés de seulement 1 an sont victimes de violences éducatives. C'est-à-dire que quasiment $\frac{1}{4}$ des enfants de cet âge sont secoués pour être punis et $\frac{1}{10}$ sont giflés, frappés au visage.

Enfin, $\frac{1}{4}$ des enfants de moins de 5 ans ont une mère victime de violence conjugale. Ils sont donc des victimes conjointes de ces violences.

4.3 Les types de maltraitements infantiles

Le terme de maltraitance englobe plusieurs aspects. Le ministère des Solidarités et de la Santé (2018) en évoque les principaux.

Les maltraitements physiques peuvent se définir comme étant tout usage de la force ou bien toutes les violences physiques exercées contre l'enfant. Ces violences engendrent des séquelles somatiques à la sévérité variable sur l'enfant ; en plus de l'impact psychoaffectif. A titre d'exemple, nous pouvons citer plusieurs actes qui relèvent de maltraitements physiques : frapper, secouer, étouffer ou encore empoisonner.

Les maltraitements psychologiques peuvent parfois être qualifiés de violences morales. Nous pouvons inclure dans les maltraitements psychologiques : les insultes, les dévalorisations, les humiliations, les menaces, les intimidations, à l'égard de l'enfant, etc.

La maltraitance psychologique désigne la nature de ce qui va être fait à l'enfant. La maltraitance physique est la nature de ce sur quoi ça va agir.

Les maltraitements sexuels recouvrent à la fois une dimension physique et psychologique. Ce sont des actes sexuels commis avec violence, contrainte, menace ou surprise. Toutefois, il est à noter qu'il n'y a pas de notion de consentement chez les enfants de moins de 15 ans. Ces maltraitements englobent les agressions sexuelles tel que le viol. Ce dernier se caractérise par un acte de pénétration sexuelle qu'elle soit vaginale, anale ou buccale. De plus, nous pouvons retrouver également les mutilations sexuelles, la prostitution de mineurs, la pédopornographie ainsi que la corruption de mineur dont l'exposition à la sexualité parentale.

D'autre part, nous pouvons évoquer l'exposition à la violence conjugale. Au même titre que la corruption de mineur et que la pédopornographie, rendre témoin l'enfant d'actes à caractère sexuel et/ou violent peut être la source de séquelles potentiellement graves. Ces scènes traumatisantes ne permettent pas une construction psychique intersubjective équilibrée et un développement psychoaffectif harmonieux chez l'enfant. De surcroît, dans le cadre des

violences conjugales, la violence est régulièrement faite aussi à l'enfant. Le ministère des Solidarités et de la Santé déclare :

« 143 000 enfants vivent dans un foyer où une femme a déclaré être victime de violences commises par son conjoint ou son ex-conjoint, qu'elles soient physiques et/ou sexuelles. 42 % de ces enfants ont moins de 6 ans. En 2015, 35 enfants ont été tués dans le cadre de violences au sein du couple. 96 enfants sont devenus orphelins suite à des homicides au sein du couple, et 68 étaient présents sur la scène de l'homicide. »

Les violences administratives consistent à soustraire ou détruire les documents administratifs d'une personne. Par exemple, suppression ou destruction des documents relatifs à l'identité de l'enfant, carte d'identité, carte vitale, ... Les violences économiques sont un contrôle excessif financier menant progressivement à une perte totale de l'autonomie financière pour la victime. Ces violences sont davantage associées aux violences conjugales. Or, l'enfant du couple est toujours impacté. Pour illustrer, nous pouvons donner l'exemple de restriction de l'achat de vêtements ou de nourriture pour l'enfant par la restriction financière du conjoint. Il faut également savoir que ces violences peuvent persister après la séparation du couple avec notamment l'exemple de la pension alimentaire.

Pour conclure sur les types de maltraitances, nous allons évoquer les carences primaires et secondaires. Nous regroupons sous ce terme les négligences physiques, émotionnelles et affectives. Effectivement, ces négligences, qu'elles soient intentionnelles ou non, sont également une forme de maltraitance car elles sont susceptibles de mettre en jeu la vie, la sécurité et le développement de l'enfant. Toujours d'après le ministère des Solidarités et de la Santé, les négligences sont infligées par la personne responsable de l'enfant. Elles regroupent la privation des actes vitaux pour l'enfant ou bien tous les aspects qui participent à son bon développement tel que l'alimentation, le sommeil, les soins et l'hygiène, y compris son éducation. Tous les types de maltraitances peuvent être source de nombreuses conséquences somato-psychologiques aux sévérités variables et sont punis par la loi.

« La violence envers les enfants, perpétrée par des adultes au sein de la famille, est l'une des formes les moins visibles de maltraitance d'enfants, car elle se produit le plus souvent dans l'intimité de la vie domestique, mais elle n'en est pas moins largement répandue dans toutes les sociétés. » (OMS, 2007, p.7).

4.4 Psychomotricien et maltraitance

Nous l'avons évoqué précédemment, le psychomotricien peut être amené à exercer auprès de jeunes enfants. Dans le cadre de son exercice professionnel, il peut intervenir dans des actions de dépistages et de transmissions ou dans le cadre du suivi des enfants dont la situation de maltraitance a été avérée.

Dans ce contexte, le psychomotricien, comme tout citoyen soumis à la loi française, est soumis à une obligation légale de signaler un mauvais traitement comme l'indique l'article 434-3 du Code Pénal :

« Le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000€ d'amende. »

Certes le psychomotricien est, comme de nombreux professionnels, soumis au secret. Néanmoins, l'article 226-14 du Code Pénal stipule que la levée du secret médical est possible pour informer les instances habilitées à agir dans le cas de sévices portés à un mineur, lorsque l'enfant est en danger ou risque de l'être. De plus, cet article précise que cette obligation s'applique pour toute « personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ».

Il nous paraît tout à fait essentiel de rappeler que, d'un point de vue biologique, un être humain naît, grandit et vit selon son environnement tout en s'adaptant à celui-ci. Régis Soppelsa et Jean-Michel Albaret (2015), rappelle qu'« un être vivant est adapté à un milieu lorsqu'en face de ce milieu, dit encore situation, il est capable de fournir une réponse adéquate ou adaptée. L'individu, le milieu et la réponse sont trois éléments indissociables. » (p.1). Un enfant ne peut aucunement construire son identité seul et indépendamment de son environnement tant matériel qu'humain.

5. Dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant

Nous avons brièvement évoqué les dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant. Mais concrètement, qu'entendons-nous par-là ?

Nous définissons les dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant comme étant toutes les formes depuis les troubles significatifs des interactions jusqu'aux maltraitances avérées. Sous le terme de maltraitances nous regroupons l'ensemble des formes précédemment abordé.

Les troubles des interactions sont des difficultés dans la relation parent-enfant ; ces interactions s'inscrivant dans une réciprocité. Les troubles des interactions peuvent émerger depuis la mère, le père, l'enfant, présentant des difficultés intrinsèques, ou uniquement depuis la relation. Ce qui est au départ de cette spirale pathogène est parfois difficile à déterminer quand le trouble interactionnel est installé. Lorsque le milieu familial répond de façon dissonant, insuffisant ou maltraitant aux besoins de l'enfant, les interactions sont perturbées à des niveaux de sévérité divers et génèrent des conséquences dans les différents champs du développement de l'enfant : psychoaffectif, psychomoteur, psychique, intellectuel, etc. De plus, ces troubles des interactions peuvent évoluer en maltraitance ou en être le signe lorsqu'elles sont déjà vécues par l'enfant.

6. Élaboration des problématiques et de la question centrale

6.1 Parent et parentalité

6.1.1. Généralités

Au fil des rencontres avec les parents de nos patients, nous nous sommes longuement interrogées : quelles sont les fonctions parentales qui sont indispensables au bon développement de l'enfant ? Laquelle de ces fonctions devons-nous mettre en place dans la prise en charge psychomotrice parent(s)-enfant ? Finalement, comment cet accompagnement à la parentalité fait-il partie des processus thérapeutiques en prise en charge psychomotrice ? Quelle est la place du parent vis-à-vis de l'enfant ? Quel espace lui accorder dans la prise en charge ? Quel est son rôle ? Et finalement, qu'est-ce que la parentalité ?

Les termes de « parent » et « parentalité » sont diversement définis. Si nous nous intéressons à la définition de la parentalité nous pouvons la définir comme telle :

« l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leurs enfants à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique. C'est un processus maturatif ». (Lamour & Barraco, 1998, P.26).

Devenir parent relève de constructions relativement complexes et intriquées entre des transmissions culturelles, des transmissions familiales et une histoire propre : nous devenons parent avec l'enfant que nous avons été et les parents que nous avons eus. De plus, les interactions parent(s)-enfant alimentent ce processus maturatif tout au long de l'enfance de l'enfant et elles permettent de grandir comme parent en même temps que l'enfant grandit. Effectivement, ce processus maturatif n'est pas du seul ressort du parent : le bébé est équipé dès sa naissance à une appétence pour la relation. Il participe alors aux premiers liens d'attachement et le parent est en quelque sorte « parentalisé » par son enfant (Solis-Ponton, 2001). Sans cette relation, l'enfant meurt.

Lorsque des dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant sont repérés, le parent peut rapidement être désigné comme un « mauvais parent » ou un « parent défaillant » et culpabiliser, alors même que le point de départ de ce déficit interactionnel peut être variable. Ce n'est pas une responsabilité unilatérale : cette spirale pathogène qui s'est mise en place est complexe.

Cependant, les professionnels semblent redoubler de vigilance ces dernières années quant à leur volonté de ne pas culpabiliser les familles, ce qui peut donner lieu à des attitudes paradoxales : ils n'osent pas forcément pointer les difficultés interactionnelles bien qu'ils en aient conscience. Enfin, l'idée même que l'enfant soit toujours mieux auprès de ses parents, persiste auprès de beaucoup de professionnels. Or, ce n'est pas le cas dans le cadre des maltraitances chroniques avérées : ces troubles de la relation majeurs devraient entraîner le placement de l'enfant auprès d'un dispositif de protection de l'enfance. Mais cela relève également d'une question sociétale.

6.1.2 Droits et devoirs du parent

6.1.2.1 Le droit français

Pour rappel, le droit français est un droit civil imposé par l'État. La règle de Droit, se définissant comme toutes les règles juridiques s'imposant à chaque citoyen sans distinction, est générale, obligatoire et coercitive. Toutefois, il y a la primauté de l'Union Européenne (U.E), c'est-à-dire que la réglementation européenne surplombe celle de la France.

6.1.2.2 Le parent : les obligations légales

Bien que le parent puisse mener l'éducation de son enfant à partir de ses convictions et de ses représentations personnelles, il n'est pas complètement exempt d'un cadre légal. L'article 371-1 du Code Civil stipule que l'autorité parentale regroupe l'ensemble des droits et des devoirs qui doivent toujours être exercés dans l'intérêt de l'enfant jusqu'à sa majorité ou son émancipation. Cette obligation doit permettre d'assurer la sécurité de l'enfant, sa santé physique et psychique, sa moralité, son éducation ainsi que son bon développement dans le respect de sa personne.

Cet article indique également que « l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques ». En effet, depuis le 02 juillet dernier, la loi interdit les violences dites « éducatives ordinaires », car elle reconnaît l'impact nocif sur les enfants. En d'autres termes, cette loi interdit par exemple la fessée. Cette loi s'inscrit dans une politique globale qui tend à vouloir faire disparaître l'usage des châtiments corporels et à promouvoir les méthodes éducatives non-violentes. En vertu du fait que, quel que soit son degré, son motif ou sa récurrence, la violence ne peut servir de base à l'éducation. Cela marque un tournant en droit français.

6.2 Repérage des dysfonctionnements interactionnels significatifs et de la maltraitance : la question de l'intuition.

Il nous est arrivé comme stagiaire au centre de P.M.I, comme à d'autres professionnels, d'éprouver l'intuition qu'il fallait agir auprès d'une famille en difficulté. L'intuition que,

malgré les apparences, la famille était plus en difficulté que ce qu'elle voulait bien montrer. L'intuition qu'il pouvait exister des violences domestiques, conjugales ou intrafamiliales. L'intuition qu'il existait des dysfonctionnements interactionnels majeurs ou peut-être même une situation de maltraitance dans certaines familles que nous avons reçues.

Pourquoi parlons-nous d'intuition ?

Selon le Dictionnaire Le Petit Larousse (2022), l'intuition est la « perception immédiate de la vérité sans l'aide du raisonnement. Faculté de prévoir, de deviner ; prémonition ».

Nous nous sommes demandé d'où venait cette intuition ? Et comment en faire éventuellement une donnée objectivable ?

Faute d'objectivation, la difficulté est de travailler à partir de cette matière dans l'échange avec les autres professionnels comme pour le traitement de la situation. Cette objectivation d'éléments très subjectifs que nous pouvons éprouver face à une famille est pourtant indispensable au traitement de ces situations depuis l'échange avec le parent, avec les autres professionnels jusqu'à l'éventuelle rédaction d'une Information Préoccupante, I.P.

Ce qui est de l'ordre du ressenti, est un exercice difficile pourtant notre formation nous y a engagés ; nous l'avons évoqué au début de ce travail.

Nous nous sommes demandé de quoi cette « troublante petite voix », ce « savoir sans savoir pourquoi » (Cécile Lecointre, 2020) était fait ? Cette intuition est-elle présente chez tous les professionnels et ce de manière équivalente ? Qu'en font les différents professionnels ? De quelle manière et sous quelle forme parviennent-ils à l'objectiver ? De quelle nature était cette intuition professionnelle ? S'attache-t-elle à un morceau de la personnalité ou est-elle plutôt le fruit d'un apprentissage professionnel plus ou moins conscient ?

6.3 La singularité transdisciplinaire du psychomotricien

6.3.1 *Être psychomotricien*

Nous avons vu précédemment le rôle du psychomotricien. Voyons en quoi consiste sa formation initiale.

6.3.1.1 Formation initiale

C'est une formation accessible à tout candidat disposant d'un baccalauréat français ou d'un diplôme équivalent. Jusqu'en 2019 l'accès se faisait sur concours – de nombreux candidats préparant ce concours par le biais d'une classe préparatoire spécifique, de la Première Année Commune aux Études de Santé (P.A.C.E.S.) ou encore d'une licence de psychologie. Depuis 2019, le recrutement se fait via la plateforme Parcoursup : certains Instituts de Formation en Psychomotricité (I.F.P) ayant conservé un concours d'entrée, d'autres procédant à une sélection sur dossier et/ou entretiens oraux.

Pour le contenu de la formation initiale, il existe un référentiel commun à tous les IFP mentionnant les enseignements obligatoires et le volume horaire qui leur est consacré. En parallèle, chaque IFP développe une politique d'enseignement aux orientations différentes qui varie d'un institut de formation à l'autre. Les enseignements magistraux sont variés : anatomie, anatomie fonctionnelle, neuroanatomie, physiologie, psychiatrie, psychologie, neuropsychologie, neuropédiatrie, pathologies médicales, pédagogies, santé publique, psychomotricité et développement psychomoteur. Les travaux dirigés se composent quant à eux de pratiques allant de la pratique corporelle à la relaxation en passant par des enseignements spécifiques vis-à-vis d'une population donnée.

De la même manière que pour les enseignements, la nature des stages et leur volume horaire sont déterminés par ce référentiel commun avec des stages longs libres – une année universitaire – et des stages courts imposés comme en structure de petite enfance, en école maternelle, en psychiatrie adulte, en gériatrie ou encore en neurologie. Au terme de ces trois années, l'étudiant doit valider 800 heures de stage.

La psychomotricité est une discipline dont l'exercice professionnel dépend de l'obtention d'un diplôme d'état. La formation initiale conduisant à ce diplôme est au minimum de trois années, à l'issue desquels le psychomotricien peut exercer en libéral ou en institution. Néanmoins, la formation du psychomotricien doit se poursuivre tout au long de la carrière (formation continue). Compte-tenu de l'évolution des connaissances et des recherches dans les différents champs concernés, il est essentiel que les psychomotriciens poursuivent leur formation. C'est une obligation d'entretenir ses connaissances d'après l'article L. 4021-1 du Code de la Santé Publique. De nombreuses associations, syndicats et structures divers proposent des formations transdisciplinaires ou spécifiques au métier.

Comme pour de nombreuses formations paramédicales à type de diplôme d'état, une réingénierie couplée à l'universitarisation des formations a été engagée et conclue pour de nombreuses professions. Elle est encore en cours pour le diplôme d'état du psychomotricien avec, pour un certain nombre d'acteurs professionnels, le souhait que la durée d'étude passe de 3 à 5 ans et permettent d'obtenir une équivalence universitaire de type master même si ce point fait encore l'objet de discussion et d'orientations diverses.

6.3.1.2 Le champ de compétence

Le soin en psychomotricité est encadré par un décret de compétence³ qui en circonscrit l'activité même si son ancienneté ne prend pas toujours en considération l'évolution médicale et thérapeutique. La réalité actuelle des perspectives d'exercice semble s'élargir et relever d'une complexité que ne reflète pas la catégorisation proposée par le Décret n°88-659 du 06 mai 1988, le psychomotricien peut faire passer un bilan psychomoteur, prendre en charge l'éducation précoce et les stimulations psychomotrices. De plus, il est en capacité de mener la rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants* au moyen de techniques tels que la relaxation dynamique, l'éducation gestuelle, l'expression corporelle, les activités rythmiques ou encore le jeu :

*Retards du développement psychomoteur, troubles de la maturation et de la régulation tonique, troubles du schéma corporel, troubles de la latéralité, troubles de l'organisation spatio-temporelle, dysharmonies psychomotrices, troubles tonico-émotionnels, maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies, débilité motrice, inhibition psychomotrice, instabilité psychomotrice et troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.

La formation du psychomotricien est étayée sur de nombreuses disciplines relevant des sciences médicales, des sciences humaines couvrant des champs variés allant de la physiologie à la psychologie, de la psychanalyse aux neurosciences. Par nature, le psychomotricien est donc tout à fait singulier dans son approche mais reste transdisciplinaire par son étayage.

Le psychomotricien « entend et il voit ce que d'autres professionnels ne peuvent pas voir de la même manière ». « L'analogie est facile avec l'astronomie. En dehors du monde

³ Cf. Annexe 1

visible, on peut observer l'univers avec, par exemple, un télescope à infrarouge ou à rayon X ». (Pireyre, 2021, p.221).

6.3.1.3 En pratique

- Le corporel, le psychique, le psychomoteur

« Le corps [...] comprend bien sûr les structures anatomiques et leur organisation, mais aussi leur intégration dans le mouvement et la relation, ainsi que la représentation et la conscience que chacun en construit. Il s'agit donc d'un corps mouvant, relié, expressif, support d'une identité, abordé et travaillé dans le cadre global de l'étayage mutuel corps-psychisme. » (Lesage, 2019, p.10).

« La psychomotricité est une approche globale du fonctionnement de l'Homme, qui articule ses composantes neurologiques, physiologiques, sensorielles et psychiques avec ses expériences dans son environnement, tant matériel qu'humain. » (Pavot-Lemoine, 2019, p.13) Elle considère donc le Corps non pas seulement comme un objet anatomique mais comme une entité complexe : corps en émotion, corps en relation. L'Homme va progressivement développer sa conscience propre et avoir conscience de l'autre. Il va aussi avoir conscience qu'il est sujet et qu'il a la capacité d'agir sur son environnement. Cela est possible grâce aux expériences sensorielles et motrices qui se déroulent dans la relation à l'autre. C'est un modèle de compréhension en forme d'étayage.

- Savoir, savoir-faire, savoir-être

L'exercice de la psychomotricité comprend des dimensions de savoir, savoir-faire et savoir-être.

Dès la formation initiale en psychomotricité, ces trois aspects indispensables à l'exercice professionnel, vont être transmis : des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être intriqués et tissés les uns avec les autres au sein du programme d'enseignement. Un certain nombre de cours magistraux relève de la transmission de savoirs empiriques, comme la physiologie ou bien l'anatomie. « Ils sont essentiels et permettent toutes les bases de penser et des connaissances. » (Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019, p.501) Mais dans bien d'autres des enseignements magistraux ou clinico-théoriques, ces trois volets sont difficiles à distinguer.

En effet, les savoir-faire et savoir-être sont des savoirs acquis par la dynamique de l'étudiant. Il est l'acteur dans la conquête progressive de ses compétences – accompagner par

le corps enseignant. Cette conquête active est principalement mise au travail sur le terrain clinique de stage.

Le savoir-être est investi de manière singulière. Il relève d'un champ particulier de l'identité professionnelle avec une plus grande variabilité.

Actuellement, ces termes tendent à être nommés : connaissance, habilité et attitude.

6.3.2 Psychomotricien et transdisciplinarité

Nous retrouvons fréquemment l'idée que le psychomotricien intervient dans une équipe pluridisciplinaire que nous pouvons aussi, quelquefois, nommer multidisciplinaire. Quant à la discipline, la psychomotricité renvoie parfois à des questions d'interdisciplinarité et de plus en plus à la transdisciplinarité. Il nous faut aujourd'hui en comprendre les distinctions. Dès lors, selon le Dictionnaire Le Petit Larousse (2022) : la multidisciplinarité est synonyme de pluridisciplinarité qui peut se définir comme suit : « qui concerne plusieurs disciplines. » L'interdisciplinarité se définit comme toute chose « qui établit des relations entre plusieurs sciences ou disciplines ». Enfin, la transdisciplinarité définit ce « qui dépasse les cloisonnements entre les disciplines ».

Cette notion de transdisciplinarité nous intéresse tout particulièrement. Le psychomotricien est dans un exercice interdisciplinaire : en établissant en permanence des relations d'étayage entre les différents champs. Le résultat qu'il obtient, son savoir, sa façon de penser et d'aborder les choses, fait qu'il est fondamentalement transdisciplinaire car il peut dépasser les cloisonnements entre les différentes disciplines et les différents métiers. Ces notions issues de différents champs sont intégrables et utilisables par les autres professionnels. Même s'ils n'en deviennent pas les spécialistes ils peuvent les comprendre. Quels sont les intérêts concrets de cette possible transdisciplinarité ? Pour autant, cette qualité de transdisciplinarité n'enlève rien à la spécificité de l'approche du psychomotricien. Parfois, cela peut interroger les autres professionnels du soin quant à la corrélation entre différents métiers. Ils peuvent également être en difficulté pour identifier le champ de pensée théorique et le champ d'exercice professionnel du psychomotricien.

En échangeant avec Madame Vachez-Gatecel, elle nous a permis de comprendre que « le psychomotricien est un généraliste des paramédicaux ». N'est-il pas finalement le

généraliste des professionnels du soin ? Le psychomotricien peut-il être une trame permettant de tisser les différents écheveaux qui sont issus des différentes approches professionnelles ?

Conclusion partie 1 : question centrale de la recherche

Tout au long de cette partie, nous avons retracé l'ensemble des interrogations qui ont pu nous traverser dans la construction de ce travail de recherche. Nous pouvons en établir la question suivante qui semble centrale : *L'approche psychomotrice peut-elle soutenir le repérage transdisciplinaire du risque de maltraitance ?*

Partie II – État du champ conceptuel

« ... la psychomotricité étudie le développement de manière globale, et prend en considération ses dimensions toniques, posturales, motrices, relationnelles, cognitives... Comme « généralistes » du développement, nous avons à nous intéresser aux multiples dimensions de la construction d'un enfant, et à en questionner les intrications et les liens d'étayage ». (Pavot-Lemoine & Devanne, 2022).

7. Interaction efficiente parent(s)-enfant

7.1 Développement psychomoteur de l'enfant

Le psychomotricien comprend la dynamique développementale du jeune enfant à partir de différents appuis conceptuels articulés avec l'étude de son développement psychomoteur. Le développement psychomoteur décrit l'ensemble des acquisitions que l'enfant réalise à partir du couplage perceptivo-moteur, de son expérience dans les interactions qu'il entretient avec son environnement humain et matériel ; interactions qui se déroulent dans des cadres spatio-temporels donnés.

La description du développement psychomoteur de l'enfant se fait en nommant des tranches d'âge moyennes correspondant à des acquisitions. Cependant, ces tranches d'âge restent larges car nous devons prendre en compte les particularités individuelles du développement. Ce n'est qu'en dehors de cette tranche d'âge que nous pouvons qualifier de physiologique, qu'un retard, trouble ou dysfonctionnement est étudié.

Le développement psychomoteur d'un individu dépend des interactions entre son équipement neurologique, sa sécurité affective et les expériences qu'il va faire dans son environnement tant matériel qu'humain. En d'autres termes, il dépend de facteurs génétiques, environnementaux et contextuels : « [...] les différences de culture et/ou de milieu social agissent sur la trajectoire développementale des individus. » (Miermon et al, 2015, p.18). Dès lors, nous comprenons que le climat intrafamilial est bel et bien partie prenante dans la dynamique processoriale du développement. La psychologie du développement reconnaît les

aspects sociaux comme étant des éléments fondamentaux dans le développement psychomoteur. Plusieurs auteurs ont écrit à ce sujet : Wallon, Bruner ou encore Vygotski décrivent le tout-petit comme étant avant tout un être social qui « apprend » de ses relations. Cette approche nous permet de déterminer que les interactions parent(s)-enfant sont essentielles à un développement de qualité.

Les interactions parent(s)-enfant ne constituent pas un échange figé mais au contraire s'inscrivent dans une co-construction progressive et interdépendante. Les liens psychomoteurs relèvent d'un tissage entre les différentes fonctions psychomotrices, sur les plans sensoriels et perceptifs, toniques, affectifs et représentatifs. Plus encore, il s'agit d'un étayage par lequel l'enfant va progressivement habiter son corps, corps en mouvement, corps en relation. Le regard du psychomotricien considère :

« l'intégration et la coordination des schèmes moteurs fondamentaux qui assurent la compréhension du schéma corporel ; les réactions automatiques du système nerveux autonome qui permettent l'adaptation du sujet à son environnement ; et les interactions avec autrui et l'environnement basées sur un dialogue tonique à travers les échanges corporels, émotionnels et langagiers. » (Robert-Ouvray, 2022, p.52).

A elles seules, les interactions sociales – et en particulier parent(s)-enfant – ne suffisent pas à animer cette dynamique développementale. Cependant, elles alimentent de manière essentielle la qualité du développement psychomoteur. « Ainsi, la relation à l'autre agirait comme un catalyseur ». (Pavot-Lemoine, 2018, p.84). De quelle nature ces interactions sont-elles ? Quels sont les processus en jeu dans la dynamique développementale ?

7.2 Interactions : à deux, à trois ?

Dans les champs conceptuels et théoriques, nous retrouvons souvent le terme de « mère ». Ce mot sera ici employé au sens de la personne qui s'occupe de l'enfant. Les interactions peuvent se considérer entre la mère et l'enfant, entre le père et l'enfant mais aussi au sein de la triade.

Aujourd'hui, compte-tenu des diversités des familles, il faut considérer que les situations peuvent être très diverses.

Il existe des liens d'attachement premiers qui s'établissent de manière duelle avec la mère et le père alternativement. Dans la littérature, une hiérarchisation de ces liens est décrite, qui comprend un partenaire privilégié nommé figure d'attachement primaire. Cette relation entre les deux partenaires permet l'émergence d'un espace intersubjectif unique et cinétique. La triangulation relationnelle est permise par le troisième partenaire et crée un espace particulier de par la séparation partielle qu'elle induit, autorisant une modalité différente.

« Winnicott débute souvent ses interventions par une célèbre affirmation : " Un bébé ça n'existe pas. " Seul, sans environnement soutenant, porteur, un bébé ne peut pas vivre. » (Harrus-Révidi, 2006, p.31). Les interactions parent(s)-enfant débutent dès les premiers instants de la vie du tout-petit, et même pendant la période anténatale.

Processus d'interdépendance et de réciprocité, les interactions sont un ensemble de phénomènes dynamiques et multidirectionnels qui constituent l'essentiel du lien entre le jeune enfant et ses partenaires. Elles autorisent les processus d'attachement et influencent leur nature. L'harmonie, la contingence des affects et des relations vont permettre, progressivement, à l'enfant de constituer une conscience de lui-même de plus en plus fine dans une différenciation entre le soi et le non-soi (ce que nous pouvons nommer soi écologique). En parallèle, il va intégrer la conscience de l'autre dans une perspective intersubjective (ce que nous pouvons nommer soi social). Cela fait de lui un être social. En 1968, Escalona va proposer le terme de spirale transactionnelle ou interactionnelle. C'est une dynamique interactive selon laquelle l'environnement et l'enfant vont irrémédiablement s'influencer « dans un processus continu de développement et de changement ». (Bekier & Guinot, 2015, p.102).

Si le terme « d'interactions précoces » est largement employé dans la littérature, aucune tranche d'âge n'est clairement définie pour ce qui les concernent. Dans ce travail, nous nous intéressons aux enfants âgés de moins de 6 ans. Le terme général « d'interactions parent(s)-enfant » sera utilisé avec la dénomination particulière « d'interactions précoces » pour les enfants de moins de 3 ans.

7.2.1 Subjectivation et intersubjectivation : les processus engagés dans la construction d'un Moi psychocorporel

Le « Moi » est un terme connu par un grand nombre d'entre nous, du simple pronom personnel à l'élément théorique complexe et essentiel du champ de la psychanalyse. La psychomotricité, comme des disciplines de plus en plus nombreuses, semblent prendre des distances avec la vision dichotomique des relations corps-psyché. Elle définit plutôt un Moi psychocorporel comme étant une unité psychocorporelle. C'est une vision qui se veut plus moniste. Philippe Scialom écrit : « [...] sans l'autre [...] nous avons certes un corps mais il demeure transparent et immatériel. La présence de l'autre et de soi-même traduit l'existence corporopsychique et évite l'écueil du clivage corps/esprit. » (2015, p.14). Lorsque nous évoquons le corps, nous parlons bien entendu d'un corps anatomique mais aussi de façon indissociable d'un corps émotionnel, symbolique et identitaire. Un corps qui est tout à la fois vécu, perçu, représenté et en permanence en relation ; que cette relation soit immédiate ou constitutive. Le corps a toutes ces dimensions, c'est une réalité de fait. Mais nous en extrayons des pans : les dissociations que nous en faisons sont de simples facilitations théoriques et cliniques pour ce qui concerne la pensée et le champ du soin en particulier. Ce sont des champs parcellaires pour la psychomotricité et cela peut être mis en écho avec la construction de soi. Nous reconnaissons l'émergence d'un Moi psychocorporel : nous pouvons l'étudier par un Moi corporel et un Moi psychique. Mais tout cela relève d'une même réalité de fait. « L'existence psychosomatique est un accomplissement. » (Winnicott, 2006, p.67). Finalement, nous sommes en permanence dans la volonté de, non seulement que corps et psyché sont indissociables mais aussi de reconnaître que la construction individuelle dépend d'un système d'étayage. Ce système, sur des bases corporelles, sensorielles, motrices, expérientielles lié au temps et à l'espace, étaye les fonctions psychiques à la condition qu'il soit alimenté par la qualité des interrelations humaines.

« La psychomotricité postule que le psychisme de l'humain, dès la naissance, s'identifie, s'articule et se construit sur le modèle de l'architecture motrice osseuse et articulaire et sur la dynamique du tonus musculaire qui anime notre squelette en fonction de la maturation neurologique et des conditions relationnelles. Le corps moteur est le seul modèle organisationnel qui puisse servir de cadre à la psyché naissante du bébé, puisqu'il n'y a pas de zone psychique particulière dans le cerveau de l'être humain. » (Robert-Ouvray, 2022, p.52).

7.2.1.1 Différenciation soi / non-soi : la constitution du soi écologique

Sur le plan psychocorporel, la distinction entre le soi et le non-soi jette les bases archaïques de toutes les représentations futures. Ce sont les « assises identitaires [...] archaïques ». (Paumel, 2019, p.257). Plusieurs processus interviennent dans cette construction identitaire. La psychomotricité reconnaît que la peau est un organe aux fonctions essentielles sur le plan de la construction psychocorporelle. La peau comporte deux faces (interne et externe) qui sont complémentaires pour la faire exister comme limite psychocorporelle. Les travaux de Bullinger conduisent à penser que la face interne de cette enveloppe-peau dépend des interrelations entre le tonus, la posture et les mouvements dans l'espace croisé aux sensations internes qu'en ressent le jeune enfant. C'est ce qu'il appelle la fonction proprioceptive. « [...] Ce sont les processus de comodalisation sensorielle entre les stimuli venus de l'environnement et la sensibilité profonde qui permettent de se représenter les frontières du soi au moyen des activités motrices ». (Pavot-Lemoine, 2022, p.77). La face externe serait davantage constituée à partir des liens du jeune enfant avec son environnement humain et c'est cet aspect qui nous intéressera particulièrement dans le cadre de ce travail. Les interactions avec le milieu s'opèrent de différentes manières que nous tenterons d'explicitier aux regards des théories et des différents types d'interactions (partie II, 7.2.2).

La constitution d'un soi écologique suppose que le jeune enfant distingue le dedans du dehors, le soi du non-soi. C'est une première étape dans l'émergence de la subjectivation. La connaissance archaïque des limites du corps autorise le processus de subjectivation autant qu'elle en est la conséquence. La création d'un Moi psychique étayée sur les expériences corporelles et notamment sur la peau comme interface va façonner les premières enveloppes psychocorporelles et favoriser l'appropriation de son corps propre.

7.2.1.2 Processus de subjectivation et d'intersubjectivation

Tout est intimement lié à la manière dont l'enfant va être projeté dans un rôle de sujet dans la communication humaine au gré des interrelations qu'il va avoir avec son environnement ; en particulier dans la manière dont il va être considéré dans cette communication par ses plus proches partenaires. En effet, c'est dans l'interaction que le parent va adresser une réponse à l'enfant et susciter l'émergence du sentiment continu d'exister et d'être en capacité d'agir sur son environnement, de le transformer. C'est parce que : « l'enfant

est appelé par sa mère au poste de sujet social », qu'il se sent acteur sur l'environnement. (Robert-Ouvray, 2020, p. 163). Cela rejoint la notion d'agentivité dans le champ des neurosciences qui permet d'accéder à la position de sujet et donc de jeter les bases d'une relation intersubjective. Ce sont bien ces interactions qui détermineront la constitution de la position intersubjective. L'intersubjectivité est « la capacité à se penser comme un individu et à progressivement prendre en compte le monde mental de l'autre » (Guedeney, 2014, p.312). C'est cette capacité de se connaître et de se reconnaître comme à la fois objet et sujet dans la relation avec l'autre : « [...] c'est à la fois se reconnaître soi-même comme physiquement et psychiquement distinct du milieu environnant ; reconnaître aussi l'autre dans ce milieu environnant ; et enfin identifier cet autre comme tout à la fois distinct, différent et semblable à soi. » (Pavot-Lemoine, 2018, p.138) Nous reconnaissons que cette construction ne part pas d'une page blanche. En effet, les neurosciences développementales ont montré que le bébé possède déjà un noyau d'intersubjectivité primaire qui lui appartiendra de développer au gré de ces expériences dans l'environnement matériel et humain⁴. Or, ces interactions humaines débutent bien avant la naissance. Nous y reviendrons ultérieurement (interactions fantasmatique, Partie II, 7.2.2.1). Dès la grossesse et au cours des premiers mois de la vie, les expériences de contact corps à corps, peau à peau avec le parent, permettent au tout-petit de vivre des expériences perceptives lui permettant d'intégrer sa peau comme une surface, une enveloppe contenant, déterminant progressivement un dedans et un dehors. C'est ce que Anzieu nomme comme « Moi-Peau ». Or ces phénomènes sont influencés par la qualité de la relation que le tout-petit entretient avec ses figures d'attachements, avec des conséquences durables sur sa construction psychique. C'est « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. » (Anzieu, 1995, p.61).

7.2.2 Construction psychocorporelle : interactions précoces et processus d'attachement

De nombreuses études issues de champs aussi divers que la psychologie clinique, la psychologie sociale, la psychanalyse et les neurosciences ont montré la dimension

⁴ Aitken, K.-J., & Trevarthen, C. « *L'organisation soi/autrui dans le développement psychologique humain* », La psychiatrie de l'enfant, 2003/2, vol. 46, p. 471-520.

fondamentale des processus d'attachement, lié à la qualité des interactions précoces dans le devenir psychomoteur du jeune enfant. Ainsi ont pu être identifiés des modalités d'interactions et des types d'attachement différents. Pour éclairer nos propos et pour mieux comprendre ce qui se joue dans l'émergence d'interactions pathologiques, nous avons choisi de mettre au travail deux classifications : celle de la nature des interactions et celle du type d'attachement.

7.2.2.1 Les interactions précoces

Longtemps considéré comme un être passif, il est actuellement communément établi que le tout-petit est compétent et qu'il est un partenaire actif au sein de la relation. C'est une affirmation relativement récente. Pourtant, dès 1945, Spitz va publier un rapport dans lequel il va évoquer « l'hospitalisme », le danger qu'encourt l'enfant d'être séparé de sa mère – et de perdre toute figure d'attachement primaire – dans le cadre d'une hospitalisation.

Trois types d'interactions précoces peuvent être décrites.

Les interactions comportementales

Ces interactions sont sans-doute les mieux connues car elles sont directement observables. Elles se définissent comme étant la réciprocité d'ajustement comportemental observable entre le parent et l'enfant. Par exemple, elles s'observent durant les soins, les repas ou encore les temps d'éveil du tout-petit. Parmi les interactions comportementales nous pouvons distinguer les interactions corporelles, les interactions visuelles et les interactions vocales.

- Interactions corporelles

Les interactions corporelles se constituent d'attitudes et de gestes qui mettent en jeu la tonicité des deux partenaires.

Le tonus peut être défini comme étant l'état de tension musculaire permanent, involontaire et variable dans son intensité. Nous distinguons différents niveaux toniques : le tonus de fond, le tonus postural et le tonus d'action. Ainsi, le tonus est le support de la posture, du mouvement mais aussi de la relation et des émotions. Il est la toile de fond de toutes les

expériences qu'elles soient physiques, psychiques ou relationnelles. C'est un « baromètre interne. » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p.161).

Les interactions corporelles, fondées sur les propriétés communicationnelles du tonus, désignent la façon dont l'enfant va être porté par le parent. Winnicott distingue le portage physique nommé le handling, du portage psychique nommé le holding. Ce dernier se rapporte davantage aux interactions affectives que nous développerons ultérieurement. Le handling qualifie la qualité du portage et des soins primaires apportée à l'enfant ; c'est-à-dire l'ajustement postural lors du contact physique. Les interactions corporelles sous-tendent la construction d'un Moi psychocorporel. Par le portage sain et sécure, l'enfant va commencer à intégrer ses limites corporelles, le dedans et le dehors, le soi et le non soi, évoqués ci-dessus. « Grâce au jeu relationnel qui s'établit entre la mère et l'enfant au travers du holding [...], l'enfant pourra percevoir et interpréter sensoriellement les variations de son corps propre et celles de l'environnement. » (Robert-Ouvray, 2020, p. 154)

A travers ces interactions corporelles, le dialogue tonique s'exprime. Notion initialement introduite par Wallon, ce dialogue réciproque serait un préambule à toutes les formes de communication d'ordre verbal et correspond à un ensemble d'ajustement d'ordre tonique, sensoriel et affectif entre les différents partenaires de l'échange. Il est la composante majeure des interactions corporelles entre le tout-petit et le parent. « C'est dans la quotidienneté des actions de portage, de maternage que parents et bébé participent à un dialogue non-verbal, les uns répondant à l'autre et inversement. » (Pavot-Lemoine, 2018, p.90) C'est un véritable langage interne qui passe par le corps et essentiel pour rencontrer le tout-petit qui n'a pas encore acquis le langage oral. « Quand les deux corps se parlent, l'échange est vivant, fluide et créateur d'un espace-temps relationnel. » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 179). La psychomotricité pense la fonction du dialogue tonique dans la construction psychocorporelle humaine : le toucher sur la peau permet une perception du corps et engage une dimension d'échange où le bébé va s'éprouver acteur dans la communication puisqu'il peut être compris dans ses besoins. Il est capable de transformer l'autre, capable d'alerter son parent par son propre état tonique qui va être repris en imitation. Toutefois, cela dépend de facteurs, comme la disponibilité parentale, qui peuvent influencer la qualité de ce dialogue tonique.

« Agissant sur un mode vibratoire, le tonus assure une fonction de communication, à la fois consciente et inconsciente avec des variations qui, par étayage, se chargent d'affects et de

représentations, formant un ensemble psychomoteur qui se transforme, se décline, s'enrichit ou s'appauvrit selon les rencontres. » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 175).

En 1977, Ajuriaguerra va enrichir cette notion de dialogue tonique en employant le terme de dialogue tonico-émotionnel. En ces termes, Ajuriaguerra évoque la « réelle interaction entre le tonus musculaire de la mère et celui de l'enfant ». (Bekier & Guinot, 2015, p.103). Étant donné que le tonus est le support des émotions, il traduit indéniablement l'état psychocorporel de la personne, y compris du tout petit. C'est un outil communicationnel.

La tonicité se sent et se ressent mais également se transmet. De là, cette communication peut être nommée : communication de sympathie : « comme une contagion qui passe d'un corps à l'autre. » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 178) Ajuriaguerra, donne alors une connotation affective au tonus.

Vignette clinique 1 : un exemple de ce que nous pouvons directement observer en clinique psychomotrice

Clara, 6 mois d'âge corrigé et 4 mois d'âge réel, consulte à la P.M.I avec sa maman dans le cadre de son suivi de prématurité. Au cours de l'entretien, Clara se trouve dans les bras de sa maman qui répond à nos questions. Clara présente des signes de fatigue, se propulse en hyperextension. Sa maman s'adapte au changement tonique de sa fille par un réajustement tonico-postural. Ce réajustement procure une certaine contenance dont Clara a besoin à cet instant. Le tonus de la petite fille s'abaisse.

- Interactions visuelles

Ces interactions qualifient la rencontre entre l'œil de la mère et celui de l'enfant. Par exemple, cet instant est très perceptible lors de l'allaitement. « En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit. » (Winnicott, 1975, p.205). C'est ce que Winnicott va théoriser sous la notion de « miroir ».

De plus, le dialogue tonique entre en jeu. En effet, il se retrouve également au travers du regard et des mimiques émotionnelles des deux partenaires. Cela participe activement à la construction du « Moi corporel » comme l'entend Geneviève Haag ; où elle va apporter la notion d'appui-dos. Elle insiste sur l'importance de la concomitance du vécu tactile de l'appui-

dos corrélé à celui de l'interpénétration des regards. Nous parlons alors de « boucle de retour » tel un aller-retour entre le tout petit et sa mère.

C'est par l'alternance des différentes sensations corporelles que le bébé est capable de se développer psychiquement et d'intégrer corporellement des sensations. « [...] l'intégration psychique des sensations nécessite qu'un couple d'opposition mette l'enfant en relation avec le monde extérieur, et que la mère représente l'agent externe d'intégration. » (Robert-Ouvray, 2020, p. 131). C'est l'ajustement tonique et le dialogue tonico-émotionnel qui vont alors se jouer. Finalement c'est donner l'éprouvé qui renseigne le jeune enfant sur le fait qu'il peut prendre appui. Ainsi, le regard corrélé à l'expérience du portage dans les bras durs et du dos mou va participer à la construction de l'enveloppe tonique, prémisses du Moi-peau décrit par Anzieu en 1985.

Vignette clinique 1 suite : un exemple de ce que nous pouvons directement observer en clinique psychomotrice

Plus tard dans la séance, la psychomotricienne demande à la maman de poser Clara au tapis pour l'examen clinique. La situation fait qu'elles ne sont plus en corps à corps. La maman va alors s'organiser spatialement pour assurer la continuité des échanges visuels : elle s'ajuste corporellement pour maintenir la distance proxémique parfaite pour un contact œil à œil, en prenant en compte la maturité sensorielle de sa fille. Ainsi, elle reste dans le champ de vision de son enfant. Toujours voir son enfant et toujours être vu par lui.

- Interactions vocales

Ce sont les interactions qui accompagnent en partie l'enfant dans son expression. En effet, l'ensemble des vocalises, des cris ou bien des pleurs permettent au tout-petit d'interpeller son *caregiver*⁵ pour exprimer un confort, un inconfort, une sensation de faim ou encore une douleur. Lorsque le tout-petit est soumis à des stimulations internes ou externes, son système nerveux va agir et réagir toniquement en fonction. Le jeune enfant peut alors être perdu entre ses émotions, son état corporel et ses sensations. Le parent va répondre aux manifestations de leur petit et mettre des mots sur ce qu'il peut ressentir. Par cette relation émergente, « dans ces

⁵ Parent qui prend soin de l'enfant

allers-retours entre tensions et détentes, l'enfant installe au fond de lui la sécurité affective et ontologique nécessaire au tissage des liens d'attachement » (Robert-Ouvray, 2022, p.59). Nous parlons souvent du « baby-talk » ou encore, plus récemment, du « mamananais ». Cela définit l'adaptation de la prosodie chez la mère lorsqu'elle parle à son enfant. Cette tonalité ascendante très particulière existe dans toutes les langues et permet de capter l'attention et l'intérêt du bébé. Dans ces interactions vocales, nous retrouvons une certaine rythmicité qui va se reproduire par imitation : c'est une des premières bases de la communication selon laquelle l'enfant va se sentir acteur. D'un point de vue psychomoteur, la temporalité est importante : ces interactions sont-elles adaptées ou décalées et la rythmicité des rôles de chacun (alternance des rôles) est-elle respectée ? Ces « [...] interactions vocales jouent un rôle important dans l'attachement, comme une sorte de " cordon ombilical acoustique " ». (Bekier et Guinot, 2015, p.103).

Vignette clinique 2 : un exemple de ce que nous pouvons directement observer en clinique psychomotrice.

Le petit Adam, 7 mois, consulte avec son papa en séance de psychomotricité. Placé au tapis, il gazouille. Il s'ensuit un échange où le papa lui répond en gazouillis sur une rythmicité qui fait sourire le bébé. La prosodie, la rythmicité et l'alternance des rôles de chacun, sont respectées.

Les interactions affectives

Les interactions comportementales servent de support aux interactions affectives. A ce sujet, « Stern (2003) parle d'accordage affectif ou d'harmonisation affective entre la mère et son enfant. » (Bekier & Guinot, 2015, p.104). En d'autres termes, c'est le climat émotionnel et affectif qui gravite autour de l'interaction du parent et de son enfant ; que ce soit un vécu agréable ou non. Dans ce cadre, la mère va penser les pensées de son petit. C'est ce que Bion va nommer la rêverie maternelle ou la fonction alpha. Le tout-petit est en permanence soumis à des informations brutes : il n'est pas encore équipé pour mettre en sens. Ce sont les éléments dits « bêta ». Seul, le jeune enfant n'a pas la capacité d'en établir des représentations. Sans son caregiver qui réalise ce travail d'interprétation, les impressions sensorielles et les émotions vécues par le bébé, sont susceptibles de générer angoisse et désorganisation. Seule la présence active et adaptée du parent peut modifier cet état de fait. Pour cela, le parent doit assurer la fonction alpha, c'est-à-dire mettre en sens les éprouvés du tout-petit par des mots et des gestes.

Ainsi, l'enfant parvient à intérioriser ces éléments. Progressivement il va pouvoir faire du lien entre ses ressentis corporels et ses propres émotions. Puis, l'enfant va également entrevoir les états émotionnels de son parent et va peu à peu les identifier. Quand le parent ne peut assurer cette fonction, l'enfant n'est pas en capacité d'intégrer ce qui le traverse : Bion précise que cet enfant répond à cette carence en formant un écran bêta.

« Le parent pense pour son enfant et désintoxique son vécu [...]. Lorsqu'un bébé entre en relation avec une personne sa tonicité varie, il éprouve des sensations particulières, des sentiments spécifiques et se crée des images de lui, de l'autre et de la situation. » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 180).

De surcroît, le portage psychocorporel que nous pouvons rapprocher de la notion de holding, va participer aux interactions affectives. Il permet au bébé de se sentir soutenu et sécurisé par « la qualité du portage, sa régularité et sa dimension contenant. » (Gatecel et al, 2015, p.328).

Vignette clinique 2 suite : un exemple de ce que nous pouvons directement observer en clinique psychomotrice.

Plus tard dans la séance, Adam commence à pleurer. Le papa relance les interactions vocales : « qu'est-ce qu'il se passe ? Tu dois être fatigué, tu veux faire dodo ? » Il donne alors du sens aux éprouvés de son enfant.

Les interactions fantasmatiques

Ces interactions sont le fruit d'une influence réciproque entre le tout-petit et son parent selon leur modalité imaginaire consciente et fantasmatique inconsciente. C'est une projection. L'enfant à naître est porteur d'exigence de la part de ces parents. Serge Lebovici, parle de « mandat Trans générationnel » dans le film « Lien d'amour, lien de haine » (1990). De fait selon cette théorie, l'enfant réel, dès sa naissance, est confronté à l'enfant imaginaire de ses parents. L'un et l'autre peuvent être plus ou moins dissemblables.

Vignette clinique 3 : un exemple de ce que nous pouvons directement observer en clinique psychomotrice

Michel, 12 mois, consulte en P.M.I avec ses deux parents pour un retard global de développement et un trouble de la vision. Les parents disent ne pas remarquer les particularités physiques de leur enfant. Lors du deuxième rendez-vous, les parents nous annoncent que Michel a un syndrome génétique très rare. Les parents sont très inquiets quant au devenir de leur enfant et l'annonce du diagnostic a été difficile pour l'un comme pour l'autre. L'enfant imaginé et l'enfant réel sont dissemblables.

7.2.2.2 Les processus d'attachement

Les interactions précoces sont étroitement liées au processus d'attachement développé par Bowlby. L'attachement est un lien affectif durable qui tend à maintenir une certaine proximité par un ensemble de comportements. Dans sa théorie, Bowlby explique que le tout-petit doit expérimenter auprès de sa figure d'attachement – « ... personne qui s'occupe précocement du nourrisson » (Pavot-Lemoine, 2018, p.74) – des expériences chaleureuses, continues et intimes dans lesquelles les deux trouvent du plaisir. Bowlby défend également l'idée que cet attachement est aussi important que les soins primaires. L'attachement est progressif au cours des premières années de vie, période durant laquelle la survie du tout-petit est dépendante de son environnement. L'attachement met en évidence la place et l'importance des relations et de la dimension interpersonnelle dans son développement psychoaffectif. La qualité d'attachement repose sur les capacités d'apprentissages, la qualité des soins et des réponses parentales, qui détermineront la nature sécurisée ou insécurisée du lien.

C'est la dynamique d'aller-retour entre les deux partenaires qui constitue le lien d'attachement. Or, nous avons montré que ces interactions relèvent d'une dimension corporelle (en particulier tonique) déterminante.

Nous pouvons distinguer 4 types d'attachement selon Ainsworth, Main et Solomon :

L'attachement sécurisée concerne une grande majorité des jeunes enfants. Ils ont confiance en leur figure d'attachement et craignent l'étranger toutefois sans excès. Ces enfants ont des réactions comportementales et émotionnelles proportionnelles à la situation rencontrée.

L'attachement anxieux-évitant est un attachement insécure. L'enfant évite le contact avec sa figure d'attachement et n'initie pas ou peu les interactions. Il fonctionne sur un mode défensif.

L'attachement anxieux ambivalent est un attachement résistant et insécure. La séparation avec la figure d'attachement est très compliquée pour l'enfant. Celle-ci n'autorise pas suffisamment de sécurité affective entraînant un déficit de confiance. Ces enfants se trouvent projetés dans une relation de dépendance, affectant leur capacité à explorer leur environnement matériel et humain.

L'attachement désorganisé-désorienté est un attachement insécure et incohérent sur un mode conflictuel. La figure d'attachement est à la fois source de sécurité et de danger. C'est le mode d'attachement que nous retrouvons le plus souvent dans les situations de maltraitance infantile.

Des études ont montré que « le type d'attachement à la mère à 12-18 mois est lié à l'ajustement ultérieur au groupe de pairs, ces paramètres contribuant eux-mêmes à prédire certains aspects de l'insertion sociale à l'âge adulte. » (Gratier et al, 2016, p.15-17). En effet, il va conditionner les modalités d'attachement futures : à savoir, reproduire les mêmes schémas, comme si cet attachement de la petite enfance hypothéquait leur devenir. Ce qui nous semble intéressant, c'est que les professionnels qui reçoivent parent(s) et enfant peuvent observer les manifestations de cet attachement même s'ils manquent parfois des outils ou des éléments théoriques pour les qualifier. Nous verrons ultérieurement que les professionnels sont souvent attentifs aux manifestations de cet attachement.

8. Dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant

L'harmonie et la qualité des interactions dépendent certes des comportements parentaux mais aussi d'un certain nombre de dispositions du côté de l'enfant. En effet, il faut noter que l'enfant s'engage dans ces interactions grâce à ses compétences sensori-toniques et perceptivo-motrices : d'une part, il appréhende son environnement sur la base des informations transmises par ses sens, et nous notons l'immaturation de son système neurosensoriel. D'autre part, il interagit dans le dialogue tonique avec son tonus propre. Ainsi, il est essentiel de prendre en considération son état de vigilance, sa disponibilité, sa réactivité aux sollicitations et sa capacité attentionnelle ; d'autant plus chez les nourrissons. Le parent peut également se trouver dans une

indisponibilité à un instant t. En découlent certes des dysfonctionnements mais qui restent ponctuels et non-significatifs.

Décrire un déficit interactionnel, c'est pouvoir en déterminer le caractère ponctuel ou chronique, le degré de sévérité et identifier le point de départ si possible. En effet, l'enfant, comme le parent, joue un rôle actif dans l'apparition et le maintien des perturbations interactionnelles significatives. Elles peuvent se manifester ponctuellement ou bien s'installer durablement. Les interactions ne se limitent pas à celles ayant lieu au début de la vie du tout-petit. Elles se modifient en fonction de nouveaux éléments apportés par l'environnement : elles évoluent, changent, s'enrichissent ou se dégradent. Bien qu'elles puissent être efficaces au début de la vie, leur qualité peut se dégrader durablement par la suite. Il faut aussi en évaluer le degré de sévérité qui, couplé à la chronicité, permet d'évaluer les risques encourus dans le développement. Si elles dysfonctionnent, cela va se répercuter sur la construction individuelle et identitaire de l'enfant. Toutefois, il est à noter que ce n'est pas une fatalité. Il y a une certaine capacité à rebondir, une « autoréparation » après un traumatisme, c'est ce que Cyrulnik évoque par le concept de résilience.

Nous présenterons quelques éléments permettant de décrire les dysfonctionnements interactionnels, d'en explorer les mécanismes et les éventuelles conséquences.

8.1 Quel point de départ pour ces dysfonctionnements interactionnels ?

Ces dysfonctionnements interactionnels fonctionnent en spirale pathogène. C'est toujours la difficulté de l'un à rencontrer l'autre pourtant, nous pouvons isoler, quelquefois, les points de départ, bien qu'il ne soit pas toujours aisé de les découvrir. Ces origines peuvent se situer du côté du parent ou de l'enfant. Généralement, ces dysfonctionnements se manifestent dans la qualité des réponses de l'un envers le comportement de l'autre : les réponses adressées peuvent être dénuées de sens ou peuvent sembler totalement contradictoires avec les signaux émis.

Il est à noter qu'il n'y a pas de règle absolue : par exemple, un enfant rencontrant de grandes difficultés à s'engager dans la relation suite à une anomalie sensorielle peut entraîner

son parent dans des difficultés interactionnelles importantes, ou bien celui-ci peut trouver des ressources incroyables pour s'ajuster à cette difficulté.

8.1.1 A point de départ du parent

Le ou les parent(s) peu(ven)t être à l'origine de ce dysfonctionnement interactionnel. Effectivement, lorsque le parent accueille son enfant, il l'accueille avec ses possibilités, ses croyances, sa propre construction identitaire et ses particularités psychomotrices.

Les perturbations relationnelles peuvent être conséquentielles de difficultés ou de troubles d'ordre physique ou psychologique du parent. Il est tout à fait understandable qu'un parent présentant des troubles ou pathologies puisse rencontrer des difficultés dans sa capacité à rencontrer l'enfant ; d'autant plus lors de difficultés psychologiques et/ou maladies psychiatriques (primaires ou secondaires à un évènement) où la relation à l'autre est altérée.

Certains éléments liés au contexte de naissance peuvent constituer des facteurs de risque pour un trouble des interactions précoces : c'est le cas du déni de grossesse, de la dépression post-partum, etc. Nous pouvons également penser aux antécédents de fausse-couche, aux interruptions médicales ou volontaires de grossesse (I.M.G ou I.V.G), au décès antérieur d'un enfant.

Les facteurs socio-environnementaux peuvent également être un facteur de risque et entamer la disponibilité du parent insécurisé et/ou angoissé par cette situation. Tout cela se manifeste parfois par une réduction des émotions positives liées à la parentalité, une réduction des manifestations de tendresse à l'égard de l'enfant, ce qui peut apparaître comme une forme de désengagement. Enfin, les accidents de vie peuvent fragiliser l'équilibre d'un parent sans que cela ne constitue forcément un trouble.

8.1.2 A point de départ de l'enfant

Une maladie, un handicap ou encore la prématurité représentent des facteurs de risque à point de départ de l'enfant quant aux dysfonctionnements interactionnels.

La prématurité représente un facteur de risque de perturbation des interactions et en particulier des interactions précoces. Selon l'INSERM (2017), « un enfant est considéré comme prématuré s'il naît avant 8 mois et demi de grossesse », soit 37 Semaines d'Aménorrhée (S.A). L'hospitalisation ne favorise pas les interactions sécurées et les premiers liens d'attachement, d'autant plus que le pronostic vital ou développemental de l'enfant peut être en jeu. De son côté, l'enfant a des compétences limitées du fait de sa grande immaturité et répond de manière inattendue aux sollicitations qui lui sont adressées ce qui peut désespérer les parents qui s'adressent à lui. « La naissance prématurée perturbe durablement la sphère interactionnelle. Les parents peuvent se sentir moins confiants dans cet univers » d'autant plus que l'enfant « initie la relation et y répond plus difficilement et moins activement que les enfants nés à terme. » (Buil, 2019, p.102-103)

Un trouble d'ordre médial chez l'enfant – une maladie, un handicap, une situation de malformation – peut générer une blessure narcissique chez le parent en aggravant l'écart qui existe toujours entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel. « Toutes les paroles dites autour du berceau de l'enfant s'inscrivent dans la mémoire des parents de manière indélébile. » (Korff-Sausse, 2016, p.24).

Toutes ces situations doivent être prises en considération et nécessitent un accompagnement à la parentalité, en plus des autres soins. Dans le sens où les troubles des interactions qui pourraient s'installer sont susceptibles d'aggraver nettement la situation de handicap de l'enfant.

8.2 Les comportements parentaux et infantiles observables dans les difficultés interactionnelles

8.2.1 *Les perturbations quantitatives*

Les perturbations quantitatives se rapportent au niveau de stimulation que les parents adressent à leur enfant. D'une part, existe les phénomènes d'hyperstimulation. Ce sont des excès de stimulation adressée à l'enfant. Ces situations se présentent lorsque le parent n'est pas en mesure de percevoir la détresse de l'enfant qui est submergé. Pourtant, au moins dans les premiers temps de ces situations, l'enfant communique son mal-être par des manifestations corporelles ou des pleurs (trémulations, fermeture des yeux, visage figé, hypertonie posturale, etc.).

D'une part, nous pouvons retrouver une hyperstimulation active de la part du parent qui peut être générée soit par des troubles psychiques intrinsèques, lorsque les parents sont eux-mêmes agités : par exemple, ça peut être le cas dans le cas de parents atteints de troubles maniaques, ça peut être aussi lié à des attentes trop précoces en termes d'acquisitions (acquisition de la propreté, de la marche, etc), qui peuvent être elles-mêmes générées par l'angoisse d'avoir un enfant en retard, « atypique » ou par la pression sociale. L'hyperstimulation passive est l'incapacité à jouer son rôle de « filtre » -que nous pouvons aussi appeler fonction de pare-excitation ou encore fonction contenante- pour protéger son enfant des stimulations environnementales et assurer une balance équilibrée entre le besoin de stimulations et le besoin de protection.

D'autre part, nous pouvons décrire les mécanismes d'hypostimulations. Dans ces situations trop peu de propositions sont faites à l'enfant, toutes modalités confondues. Cela peut se manifester dans des champs tels que le jeu, le portage, les échanges visuels et vocaux. Par exemple, un parent peut être hypostimulant car il peut lui-même être « ralenti » -comme dans le cas de la dépression maternelle-, cela peut également relever d'une difficulté globale à investir un enfant, comme quand ce bébé si fragile est pensé comme devant être protégé de toute stimulation.

L'hyperstimulation et l'hypostimulation peuvent également être à point de départ de l'enfant qui va peu s'investir dans la communication et donc peu ou pas solliciter son parent. Dans les deux cas, l'ensemble des interactions sont affectées.

8.2.2 Les perturbations qualitatives

Les perturbations qualitatives se traduisent par un déficit dans la réciprocité et dans la synchronie de l'échange. En d'autres termes, le parent ne parvient pas à fournir une réponse juste aux sollicitations de son enfant. Cette réponse peut aller d'inadaptée à absente. De ce fait, dans l'échange, se crée un décalage entre la perception et le comportement de l'un et de l'autre et ce décalage affecte grandement la dynamique relationnelle. De même que chez le parent, le manque de réciprocité peut émaner de l'enfant. Il peut être insensible, hyporéactif aux sollicitations parentales ou bien même les refuser.

Vignette clinique 4 : un exemple de ce que nous pouvons directement observer en clinique psychomotrice

Nadya est une ancienne très grande prématurée née durant le confinement du printemps 2020. Elle a été hospitalisée durant les 6 premiers mois de sa vie et a développé des complications médicales qui ont, à plusieurs reprises, engagé son pronostic vital. Nous comprenons que ces circonstances complexes ont entravé l'établissement des liens précoces de multiples manières (séparation aggravée par les circonstances sanitaires, investissement de l'enfant perturbé par le risque de mort, etc). Nadya est une petite fille très excitable, agitée sur le plan moteur, elle garde des difficultés digestives et respiratoires et pleure beaucoup. En réalité, elle crie plus qu'elle ne pleure, sa mère semble épuisée. Lorsque Nadya, 20 mois, et sa maman viennent à la consultation de psychomotricité nous nous sentons alertées et l'idée du risque de maltraitance nous traverse, sans toutefois que nous puissions identifier clairement ce qui étaye ce sentiment. Le travail avec notre maître de stage nous permettra plus tard d'objectiver les éléments qui nous ont en réalité alertées. Parmi ceux-ci : les interactions visuelles pauvres et dissonantes (temps de contact oculaire réduit, désynchronisation des regards) avec une maman qui s'installe dans l'espace de telle manière que ces regards ne soient pas favorisés et que la distance ne permette pas les interactions corporelles. Sur le plan des interactions corporelles justement, peu d'échanges, avec un dialogue tonique très dysfonctionnel. Lorsque Nadya sollicite d'être portée ou appelle des soins tel que le mouchage, hypertonie générale chez madame, organisation tonico-gestuelle engendrant une brusquerie que pourtant cette maman repère et semble regretter. Portage non-adapté, toucher partiel, et absence de geste enveloppant alors que le comportement de Nadya nous semble les appeler. Désynchronisation des réponses comportementales générales aux manifestations de la petite fille avec en permanence un retard qui stoppe la boucle interactive.

8.3 Lien entre dysfonctionnements interactionnels et maltraitance

La maltraitance infantile appelle des mesures qui relèvent à la fois de la prévention et du traitement de situations déjà existantes. C'est dans cette double optique que nous avons envisagé d'étudier et de qualifier les liens existants entre dysfonctionnement interactionnel et situation de maltraitance. A ce titre les dysfonctionnements interactionnels peuvent d'une part

être qualifiés de facteur de risque sur le plan épidémiologique dans le sens où ils peuvent précéder chronologiquement les situations de maltraitance. Sans que cette évolution ne soit cependant systématique : nous pouvons rapprocher ce lien de celui qui unit par exemple une hépatite et un cancer du foie sur le plan épidémiologique. Dans ce travail de recherche nous n'explorons pas plus avant la complexité des facteurs qui influent sur le basculement de l'un vers l'autre.

D'autre part les dysfonctionnements interactionnels peuvent être considérés comme des éléments permettant de repérer les éventuelles situations de maltraitance sans toutefois pouvoir à eux seuls en déterminer l'existence. Ce deuxième lien nous semble permettre de qualifier les dysfonctionnements interactionnels comme des signes cliniques certes non-pathognomoniques d'une éventuelle situation de maltraitance infantile.

L'étude et la qualification de ces liens restent ici incomplètes car circonscrites à nos objets de recherche, le repérage et le traitement des dysfonctionnements interactionnels significatifs et de la maltraitance.

Nous essayerons ici de montrer succinctement la nature des liens qui existe entre dysfonctionnement interactionnel et la maltraitance infantile.

8.3.1 Les dysfonctionnements interactionnels comme manifestation clinique d'une situation de maltraitance

Lorsqu'une situation de maltraitance intrafamiliale existe déjà, on peut fréquemment repérer des dysfonctionnements interactionnels entre parent(s) et enfant.

En 2017, la HAS produit une fiche mémo pour favoriser le repérage des situations de maltraitements infantiles. Elle présente un certain nombre d'éléments directement observables pouvant évoquer une situation de maltraitance infantile vécue. En réalité, ces éléments présentés sont des signes cliniques relatifs aux dysfonctionnements interactionnels, ce qui tend à prouver que les dysfonctionnements interactionnels sont des signes cliniques de la maltraitance infantile.

Par exemple, parmi ces signes nous retrouvons : la discontinuité des interactions, des exigences excessives, une indifférence notoire de l'adulte vis-à-vis de l'enfant – par l'absence de regard, de geste ou de parole – ou encore une proxémie corporelle exagérée ou inadaptée.

Il est d'ailleurs spécifié que dans les cas de maltraitance, la relation peut paraître discordante et incohérente.

8.3.2 *Les dysfonctionnements interactionnels comme facteur de risque d'une situation de maltraitance*

Si les signes cliniques de dysfonctionnements interactionnels peuvent alerter sur l'existence d'une maltraitance déjà vécue, ils peuvent aussi, dans une dimension de prévention secondaire, être considérés comme des facteurs de risques qui doivent être pris en considération pour éviter qu'une situation de maltraitance ne finisse par se mettre en place.

Les dysfonctionnements interactionnels peuvent évoluer et aboutir à une situation de maltraitance. Dès lors, ils constituent un facteur de risque. L'OMS, distingue quatre types de facteurs de risque en matière de maltraitance infantile : communautaire, sociétal, individuel et relationnel.

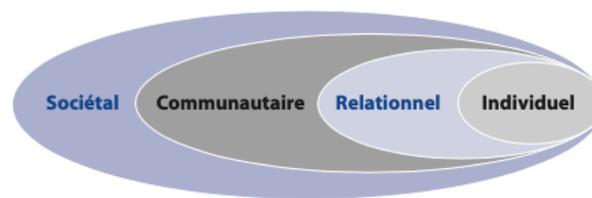


Tableau 1 : OMS. Schéma récapitulatif des différents facteurs de risque d'une situation de maltraitance infantile

En réalité ce que l'OMS (2007) désigne par facteurs relationnels est « le manque d'attachement entre le parent et l'enfant et l'absence de liens affectifs. » (p.16). Cela correspond à ce que nous appelons dysfonctionnements interactionnels significatifs.

8.4 Les enjeux du repérage : les conséquences directes et indirectes de la maltraitance

Les enjeux sont immenses car, aujourd'hui, nous savons que les maltraitances engendrent des séquelles qui ne sont pas seulement physiques. D'après le Ministère des Solidarité et de la Santé (2018) « Les séquelles de la maltraitance ne sont pas seulement physiques [...]. En effet, l'impact de la maltraitance sur le cerveau, sur la psychologie et sur le développement des enfants est largement documenté, les professionnels allant jusqu'à parler de psycho-traumatisme. ».

Plusieurs types d'enjeux peuvent être repérés : des enjeux socio-affectifs et comportementaux, des enjeux physiques et des enjeux neurobiologiques et cognitifs.

8.4.1 Enjeux socio-affectifs et comportementaux

Les maltraitances infantiles entraînent des répercussions socio-affectives et comportementales à court et à long terme. Elles provoquent quasi systématiquement un État de Stress Post-Traumatique, E.S.P.T voire un traumatisme dit « complexe ». De plus, des troubles internalisés et externalisés sont repérables : des symptômes dépressifs, de l'anxiété et une atteinte narcissique avec une faible estime de soi ; de l'agressivité, des Troubles du Comportements Alimentaires (T.C.A), des conduites anti-sociales et délinquantes à l'adolescence, des troubles oppositionnels avec provocation (T.O.P), des abus de substances – addictions, des conduites à risque, etc. Un fois adulte, une reproduction de ces schémas peut se retrouver par des violences conjugales et parentales ainsi que des idées suicidaires.

8.4.2 Enjeux physiques

Les maltraitances infantiles entraînent des répercussions physiques aux issues parfois tragiques : blessures qui peuvent entraîner des fractures, laisser des cicatrices et provoquer des dommages cérébraux (notamment chez le bébé secoué). Ces dommages cérébraux dépendent de la topographie des lésions et peuvent être définitives. Il peut en découler des retards ou des stagnations du développement psychomoteur, des altérations visuelles et auditives, des difficultés motrices et gestuelles, une paralysie, un handicap, voire le décès de l'individu. Les maltraitances viennent mettre à mal le corps dans son intégrité et impactent la représentation affective du corps.

8.4.3 Enjeux neurobiologiques et cognitifs

Nous pouvons constater des dérèglements des systèmes biologiques de réponse au stress, des modifications des systèmes endocriniens et des neurotransmetteurs, des troubles du sommeil, des troubles sensoriels, des altérations de la maturation du cerveau, des troubles du langage, des altérations des fonctions cognitives dont les fonctions exécutives, etc. De surcroît,

des chercheurs se sont intéressés à certaines structures neuronales qui régulent les réponses émotionnelles. Ces structures pourraient jouer un rôle en cas de traumatisme pendant l'enfance, en figeant les réseaux neuronaux associés à ces souvenirs, prédisposant à des troubles dépressifs ou comportementaux par la suite. Les maltraitances infantiles : « pendant l'enfance ou l'adolescence sont suspectées d'entraîner des modifications structurelles et fonctionnelles durables sur le cerveau. » (Inserm et al, 2022) Ces modifications du cerveau sont d'autant plus conséquentes qu'elles surviennent à un moment où le cerveau et la personnalité se construisent sur le modèle des figures d'attachement.

Cela fait de la prévention des situations de maltraitance et de leur repérage un enjeu de santé publique majeur face auxquels les dispositifs de santé publique aujourd'hui ne sont en mesure de répondre que partiellement.

Partie III – La conduite de la recherche : une approche par l’enquête

Nous présenterons d’abord ce qui a motivé notre choix d’effectuer ce travail en binôme, et ce qui nous a conduites à choisir un format de recherche au regard des réponses que nous n’avons pas pu trouver dans la littérature scientifique existante. Quelle est la réalité actuelle du niveau de repérage fait par le professionnel quant aux maltraitances ou aux risques de maltraitances ? Observent-ils les interactions parent(s)-enfant, pourquoi et comment ? Pour cela utilisent-ils des outils pour les aider, et lesquels existent à l’heure actuelle ? Quelle place occupe aujourd’hui l’approche psychomotrice dans ces domaines ? Enfin, nous présenterons l’outil que nous avons conçu pour recueillir nos données.



Frise chronologique 4 – La conduite de la recherche

9. Le choix d’un mémoire en binôme

Nous avons déjà évoqué le choix d’un mémoire en binôme, notamment l’espace de pensée supplémentaire que ce travail à deux fournit. En plus de cela, nous avons identifié des articulations extrêmement intéressantes entre notre stage commun au sein de la P.M.I et nos deux stages individuels. Ces articulations nous ont permis, à deux, d’avoir une représentation plus globale de la dimension de continuité quant au parcours des enfants concernés. De la période néonatale pour Ambre -qui effectue son stage en réanimation néonatale- jusqu’à la période de l’adolescence pour Aline-Sarah qui reçoit les enfants dans un C.M.P.P. Les interrogations qui pouvaient surgir à la P.M.I rebondissaient aussi en réanimation néonatale et au C.M.P.P avec une temporalité différente et des points de vue différents eux aussi. C’est une richesse supplémentaire car nous avons accès à un maximum d’exercices cliniques de professionnels différents.

Penser à deux nécessite de constituer des représentations communes et de trouver un langage commun pour rendre ces représentations communicables. Après avoir échangé avec

notre maître de stage, c'est finalement la même difficulté que nous retrouvons dans les écrits professionnels collectifs : parvenir à avoir la même représentation de quelque chose et la traduire par des mots communicables à tous et compréhensibles par tous.

Finalement, allions-nous parvenir nous-mêmes à être dans une relation d'équilibre intersubjective dans laquelle chacune de nous pourrait être sujet et objet à la fois, dans une interaction de qualité ? L'équilibre des représentations intersubjectives a pu être mise à mal ; et pour que cette spirale interactionnelle positive ne s'enraye pas et fonctionne ; il faut un niveau de confiance, de sécurité et une disponibilité suffisante. Nous l'avons comme vécu en écho à ce que nous découvrons, lisons là-dessus : nous le vivions dans notre travail ensemble. Nous devons passer d'impressions communes à des représentations communes traduites dans un langage commun.

Cette année, nous avons vu et entendu des choses en quelque sorte impensables... Il nous a donc fallu trouver des outils pour les penser. Nous faisons le lien avec Vygotski qui écrit que le langage est un outil de la pensée. « La pensée ne s'exprime pas dans le mot mais se réalise dans le mot. » (Vygotski, 1997, p.428).

Avec le recul, il nous semble avoir identifié deux moments inauguraux à ce besoin de trouver des réponses. Pour deux enfants différents, nous avons l'intuition profonde d'une situation à risque de maltraitance pour l'une, et sans-doute l'existence de maltraitance avérée pour l'autre. Ces impressions nous ont traversées sans toutefois que nous puissions les objectiver. Ces deux situations ont abouti, l'une à un accompagnement parental par l'Aide Sociale à l'Enfance, et l'autre à la transmission d'une Information Préoccupante. Nous nous sommes donc interrogées quant à ce qui se passait dans cet espace et comment pouvions-nous l'objectiver.

Nous avons fait de ce besoin de comprendre comment nous étions passées de cette impression à cette réalité, un objet de recherche.

10. Revue de la littérature scientifique

10.1 Méta-analyse des outils disponibles

Afin de mener ce projet, nous nous sommes orientées sur les données scientifiques existantes en matière de dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant significatifs et des maltraitements. Pour répondre à nos propres attentes en tant que futures professionnelles, nous avons cherché les outils qui permettent de soutenir et guider le professionnel vis-vis de ces dysfonctionnements.

10.1.1 Grille d'observation Recherche Action Formation – S. Lebovici

En 1978, S. Lebovici débute une recherche longue d'une dizaine d'années dans le cadre de la Recherche Action Formation (R.A.F) de Bobigny. Cela a été élaboré en collaboration avec M. Gabel, P. Cornillot et le département de psychopathologie de l'enfant et de la famille coordonné par le service de P.M.I du département de Seine Saint-Denis, le département de psychopathologie de l'UFR de médecine et l'unité 292 de L'IMSERM. Cette recherche de terrain tendait à évaluer les interactions mère-enfant au sein de centres de P.M.I.

Elle avait pour but d'élaborer des actions de prévention, leurs mises en pratique ainsi que leurs évaluations, tout en maintenant une fonction de formation des professionnels et des chercheurs, d'où la dénomination Recherche-Action-Formation.

La question centrale de cette recherche était : en observant les interactions parent(s)-enfant en milieu général, est-il possible de repérer un risque de maltraitance avant qu'elle ne survienne ? En effet, l'équipe de S. Lebovici travaillait au sein du service de pédopsychiatrie avec des enfants victimes des situations de maltraitements et pour lesquels l'état de santé était déjà nettement dégradé, d'où la nécessité de repérer ces situations avant qu'elles n'arrivent.

Au cours des premiers temps de la recherche, les grilles étaient construites par des psychiatres, et portant sur l'enfant, la mère et la relation de la dyade.

Dans un second temps ces grilles ont été reprises par un groupe de travail associant toutes les catégories professionnelles des équipes pédiatriques et psychiatriques. Quatre types de grilles ont été développées selon l'âge de l'enfant : 2-3 mois, 11-13 mois, 2 ans et 3 ans. Ces nouvelles grilles étaient conçues pour être utilisées par des professionnels en consultations, hors de la présence d'un psychiatre. Les professionnels avaient tout de même été formés à l'observation

des interactions à partir de documents vidéo. Ces grilles avaient 3 niveaux : le comportement, les affects et la vie fantasmatique. Dans ce cadre chaque entretien expérimental mené avec les familles débutait par un échange relativement long permettant notamment de retracer les antécédents médico-sociaux. Les observations conduites lors de ces entretiens étaient exploitées grâce à une grille évaluant les interactions mère-nourrisson dans leurs interactions corporelles, visuelles, vocales et à partir des sourires. Une catégorie était également consacrée à la tonalité affective, à la réciprocité des échanges ainsi qu'aux éventuelles interactions père-nourrisson.

« Cette longue étude a permis de mettre en évidence trois points essentiels : la définition d'un indicateur de situation de danger se traduisant par les interactions dysharmonieuses à trois mois ; l'apparition d'un indicateur de risque quand les parents sont issus de foyer grand-parental dissocié : l'importance de la psychopathologie du père et la nécessité, dans les études ultérieures, de pouvoir le rencontrer lors des évaluations. » (Rosenblum et Conquy, 2001, P. 120).

C'est une recherche qui a particulièrement retenu notre attention. En effet, elle est tout à fait en adéquation avec notre propre objet de recherche. De plus, elle a été réalisée auprès des centres de P.M.I du secteur dans lequel nous nous situons pour notre stage long. Ce sont des démarches qui ont été entreprises il y a plus de 40 ans. Malgré leur ancienneté, ces démarches semblent plus que jamais d'actualité.

Toutefois, cette recherche, bien que novatrice pour l'époque, reste difficilement accessible aux professionnels que ce soit pour s'en procurer les comptes-rendus que les grilles en elles-mêmes. Le peu de documents que nous avons pu retrouver dans les archives sont pauvres et peu développés. Et pourtant, le sujet est encore très présent actuellement et suscite toujours un enjeu de santé publique majeur.

Enfin, nous avons eu la chance de pouvoir échanger avec Isabelle Devanne, psychomotricienne, dont la participation à cette recherche nous a aidé à en comprendre les enjeux et le déroulement.

A l'issue de cette recherche, un film a été réalisé : « Je te tiens, tu me tiens ». Ce document-vidéo synthétise les travaux réalisés et les conclusions établies en une vingtaine de minutes dans un objectif de formation.

10.1.2 *Autres outils*

Afin de ne pas nous cantonner uniquement à la recherche menée par Serge Lebovici et ses collaborateurs, nous avons recherché d'autres outils traitant des dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant. Nous avons repéré l'existence d'autres outils dont nous en présenterons une partie dans les lignes qui suivent.

Nous y avons été aidées par deux articles mentionnant une grande partie des recherches menées à ce sujet. D'une part les travaux de Anne Wasterlain, Mélissa Alexandre et Justine Gaugue menés en 2017 autour de l'observation des interactions précoces mère-bébé en situation de jeu ; et d'autre part l'article publié par Viaux-Savelon et al dans la revue neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en 2013 qui évoque la validation française du Colding Interactive Behavior, (CIB) et présente succinctement un certain nombre d'autres outils existants.

- Le Colding Interactive Behavior (CIB)

Le CIB est une échelle développée par Ruth Feldman. Elle permet l'évaluation des interactions de la dyade mère-enfant avec une cotation pour l'enfant âgé de 2 à 36 mois. Dans l'article précité les auteurs présentent les propriétés psychométriques pour la validation française. Il prend en compte plusieurs dimensions : la sensibilité parentale, l'intrusivité parentale, l'engagement social de l'enfant, l'émotivité négative de l'enfant, la réciprocité dyadique et les états négatifs de la dyade. L'intérêt particulier de cet outil réside dans le fait qu'il permet une évaluation longitudinale sur 3 ans. Or, la validation française se fait uniquement pour les interactions de la naissance à 2 mois. L'enregistrement vidéo systématique des interactions représente un frein à son usage en situation générale.

- Le Pediatric Infant Parent Exam (P.I.P.E).

Développé en 2001 par Fiese et al, il est utilisable dès 3 mois et jusqu'au 1 an de l'enfant. Il se propose d'évaluer les interactions lors d'une séquence de jeu d'environ 2 minutes. Nous pensons qu'il présente plusieurs inconvénients. D'une part, il s'axe essentiellement sur le comportement maternel plus que sur les interactions à proprement parler. D'autres part,

l'observation de 2 minutes de jeu seulement ne nous semble pas suffisante pour objectiver une situation de dysfonctionnement.

- Le Dyadic Mutuality Code (D.M.C)

Élaboré en 1987 par Censulto et al, il repose également une observation sur un temps limité de 5 minutes et propose une cotation en « tout ou rien » qui ne permet pas, en notre sens, de nuancer l'évaluation des interactions par les professionnels.

- Le Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (PIR-GAS)

Il s'agit d'un test datant de 1994, traduit en français en 1998 et révisé en 2000. Il prend en compte les troubles cliniques, la classification des relations, les affections médicales et les troubles neurodéveloppementaux, les facteurs de stress psychosociaux et le fonctionnement émotionnel et social. Cette particularité est intéressante car ils permettent une vision plus exhaustive du contexte bio-psycho-social de la famille. Toutefois, nous pensons que les critères définis dans le manuel d'utilisation pour repérer un symptôme pathologique manque parfois de précision ce qui rend son utilisation difficile.

Ces recherches nous ont conduites à penser que les tests existants bien qu'intéressants présentent de nombreuses limites et inconvénients. Certaines échelles évaluent davantage le comportement de la mère en relation sans pour autant creuser les interactions entre les partenaires, comme le CARE-Index de Crittenden. D'autres comme celle de Brazelton ou encore l'Alarme Détresse Bébé (ADBB) se concentrent principalement sur les capacités interactives du bébé sans cibler la dimension interactionnelle.

« Les outils tentant d'appréhender les interactions sont confrontés à la difficulté d'évaluer chacun des partenaires de façon indépendante : le bébé, le parent, l'interaction en elle-même, tout en tenant compte de la dimension synchronique de la relation et en restant le plus proche possible de la situation naturaliste. » (Viaux-Savelon et al, 2013, p.54).

Nous notons qu'il existe également la PCERA de Clark qui est une grille généraliste et des grilles explorant des critères plus spécifiques -tranche d'âge et/ou facteurs de risque - comme le Nursing Child Assessment Satellite Teaching and Feeding Scale (NCAST).

Les inconvénients et limites de ces tests reposent parfois sur un nombre d'items très conséquent -par exemple 149 pour la NCAST- qui sont peu appropriés à la durée d'une consultation en population générale. Au regard des pratiques professionnelles actuelles médicales et paramédicales, il nous semble essentiel que ce type d'outil puisse se mettre en place rapidement tout en permettant une observation suffisamment large et en situation clinique directe. Par ailleurs, les tranches d'âge les plus étroites permettent de définir des critères de façon plus précises. Cependant, ils ne concernent que les plus jeunes enfants, et il est à noter que le professionnel dispose de beaucoup moins d'outil pour l'enfant plus grand.

Certains de ces outils requièrent en sus des formations conséquentes qui peuvent constituer un frein pour de nombreux professionnels en termes de coût financier et de temps consacré à cette formation.

10.2 Comment la psychomotricité aborde ce domaine ? Et quelle place dans une approche multidisciplinaire ?

Il existe un certain nombre de professionnels qui ont écrit sur ces questions-là. Ils font une lecture psychomotrice des interactions et des situations de maltraitances, et en particulier les travaux de Robert-Ouvray et des travaux concernant les interactions parent(s)-bébé dans des situations particulières comme la situation de prématurité.

Les psychomotriciens utilisent leurs outils théoriques autour des grandes fonctions psychomotrices pour l'évaluation des interactions en règle générale, et pas particulièrement dans un risque de prévenir ou de traiter la maltraitance. Néanmoins, ces outils restent des modes de fonctionnement cloisonnés entre les psychomotriciens et les autres professionnels. En effet les psychomotriciens n'utilisent pas particulièrement les mêmes outils que ceux à dispositions des autres professionnels ; ou alors quand ils travaillent dans des domaines particuliers comme la protection de l'enfance où peut-être quelques grilles communes existent davantage. Pourtant, il nous semble que l'approche psychomotrice relève d'une dimension transdisciplinaire qui pourrait être constitutive d'un outil commun garantissant une collaboration plus efficiente entre les professionnels. Nous en discuterons en dernière partie.

11. Le questionnaire adressé aux professionnels de santé

La conduite de cette recherche nécessitait de recueillir des données concernant les différents domaines précités auprès des professionnels de santé. Pour ce faire, nous avons choisi d'élaborer un questionnaire destiné à différents professionnels de santé ou médico-sociaux travaillant auprès de parents et enfants âgés de 0 à 6 ans. L'objectif était de mieux connaître leur fonctionnement au regard du repérage et du traitement des situations de dysfonctionnements interactionnels et de maltraitances afin de valider ou d'invalider certaines des hypothèses que nous avons pu émettre au cours de ce travail.

Le questionnaire est disponible en annexe I.

11.1 Choix du format

Pour aller à la rencontre du professionnel et recueillir les données, nous avons fait le choix d'employer un questionnaire numérique pour différentes raisons.

Ce support permet une diffusion rapide et simple. C'est essentiel car cela permet également aux professionnels de le transférer à leurs collègues et contacts susceptibles d'être intéressés par le sujet et répondant aux critères de sélection.

Nous avons anonymé le questionnaire c'est-à-dire que nous n'avons eu accès ni à l'identité du répondant, ni à son adresse électronique. La sensibilité du sujet nous a conduites à cette démarche pour permettre aux professionnels de répondre plus librement et minorer une éventuelle sensation d'être identifiés dans ses vulnérabilités. Le mode de diffusion choisi (ne pas utiliser les réseaux sociaux) a limité le risque qu'un répondant renvoie plusieurs réponses provoquant ainsi un biais de doublons dans les résultats.

Nous avons organisé les questions de telle manière à ce que le répondant puisse tantôt répondre de manière semi-dirigée (choisir entre plusieurs propositions) ou totalement libre. Pour ce qui concerne les réponses semi-dirigées nous avons choisi une gradualisation des propositions de type : jamais, rarement, parfois, souvent, toujours ; et dans la mesure du possible permis une expression plus libre à type case à cocher « autre » avec une possibilité de préciser. Pour ce qui concerne les réponses dites « libre » le répondant pouvait préciser sa réponse à sa guise. La complexité de notre objet de recherche nous semblait nécessiter d'une palette de possibilités de réponses larges pour éviter l'écueil de choix monolithique.

Par ailleurs, cela semblait permettre une éventuelle possibilité d'être surprises par des réponses que nous n'avions pas anticipées.

Ce format offre la possibilité d'une première analyse des données et permet le traitement des réponses en données qualitatives et quantitatives. De plus, il offre aux répondant une accessibilité facilitée que ce soit sur leur lieu de travail que sur un temps plus informel, il limite ainsi les contraintes spatio-temporelles au recueil de données.

11.2 Choix des destinataires

Afin de pouvoir mener au mieux notre recherche, il nous a semblé nécessaire de recueillir un maximum de réponses. Nous avons aussi l'ambition de recueillir des données émanant des psychomotriciens mais aussi et surtout d'autres professionnels aux formations, actions et fonctions très différentes, et ceci afin d'obtenir des points de comparaison.

Nous avons donc décidé que les répondants devraient satisfaire plusieurs critères :

- Diplomatation et exercice clinique : nous souhaitons obtenir un échantillon de professionnels ayant d'ores et déjà été confrontés au terrain clinique.
- Ancienneté : nous n'avons imposé aucune limite dans ce cadre puisque toutes les situations au regard de l'ancienneté présentent un intérêt pour notre recherche.
- L'obligation d'exercice auprès des enfants âgés de 0 à 6 ans : cela correspond à la petite enfance ainsi qu'à la population à laquelle nous sommes en charge en P.M.I.
- La situation d'exercice professionnel au regard des interactions : ces professionnels devaient avoir la possibilité d'interagir et d'observer les interactions parent(s)-enfant.

11.3 Élaboration du questionnaire et attendus

Nous avons construit notre questionnaire en cinq parties distinctes, et cependant en lien, qui se rapportent aux interrogations et problématiques que nous avons pu élaborer.

11.3.1 Connaître le répondant

Nos premières questions sont centrées sur l'identité professionnelle du répondant. Cette donnée est fondamentale pour pouvoir comparer les réponses en fonction des différentes professions.

Nous avons aussi pensé à questionner sur le lieu de la formation professionnelle en imaginant que l'analyse pourrait être enrichie par la comparaison des réponses en fonction du lieu où avait été réalisées les études et de leur situation géographique.

Pour les mêmes raisons, l'âge du diplôme nous semblait également intéressant au regard de l'évolution de la sensibilité et donc des formations, pour ce qui concerne les situations de maltraitances. Cette information nous semblait également pertinente pour l'analyse dans le sens où nous formulions l'hypothèse d'une corrélation entre expérience professionnelle et qualité d'observation et d'analyse des dysfonctionnements interactionnels.

Les questions concernant les lieux d'exercices actuels et passés devaient, nous le pensions, nous permettre de faire une représentation de l'expérience en petite enfance quand bien même le répondant n'y travaillerait plus actuellement. Nous avons émis l'hypothèse par exemple que les professionnels exerçant au sein de structures dédiées à la protection de l'enfance soient davantage attentifs à ces dysfonctionnements qu'au sein de d'autres institutions.

En synthèse, tous ces éléments concernant l'identité professionnelle, la formation et les lieux d'exercices nous semblaient intéressants pour mieux comprendre la capacité à déceler les dysfonctionnements et à les traiter.

11.3.2 Intuition et exercice professionnel face aux dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant

En prérequis, il nous a semblé nécessaire de définir les termes que nous utilisons dans le questionnaire – par exemple dysfonctionnements interactionnels ou maltraitances - afin que le répondant puisse s'en faire une représentation plus précise.

Quatre questions sont posées dans cette partie qui explorent la manière dont les répondants établissent des liens de causalité entre dysfonctionnements interactionnels et

maltraitance, l'intuition qu'ils ressentent possiblement lors de leur exercice professionnel à ce sujet. Pour ce qui concerne l'intuition nous cherchions également à en connaître l'origine et la manière dont ils pouvaient l'employer.

L'objectif étant d'en apprendre plus sur la façon dont le répondant :

- Pense les dysfonctionnements interactionnels comme signe clinique d'une éventuelle situation de maltraitance
- Pense les dysfonctionnements interactionnels comme facteur de risque d'une situation de maltraitance
- Pense les dysfonctionnements interactionnels comme un élément clinique sans rapport avec une situation de maltraitance

Nos hypothèses quant à ces éléments (intuition et transmissibilité de cette intuition, lien établi entre dysfonctionnements interactionnels et maltraitements) ont évolué au fur et à mesure de l'avancement de ce travail.

Voici quelques-unes de celles qui nous ont traversées.

Nous pouvions penser que les professionnels pouvaient ressentir des intuitions tout en étant en difficulté pour les mettre en mots et les utiliser. Quant à la transformation de cette intuition -du simple échange avec un autre professionnel jusqu'à la prise en charge de ce risque, quelles en étaient les limites ? Nous pensions aussi que peut-être l'intuition était en partie liée à la formation, et dans ce cas se rapporterait à des savoirs internalisés plutôt qu'un simple sentiment intra-personnel. Et qu'elle pouvait également être accrue par l'expérience professionnelle.

Pour ce qui concerne les liens entre les dysfonctionnements et les maltraitements, nous avons émis l'hypothèse que ces dysfonctionnements pourraient être davantage considérés comme des signes cliniques d'une situation de maltraitance plutôt que comme un facteur de risque.

11.3.3 La sensibilisation au repérage des dysfonctionnements interactionnels

La troisième partie du questionnaire est consacrée à la qualité de la sensibilisation du professionnel et au biais par lequel il l'a été, vis-à-vis des dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant significatifs. Entre autres, nous avons émis l'hypothèse qu'une corrélation

entre le degré de sensibilisation d'un professionnel et sa capacité d'agir face à ce type de situation existait. Quant à l'origine de leur sensibilisation, nous avons le sentiment que la formation continue et l'expérience entraînent davantage en considération que la formation initiale.

11.3.4 Les signes cliniques marqueurs de dysfonctionnements interactionnels

Cette question est libre. Elle demande aux différents professionnels de citer quatre signes cliniques qui les alertent sur une situation éventuelle de dysfonctionnements interactionnels significatifs et comprenant la maltraitance selon la définition que nous en avons faite en avant-propos du questionnaire. Nous pensons par ce biais pouvoir étudier les particularités quant à la nature des signes repérés, en fonction des différentes professions en particulier. L'idée sous-jacente que nous en avons était sans doute que le cloisonnement des signes repérés pouvait nuire au travail multidisciplinaire nécessaire à la prise en charge de telle situation. C'est ce même sentiment qui nous avait conduites à imaginer qu'un outil transdisciplinaire pourrait constituer un objet commun indispensable à la communication entre professionnels. Par exemple, nous avons supputé qu'un médecin serait davantage attentif aux signes somatiques, quand un auxiliaire de puériculture repérerait peut-être davantage des signes au cours des portages, et un psychomotricien des signes d'ajustement tonique.

11.3.5 La connaissance des outils existants

Nous avons cherché à savoir si les professionnels avaient connaissance des différents outils existants permettant d'évaluer les interactions et de repérer des dysfonctionnements interactionnels significatifs. Nous avons également cherché à savoir s'ils les utilisaient. Nous avons donc émis l'hypothèse qu'un certain nombre de professionnels pouvaient avoir connaissance de ces outils sans être en capacité de les exploiter pour différentes raisons : inadaptation à leur exercice clinique ou défaut de formation par exemple. C'est pourquoi nous avons dans le questionnaire demandé d'expliquer les non-raisons de l'utilisation, dans le cas où ils déclaraient ne pas les utiliser. Ces réponses en particulier devaient nous être utiles pour évaluer l'intérêt de la construction d'un autre outil.

11.3.6 La suggestion d'un outil transdisciplinaire de « culture psychomotrice »

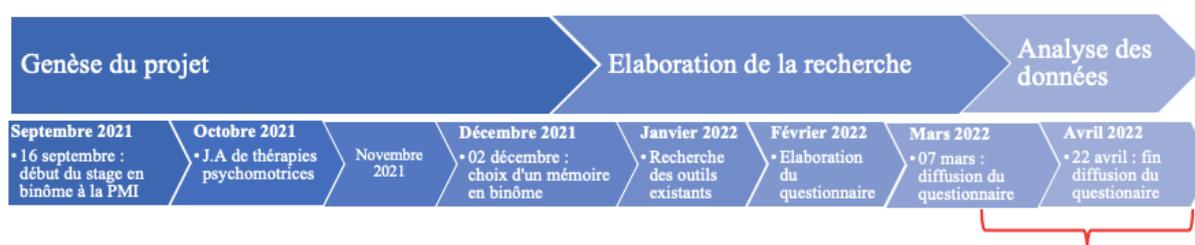
Pour clôturer le questionnaire, nous demandons si un outil transdisciplinaire issu de « culture psychomotrice » pourrait être susceptible de les soutenir dans le repérage des dysfonctionnements interactionnels significatifs parent(s)-enfant. Nous n'avions pas d'hypothèses particulières pour les réponses qui seraient apportées à cette question. Cependant les réponses devraient nous servir à évaluer l'intérêt de la construction d'un tel outil- certes transdisciplinaire- mais constitué à partir de la lecture psychomotrice des interactions.

Les deux dernières questions, ouvertes, permettaient aux répondants de préciser leurs éventuelles attentes par rapport à un outil, d'en anticiper peut-être ses limites et de soumettre un certain nombre d'idées utiles à sa construction. Nous imaginions que ces deux dernières questions pourraient apporter des éléments extrêmement riches et très intéressants dans la compréhension des besoins, mais également qu'elles dégageraient des pistes pour y répondre.

Partie IV – Résultats de la recherche

Nous exposons ici les données récoltées à partir du questionnaire numérique et en proposons une analyse.

Le lecteur notera que l'échantillonnage présenté n'est pas représentatif. Par conséquent, nos résultats sont des hypothèses qu'il conviendrait de confirmer, d'infirmer ou de compléter par une recherche d'une plus grande rigueur statistique.



Frise chronologique 5 – Analyse des données de la recherche

Afin de faciliter la lecture des données et des résultats d'analyses, nous souhaitons exposer brièvement la méthode de traitement que nous avons employée.

Pour certaines questions, nous avons choisi de comparer les réponses des psychomotriciens à celles des autres professionnels de santé (les médecins généralistes, les auxiliaires de puériculture, les orthophonistes, les infirmiers, les psychologues, les puériculteurs-trices, les assistants sociaux, les kinésithérapeutes, les éducateurs de jeunes enfants, les éducateurs spécialisés et les pédiatres). Pour ce qui concerne l'analyse des signes cliniques renseignés par les professionnels (question 16 du questionnaire) nous avons effectué une comparaison en fonction de la profession des répondants.

Pour alléger la lecture des données, nous les avons compilées sous forme de tableaux et/ ou de diagrammes que le lecteur pourra retrouver en annexe et/ou dans le corps du texte.

Nous avons obtenu 78 réponses entre le 07 mars et le 22 avril 2022.

12. Détail des résultats et premier niveau d'analyse

12.1 Connaitre le répondant

- Données générales récoltées

Parmi les 78 réponses, nous comptabilisons 47,4% de psychomotriciens et 52,6% de professionnels de santé ou médico-sociaux, « autres professions ».

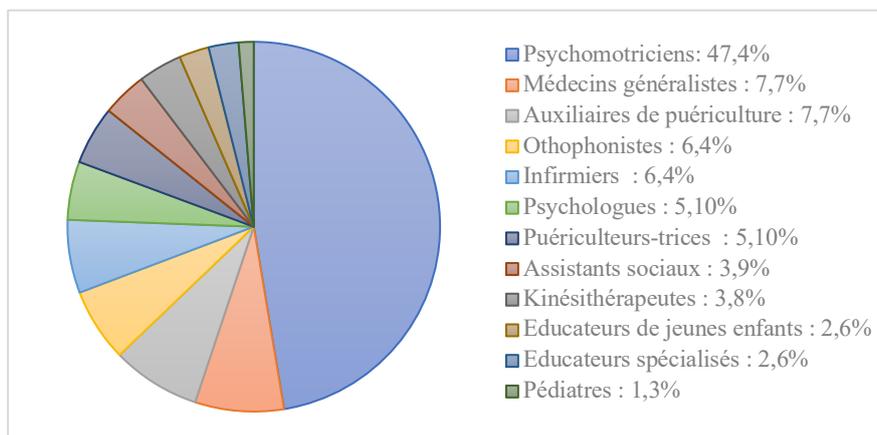


Tableau 2 : diagramme de la répartition des répondants

Parmi les répondants, 9% des professionnels sont issus d'une reconversion. Pour ces derniers, l'analyse de leurs exercices professionnels antérieurs met en évidence des professions très différentes à celle qu'ils exercent actuellement : comptable, commerciale, banquier, etc. Ces anciens exercices se trouvent là où la rentabilité économique a la primauté sur les relations humaines. Nous pouvons formuler l'hypothèse que ces professionnels se sont éloignés de leurs anciennes fonctions pour favoriser des métiers dans lequel l'humain est au cœur des préoccupations.

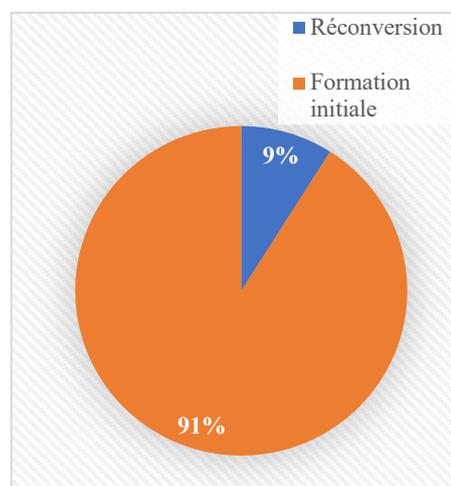


Tableau 3 : diagramme représentant le pourcentage de reconversion

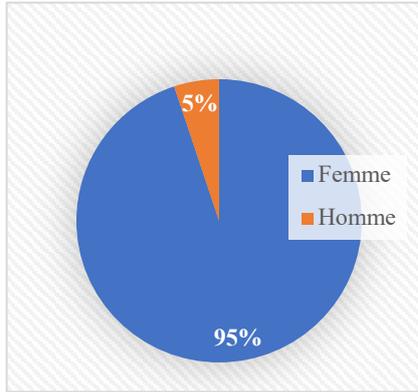


Tableau 4 : diagramme représentant la répartition homme/femme des répondants

Le sexe ratio général est majoritairement féminin. Bien que conscientes de la sur-représentation des femmes dans ce milieu, cet écart nous a surprises.

Initialement, nous pensions étudier un lien de causalité éventuel entre le lieu de formation initiale des professionnels et le niveau de sensibilisation aux dysfonctionnements interactionnels. Néanmoins, au regard des données récoltées, une analyse fiable n'est pas envisageable car cette question n'a été que partiellement renseignée par les répondants.

- Expérience professionnelle

Ces résultats montrent que les répondants ont été formés à des périodes différentes. Ces données récoltées vont nous permettre d'évaluer l'impact de l'expérience professionnelle (que nous corrélons à l'âge du diplôme) dans la sensibilité à la maltraitance et dans la capacité de repérage des dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant.

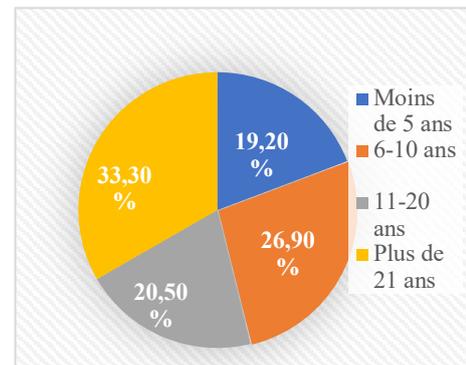


Tableau 5 : diagramme montrant la répartition des années d'expérience

Enfin, nous souhaitons comparer les lieux d'exercices (localisation géographique et type de structure) des répondants au regard de leur degré d'intuition ainsi que leur sensibilisation aux dysfonctionnements interactionnels. La majorité des réponses étant incomplètes, l'exploitation des données ne peut donner lieu à une analyse fiable.

Il en va de même pour ce qui concerne les expériences antérieures auprès de la petite enfance. Néanmoins, le lecteur notera qu'au moins 18% des professionnels ont une expérience en P.M.I. ce qui nous laisse penser qu'ils ont été davantage sensibilisés à ce type de problématique.

12.2 L'établissement d'un lien entre dysfonctionnements interactionnels et maltraitance : comparaison entre psychomotriciens et autres professionnels

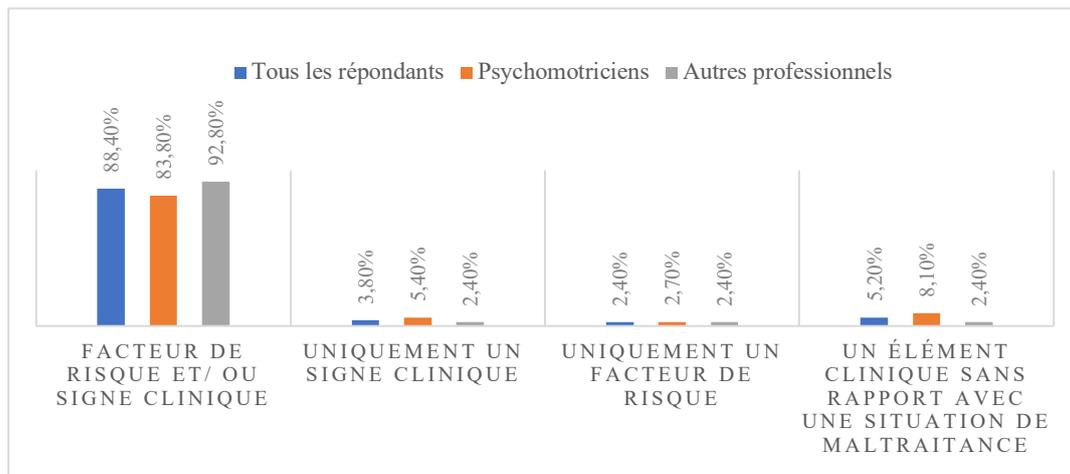


Tableau 6 : diagramme montrant le lien entre dysfonctionnement interactionnel et maltraitance

Une grande majorité des professionnels répondants, soit 94,8%, déclare que les dysfonctionnements interactionnels sont en lien avec une situation de maltraitance. Plus précisément 88,4% considèrent ces dysfonctionnements comme étant un signe clinique et/ou un facteur de risque. Contrairement à notre hypothèse de départ 90,8% des professionnels indiquent que ces dysfonctionnements interactionnels constituent un facteur de risque. Néanmoins, nous notons que 5,2% des répondants considèrent que ces dysfonctionnements sont sans rapport avec une situation de maltraitance et parmi eux 8,10% des psychomotriciens interrogés.

Nous avons été surprises contenu des données disponibles à ce sujet en particulier publiées par l'OMS et la HAS. S'agit-il d'un problème d'information, de formation ou d'accompagnement professionnel ?

12.3 Genèse des ressentis intuitifs quant aux dysfonctionnements interactionnels

Nous avons demandé aux répondants d'identifier l'origine de ce qui avait pu alimenter leur intuition quant à des dysfonctionnements interactionnels : à partir du travail auprès des enfants, à partir du travail auprès des parents, à partir du travail auprès des parents d'une part et auprès des enfants d'autre part, à partir du travail dans l'observation de l'interaction entre parent-enfant. Voici un tableau récapitulatif des données⁶.

	Tous les répondants	Répondant ayant coché plusieurs propositions
A partir de mon travail auprès des enfants	5,1%	53,1%
A partir de mon travail auprès des parents	-	24,5%
A partir de mon travail auprès des parents d'une part et auprès des enfants d'autres part	11,5%	61,2%
A partir de mon travail dans l'observation de l'interaction entre parent-enfant.	15,4%	89,8%
Dans plusieurs de ces situations	62,9 %	Dans toutes les situations : 2%
Je ne pense pas avoir éprouvé de l'intuition dans ce domaine	5,1%	

Tableau 7 : diagramme : intuition vis-à-vis des dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant

En mettant ces questionnements en lien avec nos problématiques de départ, cela montre que l'intuition - dans la situation des dysfonctionnements interactionnels - est présente chez la majorité des professionnels. Néanmoins, 5,1% des répondants ne pensent pas avoir éprouvé d'intuition dans ces situations. L'intuition ressentie par tous ces professionnels ne constituerait-elle pas un point de départ à exploiter ?

Les données montrent qu'aucun professionnel ne ressent uniquement de l'intuition vis-à-vis du ou des parents. De plus, seulement 1/4 des répondants ayant coché plusieurs propositions ont de l'intuition vis-à-vis de ces derniers (en l'absence de l'enfant). Il apparaît donc que la présence de l'enfant est essentielle à l'émergence de cette intuition durant l'entretien et/ou à sa prise en considération.

⁶ Le lecteur notera que la troisième colonne du tableau correspond aux données des répondants ayant coché plusieurs propositions.

L'intuition semble davantage être présente lorsque les professionnels se trouvent confrontés à l'ensemble de ces situations : en présence de l'enfant, du parent et/ou de la dyade. Une grande majorité des professionnels ont de l'intuition dans plusieurs situations, et plus particulièrement dans l'interaction entre le(s) parent(s) et l'enfant ou bien à partir du travail auprès des parents d'une part et auprès des enfants d'autres part. Cela tend à confirmer notre hypothèse précédente. Toutefois, nous pensions que les professionnels seraient davantage focalisés sur l'enfant ou le parent et non sur la dyade ; ce qui n'est pas le cas ici à la vue des données. Les professionnels semblent « reconnaître » l'importance des interactions parent(s)-enfant car ils y sont particulièrement attentifs.

Afin d'approfondir ces données, nous avons comparé les réponses de psychomotriciens à celles des autres professionnels. $\frac{3}{4}$ de l'ensemble des professionnels ressentent de l'intuition à partir des observations de la dyade ; pour les psychomotriciens cela concerne 67,6% d'entre eux dont 13,5% ne ressentent cette intuition que dans cette observation de la dyade. Comparativement 75,6% des professionnels non-psychomotriciens ressentent de l'intuition dans l'observation de la dyade dont 17% ne la ressentent que dans l'observation de celle-ci. La différence entre les deux groupes comparés est donc peu significative.

Ces différentes analyses nous permettent de formuler l'hypothèse qu'il pourrait y avoir peu ou pas de lien direct entre l'intuition et la formation professionnelle dans le repérage des dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant.

12.4 Analyse du lien entre l'intuition et l'expérience professionnelle

Pour traiter cette question, nous avons comparé les psychomotriciens et les autres professionnels quant à l'hypothétique lien entre l'intuition et les années d'expérience.

Voici les données : 50% des psychomotriciens de moins de 10 d'expérience éprouvent de l'intuition, contre 51% des autres professionnels. De plus lorsque les professionnels, généralement, ont plus de 10 ans d'expérience, nous obtenons 50% des psychomotriciens qui éprouvent de l'intuition contre 49% des autres professionnels.

Ces résultats semblent montrer qu'il n'existe pas non plus de lien direct significatif entre l'expérience professionnelle et l'intuition ressentie face aux dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant. Nous émettons l'hypothèse que cette intuition serait potentiellement issue d'une base commune à l'ensemble des professionnels interrogés.

12.5 Comment les professionnels parviennent-ils à utiliser leur intuition ?

Le lecteur notera que cette question concerne uniquement les professionnels ayant répondu ressentir de l'intuition, soit 94,9% des répondants. La catégorie « autres » rassemblent les professionnels qui ne parviennent peu, pas ou pas suffisamment à utiliser leur intuition au moins d'une des façons que nous avons proposées.

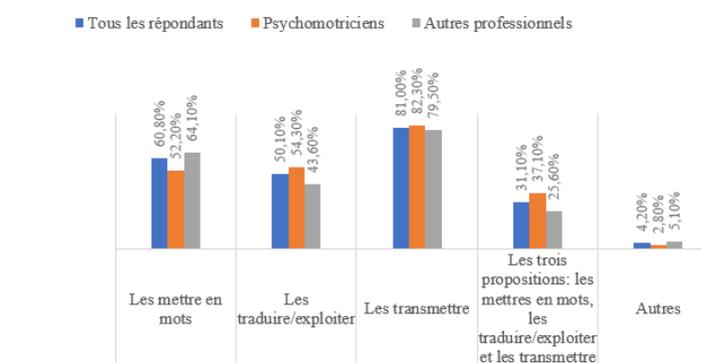


Tableau 8 : diagramme représentant l'utilisation de l'intuition par les professionnels

La différence entre les professionnels ressentant une intuition et ceux susceptibles de l'utiliser tend à nous montrer qu'un certain nombre de professionnels éprouvent des difficultés à l'utiliser. Les données tendent à montrer que les psychomotriciens sont plus à même de traduire/exploiter et transmettre leurs intuitions que les autres professionnels. En revanche, ils déclarent moins bien parvenir à les mettre en mots. Ces professionnels déclarent pour une grande majorité parvenir à transmettre leur intuition sans toutefois parvenir à la mettre en mot. Nous nous posons la question suite : sur le terrain comment cette transmission est-elle effectuée et ce mode de transmission est-il efficace dans la communication entre professionnels dans le cadre de la protection de l'enfance ?

Comparés aux autres professionnels, les psychomotriciens semblent plus à l'aise pour employer leur intuition dans les trois modalités à la fois. Nous pouvons émettre l'hypothèse que c'est la nature même de la formation du psychomotricien qui le conduit à être attentif à la fois au vécu, perçu, représenté y compris sur le plan non verbal et que du fait il s'autorise peut-être plus que les autres à y être attentif.

Pour aller plus loin nous avons souhaité comparer les années d'expérience et l'utilisation des trois modalités de l'intuition (mettre en mots, exploiter/traduire et transmettre).

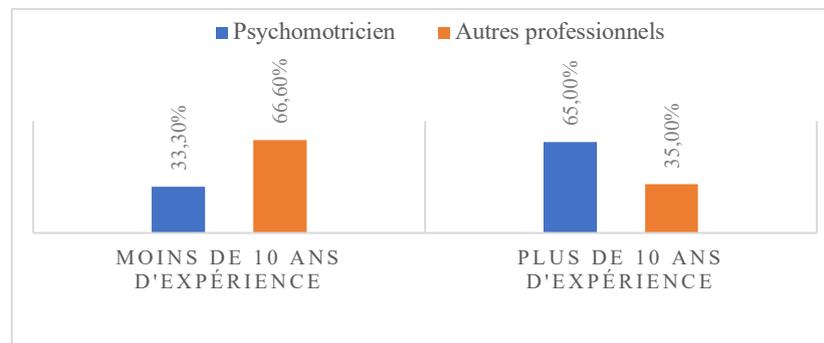


Tableau 9 : diagramme corrélant l'utilisation de l'intuition en fonction des années d'expérience

En début de carrière le psychomotricien semble moins à même d'employer les trois modalités de l'intuition vis-à-vis des dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant. Cette tendance s'inverse complètement avec l'expérience professionnelle. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce phénomène : ce renversement de situation est-il la résultante de la formation continue et donc des formations complémentaires ? Ce phénomène serait-il en lien avec les connaissances, l'habileté et l'attitude du psychomotricien ? L'expérience professionnelle du psychomotricien lui permet-il une meilleure confiance dans ses intuitions, ce qui lui permettrait de mieux les transmettre ?

Si nous considérons que le psychomotricien à cette compétence intuitive plus que les autres professionnels, cela peut être liée à son savoir, son savoir-faire et son savoir-être (connaissance, habileté et attitude). Ces savoirs positionnent le futur psychomotricien comme acteur dans ses acquisitions. Finalement, dans le cadre de repérage des dysfonctionnements interactionnels, ce n'est pas tant la formation initiale qui détermine l'utilisation de l'intuition mais celle-ci permettrait plutôt de fournir les outils pour la développer.

12.6 L'origine de l'intuition

Nous avons questionné les différents professionnels sur les origines possible de l'intuition.

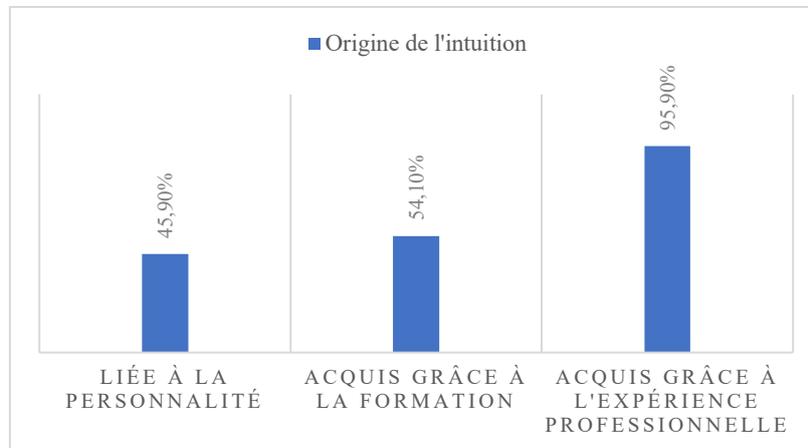


Tableau 10 : diagramme représentant les origines de l'intuition

Les professionnels s'accordent à dire qu'il existe une origine multiple. L'intuition semble relever d'une compétence qui repose donc sur un juste équilibre entre des éléments de savoir, de savoir-faire et de savoir-être (ou connaissance, habileté et attitude). Son mode d'apprentissage intervient à différents stades de l'expérience : il repose à la fois sur des prédispositions comportementales, sur un apprentissage initial et sur une capitalisation de l'expérience professionnelle : « [...] il s'agit d'une « *connaissance* immédiate et directe » et non d'une « *déduction* immédiate et directe » ni d'un « *savoir* immédiat et direct » (Pellé, 2020, p.46).

12.7 Niveau de sensibilisation au repérage des dysfonctionnements interactionnels

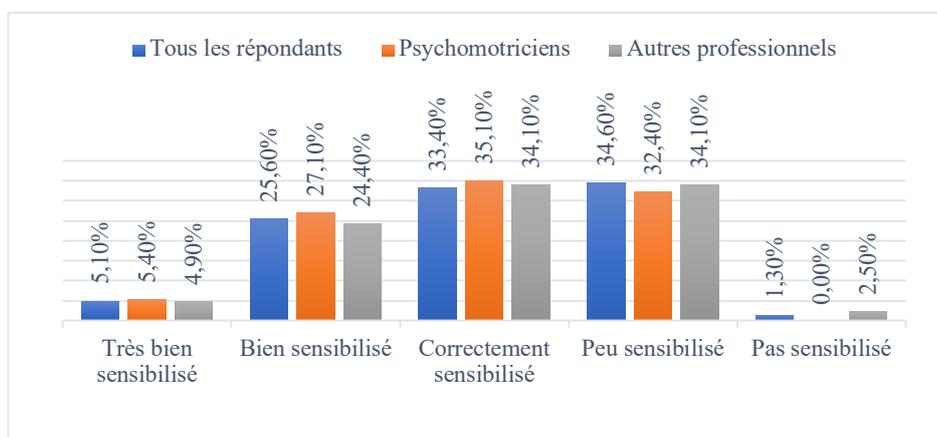


Tableau 11 : diagramme représentant le niveau de sensibilisation

L'analyse des données montre que plus d'1/3 des professionnels se déclare « pas » ou « peu » sensibilisé. Nous pensons que cela peut correspondre à un manque dans la formation et/ou à une insuffisance des politiques de prévention en population générale. Néanmoins, notons que les psychomotriciens semblent légèrement plus sensibilisés que les autres professionnels. Toutefois, il semble que l'ensemble des professionnels déclarent un déficit de sensibilisation par rapport à ce repérage.

12.8 Par quel(s) moyen(s) les professionnels sont-ils sensibilisés aux dysfonctionnements interactionnels ?

Le tableau ci-dessous établit une comparaison entre les différents moyens de sensibilisation : tous les répondants, les psychomotriciens et les autres professionnels.

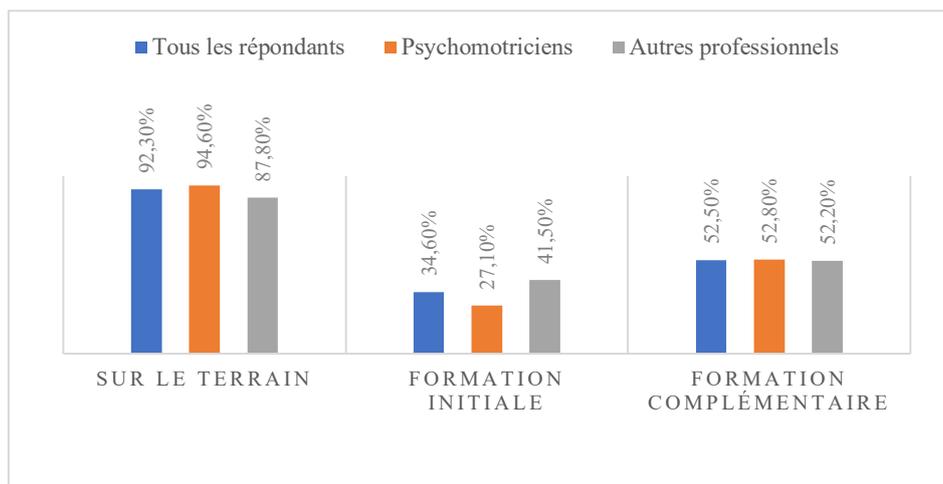


Tableau 12 : diagramme représentant le(s) moyen(s) de formation au dysfonctionnements interactionnels

Les professionnels déclarent majoritairement être sensibilisés par leur clinique. Environ un professionnel sur deux estime que les formations complémentaires participent à sa sensibilisation quant aux dysfonctionnements interactionnels. Mais seulement 1/3 dit l'avoir été par sa formation initiale. Il est à noter que 3,9% mentionnent également le milieu personnel comme source de sensibilisation.

Il semblerait que ces données mettent en évidence un déficit dans la formation initiale et/ou continue pour ce qui concerne le repérage des dysfonctionnements interactionnels significatifs y compris la prise en considération de la maltraitance. Ce sont des déficits qui se retrouvent aussi bien chez les psychomotriciens (plus encore pour la formation initiale) que chez les autres professionnels.

12.9 Les répondants se sentent-ils en capacité d'agir face à une situation de dysfonctionnement interactionnel ?

Environ 50% des professionnels se sentent parfois, rarement ou jamais en capacité d'agir face à une situation de dysfonctionnement interactionnel.

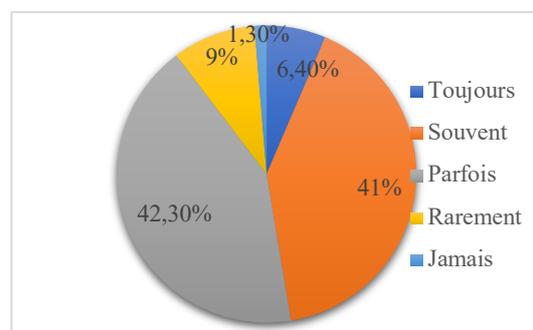


Tableau 13 : diagramme représentant la capacité d'agir face à une situation de dysfonctionnement interactionnel

Ces mêmes résultats se retrouvent dans des proportions équivalentes chez les psychomotriciens comme chez les autres professionnels.

12.10 Un bon niveau de sensibilisation permet-il d'agir plus souvent ?

Nous avons fait le choix de mettre en parallèle la sensibilisation et la capacité d'agir afin d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses. Le tableau ci-dessous compare ces données⁷.

Sentiment de sensibilisation / le fait d'agir	Toujours*	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Très bien sensibilisé*	-	2	2	-	-
Bien sensibilisé	1	11	8	-	-
Correctement sensibilisé	3	13	8	2	1
Peu sensibilisé	1	6	15	4	-
Pas sensibilisé	-	-	-	1	-

Tableau 14 : diagramme représentant le degré de sensibilisation en lien avec la capacité d'agir
*Répondant ayant déclaré

Les données montrent que dans l'ensemble plus un professionnel dit être sensibilisé, plus il se dit être en capacité d'agir face à une situation de dysfonctionnement interactionnel parent(s)-enfant et inversement.

⁷ Le lecteur notera que les chiffres dans les deux tableaux suivants correspondent à un nombre d'individu.

Nous avons par la suite souhaité effectuer ce même parallèle en comparant les psychomotriciens aux autres professionnels (tableaux 41 et 42 en annexe). Les données montrent une tendance équivalente entre les deux groupes (légèrement plus importante pour les psychomotriciens).

12.11 Qu'en est-il des professionnels qui déclarent exploiter leur intuition de toutes manières proposées dans le questionnaire ? Est-ce en lien avec leur capacité à agir ?

Dans le tableau ci-dessous sont comparées les données suivantes : l'échantillon concerne les répondants utilisant leur intuition sous toutes ces modalités (les mettre en mot, les traduire/exploiter et les transmettre), en comparaison avec leur capacité à agir face aux situations de dysfonctionnements interactionnels.

	Tous les répondants	Psychomotriciens	Autres professionnels
Toujours*	2	-	2
Souvent	14	9	5
Parfois	7	4	3
Rarement	-	-	-
Jamais	-	-	-

*Tableau 15 : diagramme de l'utilisation de l'intuition en lien avec la capacité d'agir des répondants
Répondant ayant déclaré

Les données montrent que les professionnels qui exploitent intégralement leur intuition ont une capacité d'agir plus importante. Cela se retrouve pour les psychomotriciens autant que pour les autres professionnels.

L'analyse de ces résultats semble mettre en avant une corrélation entre la capacité d'exploitation de l'intuition et la capacité d'agir face à une situation de dysfonctionnements interactionnels.

12.12 Analyse des signes cliniques par profession

Chaque professionnel a communiqué quatre signes cliniques qui l'alerte quant à un dysfonctionnement interactionnel significatif. Pour en faire l'analyse nous les avons répertoriés

en utilisant la classification du guide de « Enfant en danger. Que faire ? » édité par le conseil départemental de la Seine Saint- Denis. Dans ce dernier les signes sont classés en deux catégories elles-mêmes divisées en deux sous-catégories.

D'une part nous retrouvons les signes d'alerte chez l'enfant (symptômes physiques ou trouble du comportement et du développement) et signes d'alerte chez l'adulte dans le contexte de vie de l'enfant (attitudes éducatives non adaptées ou comportement à l'égard de l'enfant). Nous nous sommes particulièrement intéressées au premier signe cité par les professionnels car nous pensons qu'il est sans doute celui auquel ils sont le plus attentifs. Un tableau retraçant toutes les données concernant les signes cliniques cités se trouve en annexe.

12.12.1 Les médecins généralistes

- L'ensemble des signes d'alerte cité par les médecins

Les signes d'alerte les plus cités chez les médecins sont environs pour $\frac{3}{4}$ liés aux signes d'alerte chez l'enfant.

Ces données nous ont surprises. En effet les signes d'alerte provenant du parent sont rarement cités alors que les consultations médicales se font en présence presque systématique du ou des parent(s).

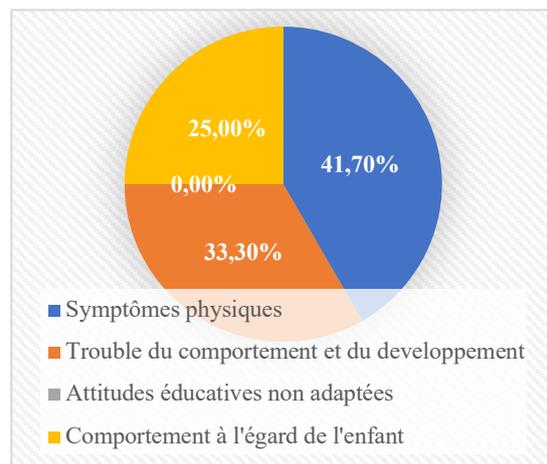


Tableau 16 : diagramme de la répartition des signes cliniques : les médecins

L'élément le plus représentatif est le suivant : les médecins ont tendance à repérer les dysfonctionnements interactionnels par les symptômes physiques. Les signes cités sont des coups, brûlures, des douleurs abdominales, ... ceux-ci renvoient à une maltraitance avérée. Ils semblent donc principalement repérer le dysfonctionnement interactionnel lorsque celui-ci est un signe clinique d'une maltraitance déjà présente. Néanmoins, ils ont tous répondu que les dysfonctionnements interactionnels pouvaient être un facteur de risque. Cela suggère que sur le plan clinique ils sont plus engagés dans une démarche de repérage de la maltraitance plutôt que dans le repérage des facteurs de risque dans le champ de la prévention.

- Le premier signe d’alerte cité par les médecins

Les résultats montrent que le premier signe repéré par une majorité de médecins est lié au comportement et au développement de l’enfant.

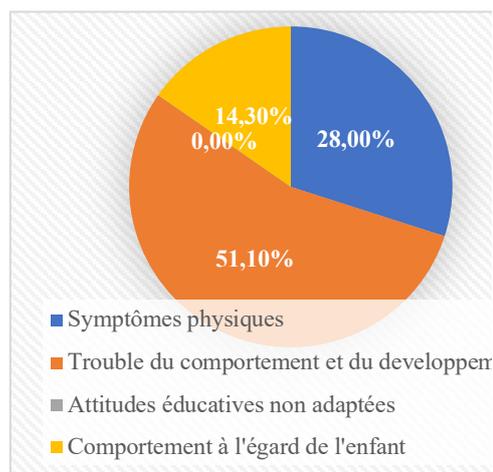


Tableau 17 : diagramme de la répartition du premier signe clinique observé : les médecins

12.12.2 Les infirmiers

- L’ensemble des signes d’alerte cité par les infirmiers

Les infirmiers évoquent à 81,3% des signes provenant de l’enfant. Il semblerait que dans ce champ le ou les parent(s) fasse(nt) l’objet de moins d’observation lors des différents échanges. Dans cette situation, les infirmiers sont attentifs au comportement de l’enfant ; néanmoins pour 1/3, les signes qui les alertent sont des signes physiques qui renvoient davantage à une situation de maltraitance déjà présente.

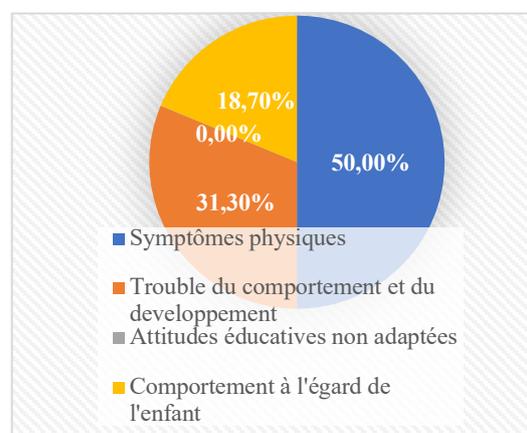


Tableau 18 : diagramme de la répartition des signes cliniques : les infirmiers

Ils semblent donc davantage également engagés dans le repérage de la maltraitance et non dans celle d’une situation à risque. Il semble que lorsqu’ils repèrent le dysfonctionnement interactionnel, celui-ci risque d’être déjà installé et l’enfant en situation de maltraitance. Pourtant eux aussi déclarent considérer les dysfonctionnements interactionnels comme un facteur de risque d’une situation de maltraitance.

- Le premier signe d’alerte cité par les infirmiers

Ces résultats mettent en évidence que les infirmiers, tout comme les médecins, s’alarment principalement sur des symptômes physiques mais que dans un premier temps c’est le comportement et le développement de l’enfant qui les alertent.

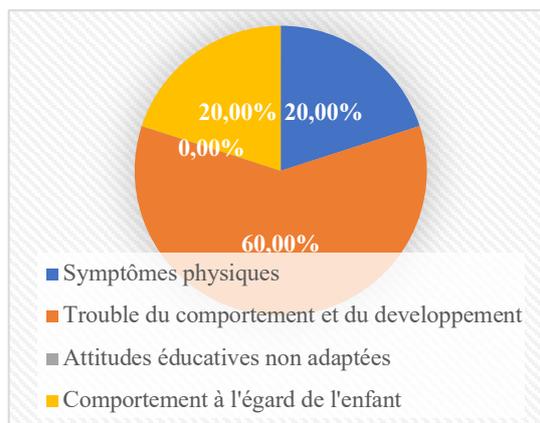


Tableau 19 : diagramme de la répartition du premier signe clinique observé : les infirmiers

12.12.3 Les kinésithérapeutes

- L’ensemble des signes d’alerte cité par les kinésithérapeutes

Les kinésithérapeutes répondent 75% de signe provenant de l’enfant. Le parent les alerte que dans $\frac{1}{4}$ des situations.

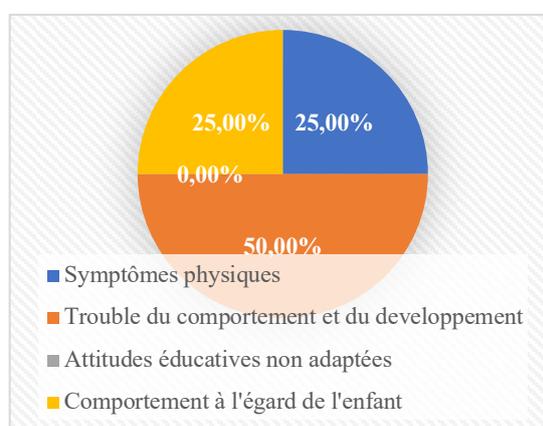


Tableau 20 : diagramme de la répartition des signes cliniques : les kinésithérapeutes

- Le premier signe d’alerte cité par les kinésithérapeutes

La comparaison avec le premier signe d’alarme montre que dans 50% des cas ce sont les symptômes physiques qui sont observés au même titre que le comportement et le développement de l’enfant.

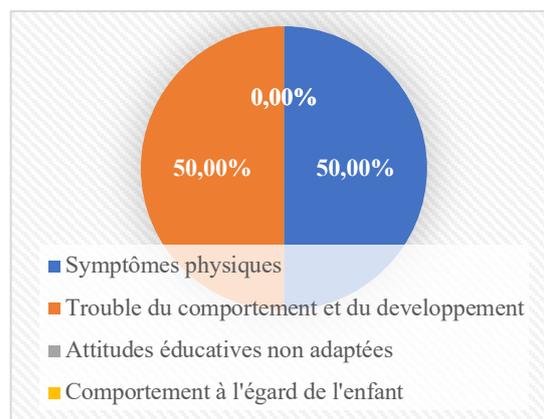


Tableau 21 : diagramme de la répartition du premier signe clinique observé : les kinésithérapeutes

Les kinésithérapeutes interrogés déclarent tous que les dysfonctionnements interactionnels sont des facteurs de risque. En corrélant l’analyse des signes cliniques, il semble que les kinésithérapeutes semblent engagés dans le repérage de la maltraitance mais aussi des dysfonctionnements comme situation à risque.

12.12.4 Les orthophonistes

- L’ensemble des signes d’alerte cité par les orthophonistes

Les orthophonistes répondent 68,3% de signes provenant de l’enfant. Pour 1/3 des signes d’alerte, ils sont observés au travers du comportement du parent envers son enfant. Les orthophonistes semblent attentifs aux échanges verbaux entre le parent et l’enfant au regard des réponses transmises.

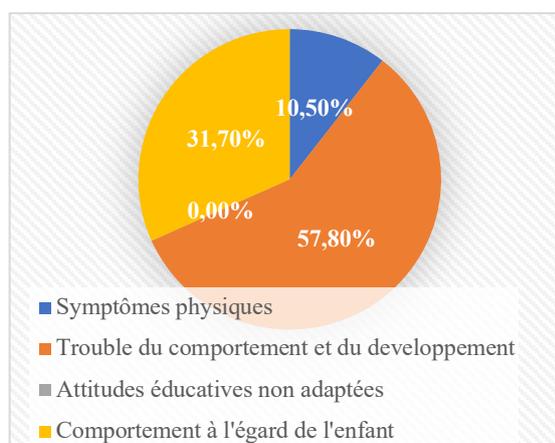


Tableau 22 : diagramme de la répartition des signes cliniques : les orthophonistes

- Le premier signe d’alerte cité par les orthophonistes

Le premier signe clinique cité par les orthophonistes provient à 100% de l’observation de l’enfant.

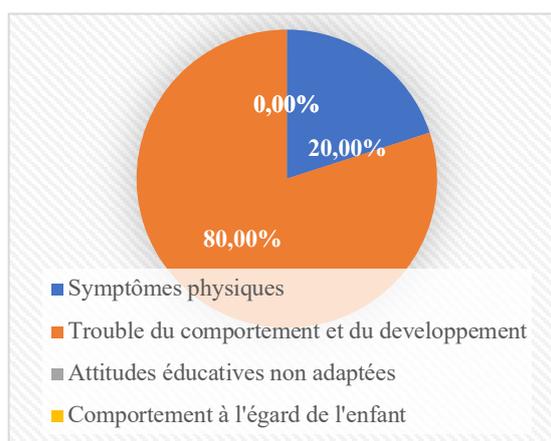


Tableau 23 : diagramme de la répartition du premier signe clinique observé : les orthophonistes

Au regard des premiers signes, les orthophonistes - ayant tous évoqués le facteur de risque de maltraitance des dysfonctionnements interactionnels - semblent d’avantage engagés dans le repérage des dysfonctionnements interactionnels comme situation à risque.

12.12.5 Les puériculteurs-trices

- L’ensemble des signes d’alerte cité par les puériculteurs-trices

Les puériculteurs-trices observent les signes provenant de l’enfant à 33,4% et à 66% provenant du parent. Les puériculteurs-trices semblent davantage observer les attitudes de l’adulte à l’égard de l’enfant, le manière dont le parent s’adresse à l’enfant par les mots, le manque d’attention du parent à l’égard de son enfant, la qualité du portage.

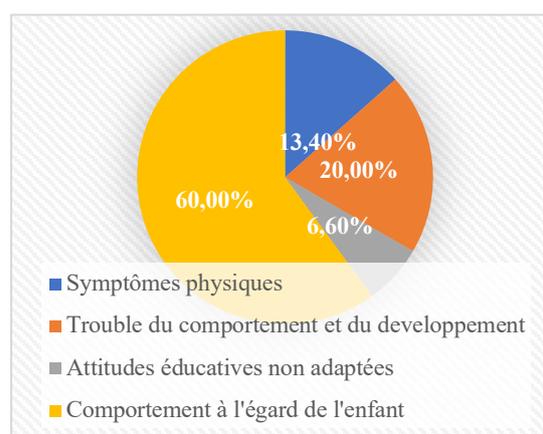


Tableau 24 : diagramme de la répartition des signes cliniques : les puériculteurs-trices

- Le premier signe d’alerte cité par les puériculteurs-trices

Le premier signe d’alarme est à 50% sur le comportement et le développement de l’enfant, 25% du comportement du parent et 25% les symptômes physiques.

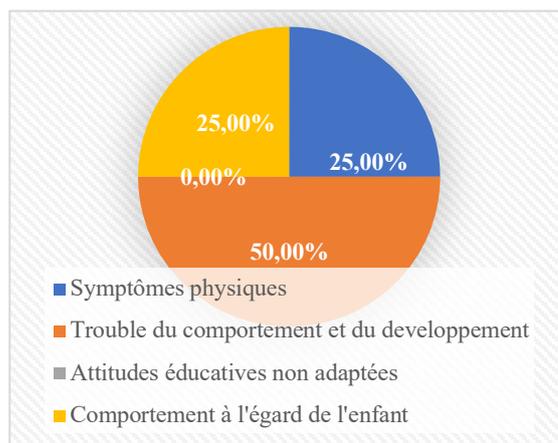


Tableau 25 : diagramme de la répartition du premier signe clinique observé : les puériculteurs-trices

Les puériculteurs-trices interrogé(e)s semblent principalement attentifs aux comportements du parent dans une optique de repérage des dysfonctionnements interactionnels qui peuvent être en amont d’une situation de maltraitance. Il est à noter qu’ils déclarent -dans leur intégralité- considérer les dysfonctionnements interactionnels comme des facteurs de risque de la maltraitance.

12.12.6 Les psychomotriciens

- L’ensemble des signes d’alerte cité par les psychomotriciens

Les signes d’alerte cités par les psychomotriciens sont à 91,9% liés à des éléments développementaux ou des attitudes comportementales -qu’elles proviennent de l’enfant ou de l’adulte-. Il semble que les psychomotriciens soient davantage attentifs aux interactions comportementales et à la dynamique des partenaires de l’échange, au regard des réponses individuelles qu’ils ont fournies dans le questionnaire (dialogue tonique, rythmicité des échanges, interactions visuelles,).

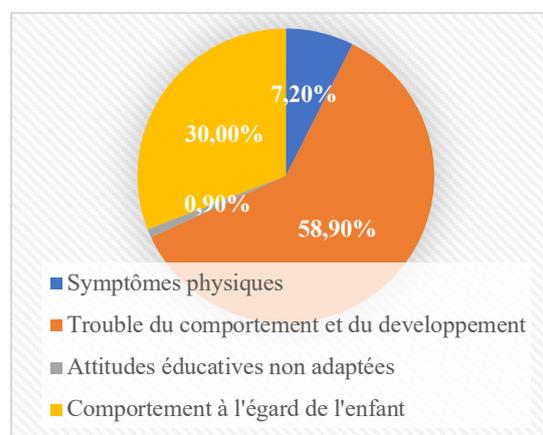


Tableau 26 : diagramme de la répartition des signes cliniques : les psychomotriciens

- Le premier signe d’alerte cité par les psychomotriciens

Il n’existe pas d’écart significatif entre les résultats concernant la nature de l’ensemble des signes cités et la nature du premier signe cité.

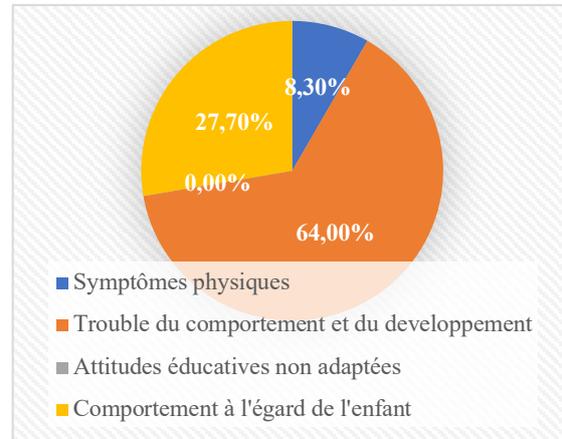


Tableau 27 : diagramme de la répartition du premier signe clinique observé : les psychomotriciens

Rappelons qu’un peu moins d’un psychomotricien sur dix ne considère pas que le dysfonctionnement interactionnel est un facteur de risque de maltraitance. Néanmoins dans leur ensemble les psychomotriciens semblent être particulièrement attentifs -de par leur culture professionnelle et de leur métier- aux interactions parent(s)-enfant et pourraient de fait s’inscrire davantage dans le versant du repérage des dysfonctionnements comme facteur de risque.

12.12.7 Les psychologues

- L’ensemble des signes d’alerte cité par les psychologues

Aucun signe cité n’est de nature physique. Les psychologues semblent davantage attentifs au comportement des différents acteurs et au développement de l’enfant.

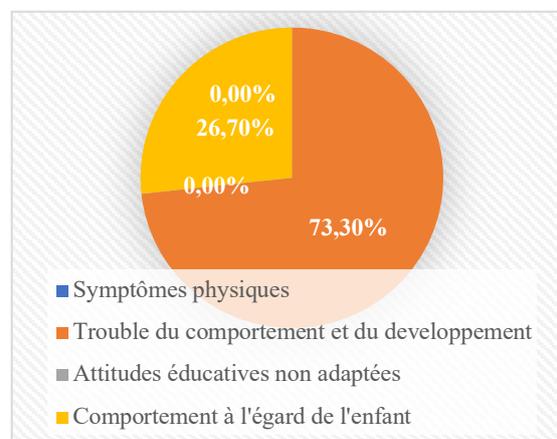


Tableau 28 : diagramme de la répartition des signes cliniques : les psychologues

- Le premier signe d’alerte cité par les psychologues

Le premier signe d’alerte est à 75% le comportement et développement de l’enfant (quête affective, agressivité, repli) et à 25% lié au comportement de l’adulte.

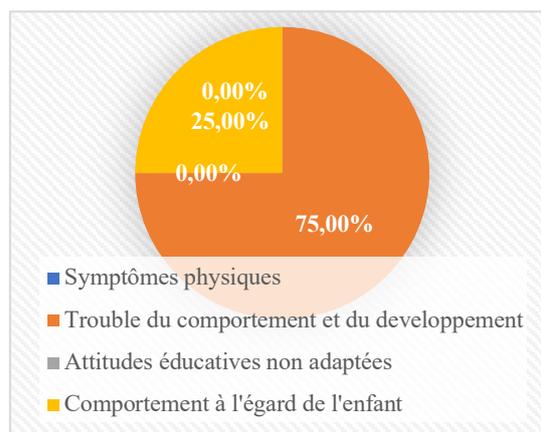


Tableau 29 : diagramme de la répartition du premier signe clinique observé : les psychologues

Les psychologues interrogés prennent tous en considération la dimension de facteur de risque des dysfonctionnements interactionnels dans leurs réponses. De fait, ils semblent donc à même de s’engager dans une démarche préventive.

12.12.8 Les éducateurs de jeunes enfants (EJE)

- L’ensemble des signes d’alerte cité par les éducateurs de jeunes enfants

Les éducateurs de jeunes enfants citent à 42,9% des troubles du comportement et du développement de l’enfant et à 57,1% les troubles du comportement du parent (« parle mal à son enfant »).

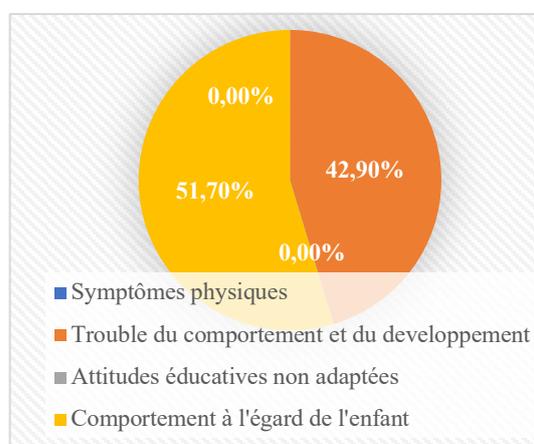


Tableau 30 : diagramme de la répartition des signes cliniques : les EJE

- Le premier signe d’alerte cité par les éducateurs de jeunes enfants

Le premier signe d’alerte se divise pour moitié dans l’observation du comportement et développement de l’enfant et l’autre moitié de celui du parent.

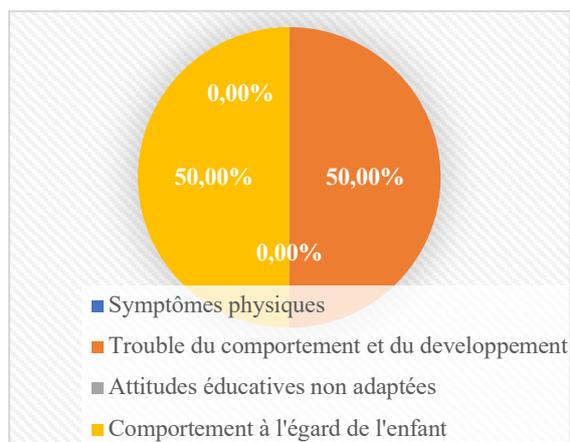


Tableau 31 : diagramme de la répartition des signes cliniques : les EJE

Les éducateurs de jeunes enfants sondés reconnaissent tous la dimension de facteur de risque de maltraitance des dysfonctionnements interactionnels. Tout comme les psychologues, ils semblent observer davantage les comportements ce qui pourrait les inscrire eux aussi dans une démarche de repérage préventif.

12.12.9 Les éducateurs spécialisés

- L’ensemble des signes d’alerte cité par les éducateurs spécialisés

Les éducateurs spécialisés citent les mêmes signes et dans des proportions égales à ceux cités par les psychologues, soit 71,4% des troubles du comportement et du développement de l’enfant et à 28,6% les troubles du comportement du parent. Aucun signe cité n’est de nature physique. Les éducateurs spécialisés semblent davantage attentifs aux différents acteurs de l’interaction.

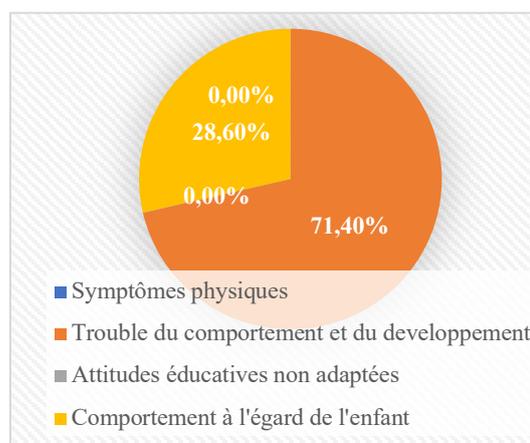


Tableau 32 : diagramme de la répartition des signes cliniques : les éducateurs spécialisés

- Le signe premier d’alerte cité par les éducateurs spécialisés

Le premier signe d’alerte est à 100% basé sur le comportement et le développement de l’enfant.



Tableau 33 : diagramme de la répartition des signes cliniques : les éducateurs spécialisés

Les éducateurs spécialisés interrogés ne citent pas de signes physiques alors que pour la moitié d’entre eux les dysfonctionnements interactionnels représentent uniquement un signe clinique. Cela nous surprend. Toutefois, au regard des signes cités, ils semblent s’inscrire dans une démarche davantage préventive dans le repérage des dysfonctionnements interactionnels.

12.12.10 Les assistants sociaux

- L’ensemble des signes d’alerte cité par les assistants sociaux

Les assistants sociaux citent à 65,4% les signes provenant de l’enfant et à 28,6% provenant du parent. Ces résultats sont semblables à ceux des orthophonistes. Pour 1/3 des signes d’alerte, ils sont observés à partir du comportement du parent.

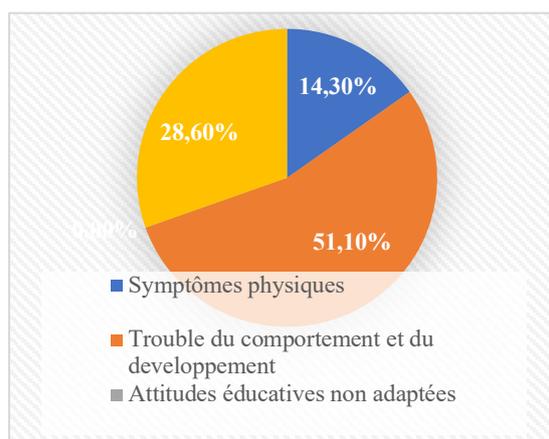


Tableau 34 : diagramme de la répartition des signes cliniques : les assistants sociaux

- Le premier signe d’alerte cité par les assistants sociaux

Le premier signe d’alerte se divise pour moitié dans l’observation du comportement et développement de l’enfant et l’autre moitié de celui du parent.

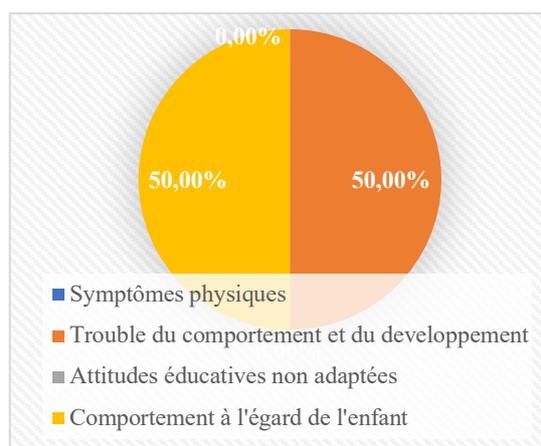


Tableau 35 : diagramme de la répartition des signes cliniques : les assistants sociaux

Les assistants sociaux interrogés reconnaissent tous la dimension de facteur de risque de maltraitance des dysfonctionnements interactionnels. Tout comme les psychologues, ils semblent observer davantage les comportements ce qui pourrait les inscrire eux aussi dans une démarche de repérage préventif.

12.12.11 Les auxiliaires de puériculture

- L’ensemble des signes d’alerte cité par les auxiliaires de puériculture

Les auxiliaires de puériculture citent des résultats semblables aux psychologues et aux éducateurs spécialisés et semblent comme eux attentifs aux comportements des différents acteurs de la relation.

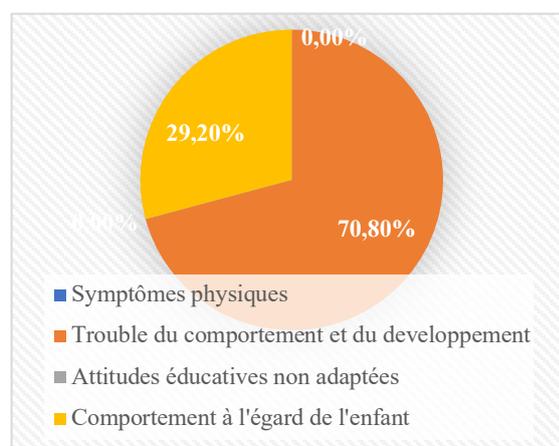


Tableau 36 : diagramme de la répartition des signes cliniques : les auxiliaires de puériculture

- Le premier signe d'alerte cité par les auxiliaires de puériculture

Le premier signe cité est à 83,4% lié au comportement et au développement de l'enfant et à 16,6% lié au comportement du parent.

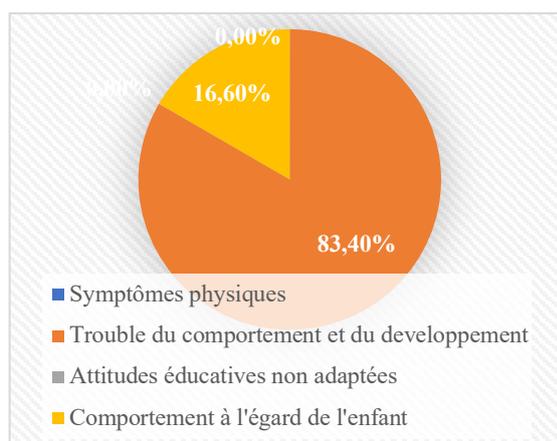


Tableau 37 : diagramme de la répartition des signes cliniques : les auxiliaires de puériculture

Le regard des auxiliaires de puériculture interrogés semble à la fois se porter sur le comportement et le développement de l'enfant mais également sur le comportement du parent ce qui leur permet sans doute d'être efficaces dans la dimension du repérage des dysfonctionnements interactionnels comme facteur de risque.

Les résultats et leurs analyses nous permettent de poser comme hypothèse que la manière dont les professionnels observent semble influencée par la culture professionnelle dont ils sont issus, et ce même si cette formulation peut sembler réductrice.

Notons que les classifications proposées pour les signes repérables -dont celle que nous avons utilisée- catégorisent qu'une part ce qui est directement observable sur l'enfant et d'autre part ce qui est directement observable chez les parents. Pourtant nous savons que c'est l'observation de la dyade et donc des interactions entre les deux partenaires qui est sans doute la source d'information la plus importante, en particulier dans le repérage des situations à risque. En réalité en y regardant d'un peu plus près, les signes considérés comme directement observables sont très souvent des signes interactionnels : « parle mal à son enfant », ...

Cependant les signes proposés ne nous semblent pas suffisants pour que tous les professionnels puissent repérer des dysfonctionnements interactionnels dans tous les champs des interactions comportementales, visuelles, ...et il nous semble de par notre formation de psychomotricien que la psychomotricité pourrait sans doute contribuer à l'élaboration de nouveaux outils pour le repérage de ces signes.

12.13 Les professionnels connaissent-ils les outils existants ?

Les données recueillies concordent avec nos hypothèses de départ. Quand les professionnels connaissent les outils mais ne les utilisent pas, ils justifient cela par le fait qu'ils ne sont pas adaptés, qu'ils ne sont eux-mêmes pas formés à l'outil ou encore que ces derniers ne leur correspondent pas.

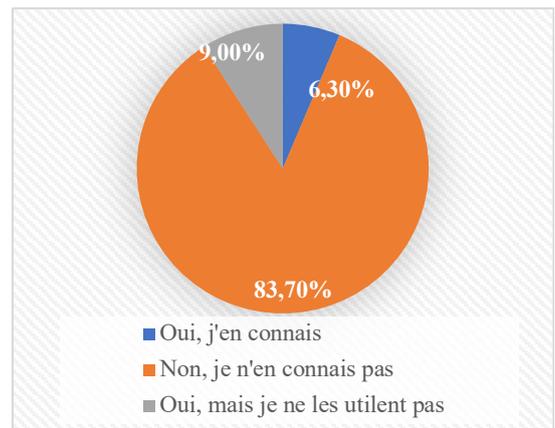


Tableau 38 : diagramme : connaissances des outils

12.14 Les professionnels seraient-ils intéressés par un outil de « culture psychomotrice » pour les guider ?

Les répondants sont à 93,6% à répondre qu'un outil de « culture psychomotrice » pourrait les intéresser et les soutenir dans ces missions de repérage et ce quel que soit leur exercice professionnel.

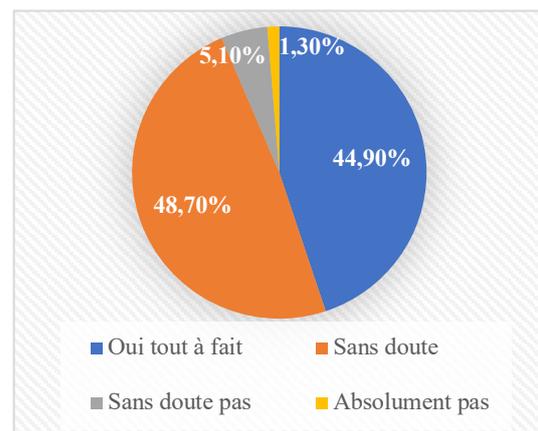


Tableau 39 : diagramme retraçant l'avis des professionnels pour un outil de « culture psychomotrice »

Ces résultats semblent montrer que ces professionnels pensent que l'approche psychomotrice pourrait les soutenir dans leur observation des interactions. Cela nous a étonné, en effet, si l'approche psychomotrice est plus ou moins connue et reconnue par les différents professionnels un certain nombre d'entre eux ne connaît pas précisément ces bases théoriques et ces outils cliniques. Nous pouvons émettre deux hypothèses à ce sujet : la première est l'ampleur du besoin ressenti par les professionnels et leur ouverture très large à l'idée d'une aide d'où qu'elle vienne. La seconde est que ces professionnels reconnaissent le plus souvent

l'efficacité du soin en psychomotricité sans toutefois savoir ni « pourquoi cela fonctionne », ni « comment cela fonctionne » propos d'un médecin pédiatre lors de l'un de nos échanges.

Nous ne pensons pas que ces deux hypothèses soient exclusives l'une de l'autre. De fait cela renforce notre conviction que la construction d'un outil de « culture psychomotrice » mais adressé à l'ensemble des professionnels pourrait constituer un projet de grand intérêt.

13. Synthèse et analyse générale

Une grande majorité des professionnels de l'étude reconnaît les dysfonctionnements interactionnels significatifs comme étant un facteur de risque et/ou un signe clinique d'une possible situation de maltraitance. Toutefois ce n'est pas une position unanime bien que ce lien soit reconnu comme un état de fait dans les recommandations officielles et la littérature scientifique à ce sujet.

Une grande majorité des professionnels déclare ressentir de l'intuition dans l'observation des interactions entre le parent et l'enfant. De plus, ils déclarent parvenir aisément à la transmettre.

Les psychomotriciens se déclarent davantage que les autres professionnels être en capacité d'utiliser leurs ressentis intuitifs sous l'ensemble des trois modalités suivantes : mettre en mot, traduire/exploiter et transmettre. Pour ces derniers, cette capacité semble croître avec les années d'expérience.

Une grande majorité des professionnels se sent modérément sensibilisée aux dysfonctionnements interactionnels. De plus, la sensibilisation respective de ces professionnels semble principalement en lien avec l'exercice clinique (versus la formation initiale et continue).

Il semble que les professionnels les mieux sensibilisés parviennent davantage à agir face aux dysfonctionnements interactionnels. Ce lien se vérifie plus encore dans les réponses données par les psychomotriciens. De plus, plus le professionnel parvient à exploiter son intuition sous l'ensemble de ces modalités plus il parvient à agir face à ces dysfonctionnements.

Les signes cliniques qui alertent les différents professionnels semblent liés à la culture professionnelle. Le psychomotricien semble être davantage attentif à la qualité des interactions.

Enfin, la majorité des professionnels déclare ne pas avoir connaissance des outils évaluant les interactions parent(s)-enfant et se disent qu'ils seraient intéressés et possiblement soutenus par un outil de repérage des dysfonctionnements interactionnels basé sur l'approche psychomotrice.

Partie V – Discussion

14. Difficultés des professionnels face à la maltraitance et aux situations à risque de maltraitance

Avant de nous intéresser à ce que cette recherche a pu montrer, nous aborderons quelques autres champs dans lesquels les professionnels peuvent être entravés quant à leur mission dans le champ de la politique de santé publique en termes de maltraitance.

De nombreux professionnels confient hésiter face à ces situations même lorsque certains éléments pourraient les conduire à penser que l'enfant est en danger. Certains peuvent craindre de commettre une erreur (ce qui pourrait avoir des répercussions lourdes pour la famille comme pour eux-mêmes), de rompre le lien avec la famille. D'autres pensent qu'ils ne sont pas les mieux placés pour effectuer ce travail et tendent à adresser les familles vers d'autres professionnels -adressage qui n'est pas toujours suivi d'effet-. Ces professionnels semblent méconnaître les différents niveaux d'action qui existent dans les schémas de protection de l'enfance, et se sentent investis d'une mission trop importante pour eux. En effet, la mission de tout professionnel consiste dans le repérage et la transmission des situations à risque ; l'évaluation en est faite de façon multidisciplinaire à des niveaux supérieurs. (Cf annexe 4). Toutes ces difficultés engendrent un défaut de repérage voire une perte de temps, et donc une perte de chance pour l'enfant et sa famille dans les situations de maltraitance ou à risque de maltraitance.

En plus de ces difficultés, ce qui fait sans-doute obstacle au premier chef, c'est la difficulté à objectiver un ressenti perçu cliniquement lors de la rencontre avec l'enfant et sa famille.

Selon l'étude, plusieurs points font obstacle. Environ 1/10 des professionnels ne reconnaît pas du tout de lien entre les dysfonctionnements interactionnels et le risque de maltraitance. Deuxièmement, un certain nombre de professionnels clés, comme les médecins, semblent peu engagés dans l'observation des interactions. Enfin, l'étude montre que les professionnels rencontrent plus ou moins de difficultés à transformer une intuition en capacité d'agir face à un dysfonctionnement interactionnel. La question de la prévention n'est donc pas résolue par ce type de repérage. 90,8% seulement de ces professionnels semblent en capacité de repérer et de transmettre partiellement des signes relevant des interactions à risque (ce que nous avons appelé les dysfonctionnements interactionnels comme facteur de risque), et surtout,

moins de la moitié sont en capacité d’agir face à ces situations. Pourtant ces dysfonctionnements interactionnels sont l’objet d’intuition pour une écrasante majorité d’entre eux.

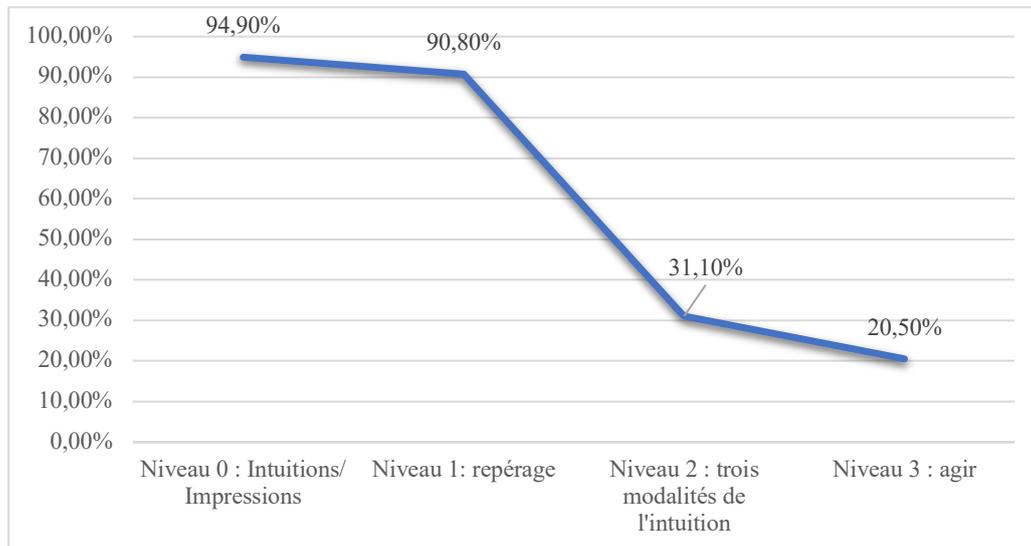


Tableau 40 : graphique retraçant la proportion de professionnels en fonction des différents niveaux

Nous pouvons penser que ces impressions (niveau 0 du graphique) restent en dette d’objectivation, et ne peuvent à ce titre être transformées dans le champ de l’agir, en particulier en prévention des maltraitances. L’écart entre le nombre de professionnels qui indiquent ressentir des intuitions en la matière et ceux qui se déclarent capables d’agir (passage du niveau 0 au niveau 3) semble aller dans ce sens.

Les différentes pistes permettant de favoriser une activité efficace pour la prise en considération des situations à risque pourrait être l’amélioration de la formation initiale et continue- 35,9 % déclarent ne pas être suffisamment sensibilisés-, et la mise à disposition d’un outil pour les soutenir dans leur confiance en eux-mêmes dans leurs observations, améliorer la communication de ces observations entre professionnels et sensibiliser l’ensemble des professionnels aux éléments liés aux observations des interactions.

Ces derniers éléments nous conduisent à penser que l’approche psychomotrice pourrait être pertinente dans l’élaboration de cet outil, ce que les résultats de cette étude semblent confirmer.

15. Plus-value psychomotrice et transdisciplinarité

En effet, le psychomotricien dispose d'outils conceptuels et théoriques pour penser les situations qu'il rencontre. Tout au long de ses études, il est invité à écrire et verbaliser ses ressentis et intuitions : les mettre en mots, les objectiver, les matérialiser, pour s'y confronter et surtout pour apprendre à s'écouter soi-même et à écouter l'autre dans les interactions qu'il mène avec lui d'un point de vue psychocorporel, verbal et non-verbal.

Par son savoir, savoir-faire et savoir-être il est outillé pour mettre en sens ses impressions et ses observations ; bien que nous notions la nécessité que ces savoirs demandent à être entretenus et travaillés. Ces savoirs, savoir-faire et savoir-être permettent au psychomotricien d'appréhender le sujet dans sa construction et dans sa dynamique psychocorporelle, d'approcher la manière dont il entre en relation, à partir des grandes fonctions psychomotrices liées à la sensorialité, au tonus, aux représentations corporelles, à son engagement dans le temps et dans l'espace. Cette sensibilité professionnelle sans cesse mise au travail, est particulièrement exploitable dans l'observation active des interactions parent(s)-enfant. Le psychomotricien devient en mesure d'objectiver des ressentis pourtant subjectifs puisqu'il reste en relation.

Ces outils « psychomoteurs », constitués sur la base de nombreux champs différents, peuvent être mis au service des autres professionnels au contact des parents et des enfants car ils relèvent de dimensions accessibles et intégrables par tous. Il nous semble que l'ensemble des professionnels concernés par le repérage de ces dysfonctionnements pourraient s'approprier un outil fondé sur cette approche psychomotrice. Même si l'objet n'était pas qu'ils en exploitent la totalité conceptuelle, cette approche reste cliniquement appréhendable par tous. A travers cette recherche, nous ne tendons surtout pas à montrer que la psychomotricité soit à elle seule une solution pour améliorer les démarches de prévention et de dépistage. Toutefois, cette profession en plein essor peut et a à participer activement à la recherche clinique, et à ses applications dans le champ de la santé publique, et dispose de moyens pour ce faire. Les attentes et la confiance que les professionnels semblent accorder à un outil psychomoteur pourraient confirmer l'hypothèse que le psychomotricien dispose bel et bien d'une place de « généraliste du champ paramédical », ce qui lui permet d'animer une certaine transdisciplinarité.

Si l'objectif de ce travail n'était pas de constituer un outil de repérage finalisé nous avons cependant souhaité en délimiter les bases et quelques contours, en souhaitant peut-être poursuivre notre recherche.

16. L'outil de culture psychomotrice

16.1 Objectifs

L'outil pourrait être destiné à l'ensemble des professionnels de santé et médico-sociaux au contact des familles ayant un enfant âgé de 0 à 6 ans. Il pourrait être appliqué dans le cadre de rencontre permettant l'observation des interactions parent(s)-enfant. Nous avons pu déterminer plusieurs objectifs en fonction des résultats de notre étude et des besoins dont les professionnels nous ont fait part :

- Déceler les dysfonctionnements interactionnels significatifs.
- Informer sur le lien entre dysfonctionnement interactionnel et maltraitance : facteur de risque et signe clinique.
- Évaluer le niveau de gravité.
- Aider le professionnel dans les démarches d'accompagnement des familles présentant des dysfonctionnements interactionnels significatifs.
- Éviter l'isolement professionnel, notamment des libéraux.
- Favoriser la transdisciplinarité et les échanges interprofessionnels.
- Soutenir le professionnel dans ses observations et ses intuitions. L'outil serait comme une formation complémentaire à l'égard des dysfonctionnements interactionnels significatifs. En d'autres termes, c'est lui donner les outils pour parvenir à objectiver. Le but est de permettre aux professionnels d'être guidés dans leurs observations : tous les professionnels sont en mesure de voir, percevoir et interpréter les dysfonctionnements interactionnels. Seul, il est parfois complexe de parvenir à agir et de proposer un accompagnement adéquat à la famille.
- Parvenir à généraliser une évaluation en prévention primaire : qu'il puisse être utilisé de façon systématique lors d'entretiens et/ou de consultations réalisés à des âges clés (à la manière des bilans de santé dits obligatoires réalisés à 4 mois, 9 mois, 12 mois, 24 mois et 4 ans).
- Informer le professionnel que les dysfonctionnements interactionnels et des maltraitements peuvent constituer des diagnostics différentiels.

16.2 Contenu et forme de l'outil

La forme de l'outil serait la suivante : des grilles de lecture à compléter par un système de cases à cocher pour en faciliter l'utilisation et limiter le temps nécessaire à y consacrer. Pour répondre à l'ensemble des objectifs, l'outil ne se suffit pas à lui-même, il est nécessaire qu'il puisse être intégré dans un système, appelé système d'outils, qui comporte la sensibilisation et la formation des professionnels à ce dispositif et un arbre décisionnel lui permettant de l'exploiter.

16.3 Les grilles

Ces grilles permettraient d'observer d'une part l'enfant, d'autre part le parent puis les interactions relationnelles dans la dynamique dyadique et/ou triadique. Selon ce principe, les grilles correspondraient à six tranches d'âge : 0-1 an, 1-2 ans, 2-3 ans... et 5-6 ans. Nous prenons en considération les remarques que les professionnels répondants nous ont adressées par le biais du questionnaire et leur demande de pouvoir nuancer les propositions à choisir pour répondre aux différents items de cette grille.

16.4 Exploitation des grilles

A chaque question, plusieurs propositions de réponses seraient formulées, et qui permettrait de quantifier l'importance du dysfonctionnement observé. Par exemple, le portage du parent vous paraît-il : « très bien adapté aux besoins de l'enfant, moyennement adapté aux besoins exprimés par l'enfant, peu adapté aux besoins de l'enfant, pas de portage ? » Chaque item correspondrait à un nombre de points. L'addition de ces points permettrait d'établir un score global permettant d'évaluer un niveau de risque (risque faible, risque modéré, risque élevé, risque très élevé) et en aucun cas de déterminer l'existence ou non d'une situation de maltraitance.

Nous pensons que cet outil devrait être potentiellement utilisable dans n'importe quel type de consultation ou d'entretien. Ce système d'outils pourrait être aussi la base d'un échange entre des professionnels, en particulier lorsqu'ils sont isolés au sein d'une institution ou par leur type d'exercice libéral, parce qu'il serait éventuellement connu de tous.

La fiabilité d'un tel outil ne pourra être mesurée qu'à partir d'une utilisation expérimentale. Ce qui pourrait faire l'objet de notre travail de Master, et ce qui bien entendu nécessite plusieurs années avant qu'il ne puisse être mis à disposition.

Son objectif serait de permettre à tout professionnel qui l'utiliserait d'être alerté, mais surtout de pouvoir communiquer plus aisément des observations objectivables et donc de les utiliser dans le cadre du dispositif de protection de l'enfance.

Conclusion

Tout au long de ce mémoire, nous avons déroulé notre réflexion afin de mettre en mots, exploiter et transmettre notre cheminement de pensée, nos interrogations ainsi que notre engagement dans le repérage des dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant et de la maltraitance infantile. Notre conviction s'en trouve renforcée : il s'agit d'un enjeu majeur en termes de santé publique, ce que le candidat réélu aux présidentielles françaises a réaffirmé, lors du débat de l'entre-deux tours du mercredi 20 avril 2022 : « la protection de l'enfance sera au cœur des cinq années qui viennent. » (Macron, 2022). Sans que toutefois nous n'ayons encore su limiter ce phénomène.

Loin de prétendre révolutionner le champ de la prévention des maltraitances, nous avons cherché à montrer dans ce travail qu'une approche transdisciplinaire peut non seulement garantir une stratégie efficace pour prendre en charge les situations de maltraitances mais aussi et peut-être surtout une stratégie préventive efficiente pour repérer le plus précocement possible les dysfonctionnements interactionnels en tant que facteurs de risque.

Aux origines de ce travail étaient des enfants et des familles confrontés à des difficultés de cette nature. La construction de ce mémoire nous a conduites dans des champs beaucoup plus théoriques et conceptuels. Toutefois la clinique développée dans nos stages respectifs et communs, et les derniers jours de l'élaboration de ce mémoire nous ont ramenées pour des raisons différentes dans le champ du phénomène : celui de l'observation directe des interactions entre les enfants et les parents, des émotions qu'elles suscitent en chaque individu contenu dans chaque professionnel. Nous en avons peut-être compris la complexité, liée à la dimension de ce à quoi elle nous renvoie, de notre propre enfance, de notre propre parentalité passée ou à venir.

En écrivant ces dernières lignes, nous pensons tout particulièrement aux enfants et parents que nous avons rencontrés, ceux qui nous ont transformées, questionnées, ceux que nous avons aidés et peut-être surtout à ceux, sans doute, que nous n'avons pas pu ou su accompagner.

Bibliographie

- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau - 2ème édition*. (P. 61). Dunod.
- Article L. 2112-2 du Code de la Santé Publique.
- Article L. 4021-1 du Code de la Santé Publique.
- Article 226-14 du Code Pénal.
- Article 434-3 du Code Pénal.
- Article 371-1 du Code Civil.
- Bekier, S., & Guinot, M. (2015). Chapitre 3 : Equipement et compétences du nourrisson. Dans Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J-M. (dir.), *Manuel d'enseignement en psychomotricité - Tome 1 : Concepts fondamentaux* (p. 87-110). De Boeck Sup.
- Buil, A. (2019). Chapitre 6 : Naissance prématurée et développement psychomoteur. Dans Devouche, E., & Provasi, J. (dir.) *Le développement du bébé de la vie fœtale à la marche : Sensoriel - Psychomoteur - Cognitif - Affectif - Social (Hors collection) (French Edition)* (p. 102103). Elsevier Masson.
- Butchart, A. (2007). Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants. Dans Kahane, T., & *International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect*. Organisation Mondiale de la Santé. (p.7,16).
- Décret n°62-840 du 19 juillet 1962, (J.O. 23 et 24 juillet 1962).
- Décret n°88-659 du 06 mai 1988 (J.O. 08 mai 1988).
- Ethnopsychiatrie. (2021). Dans *Le Petit Larousse illustré 2022* (p. 467). Larousse.

- Gatecel, A., Massoutre-Denis, B., Giromini, F., & Moyano, O. (2015). Chapitre 9 : La relation en psychomotricité. Dans *Manuel d'enseignement en psychomotricité - Tome 1 : Concepts fondamentaux* (1^{re} éd., p. 328-329). De Boeck Sup.
- Giromini, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S., & Vachez-Gatecel, A. (2022). *La psychomotricité. Que sais-je ?*
- Gratier, M. & Mallet, P. (2016). *Soutenir la motivation du tout-petit pour échanger, partager et comprendre son monde* n°437. (p.15-17). La santé en action.
- Guedeney, A., Le Foll, J., Viaux-Savelon, S., & Wendland, J. (2014). *Petite enfance et psychopathologie* (1^{rs} éd., p. 312). Elsevier Masson.
- Harrus-Révidi, G. (2006). Préface : La mère suffisamment bonne et l'enfant nécessairement seul. Dans Winnicott, D., *La mère suffisamment bonne* (Edition de Poche, p. 31). Payot & Rivages.
- Incidence. (2021). Dans *Le Petit Larousse illustré 2022* (p. 608). Larousse.
- INSERM (Salle de presse). (2022, 20 janvier). *Nouvelles anomalies cérébrales associées à la maltraitance infantile* [Communiqué de presse]. <https://presse.inserm.fr/nouvelles-anomalies-cerebrales-associees-a-la-maltraitance-infantile/44516/>
- Interdisciplinarité. (2021). Dans *Le Petit Larousse illustré 2022* (p. 626). Larousse.
- Intuition. (2021). Dans *Le Petit Larousse illustré 2022* (p. 631). Larousse.
- Korff-Sausse, S. (2016). *Le miroir brisé : L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste* (PLURIEL éd., p. 24). Hachette Pluriel Editions.
- Lamour, M., & Barraco, M. (1998). *Souffrance autour du berceau* (p. 26), Gaetan Morin Editeur.

- Lecointre, C. (2020). Intuition : génie ou folie : Réflexion autour de l'usage et de la légitimité de l'intuition dans le soin en pédiatrie. *Revue française d'éthique appliquée*, 9, 129-143.
<https://doi.org/10.3917/rfeap.009.0129>
- Lesage, B. (2019). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation* (p.10), (2^e éd.). Eres.
- Maltraitance. (2021). Dans *Le Petit Larousse illustré 2022* (p. 697). Larousse.
- *Maltraitance des enfants*. (2020, 8 juin). Organisation mondiale de la Santé.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Maltraiter. (2021). Dans *Le Petit Larousse illustré 2022* (p. 697). Larousse.
- Marcelli, D. (2008). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, n° 44(4), 123-129. <https://doi.org/10.3917/spi.044.0123>
- Miermon, A., Benois-Marouani, C., & Jover, M. (2015). Chapitre 2 : Le développement psychomoteur. Dans Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J-M. (dir.), *Manuel d'enseignement en psychomotricité - Tome 1 : Concepts fondamentaux* (p. 17-27). De Boeck Sup.
- Multidisciplinarité. (2021). Dans *Le Petit Larousse illustré 2022* (p. 893). Larousse.
- Observatoire National de la Protection de l'Enfance. (2019, 31 décembre). *Chiffres clés en protection de l'enfance*. ONPE.
https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_annee2019_0.pdf
- Organisation Mondiale De La Santé. (1948). *Rapport Flagolet - Annexe 1 : La prévention : Définitions et comparaisons*. solidarites-sante.gouv.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>

- Ordonnance n°45-2720 du 02 novembre 1945 (J.O. 05 novembre 1945).
- Paumel, C. (2019). Chapitre 20 La traversée adolescente : problématiques psychocorporelles et interventions psychomotrices. Dans Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (dir), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices - Fondements, domaines d'application, formation et recherche* (p. 257). Dunod.
- Pavot-Lemoine, C. (2018). *Des bébés et des crèches - Comprendre le développement du tout-petit pour mieux l'accueillir : Comprendre le développement du tout-petit pour mieux l'accueillir*. Dunod.
- Pavot-Lemoine, C., & Devanne, I. (septembre, 2022). *Le risque de ne pas y penser : Les conséquences des violences conjugales sur le développement des enfants : enjeu dans l'évaluation-dépistage en psychomotricité*. [Manuscrit en préparation].
- Pellé Reimers, V. (2020). Chapitre 3. Que nous disent les neurosciences sur l'intuition?. Dans *Tous intuitifs : L'intuition, l'âme de la performance* (p.46). Wavre : Mardaga.
- Potel, C. (2019). Introduction : Psychomotricité, un métier du présent, un métier d'avenir. Dans *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir (Trames) (French Edition)* (édition revue et augmentée éd., p. 16). Eres.
- Prévalence. (2021). Dans *Le Petit Larousse illustré 2022* (p. 930). Larousse.
- Prévention. (2021). Dans *Le Petit Larousse illustré 2022* (p. 931). Larousse.
- *Qu'est-ce que la maltraitance faite aux enfants ?* (2022, février 10). Ministère des Solidarités et de la Santé.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/proteger-les-enfants-face-aux-differentes-formes-de-maltraitements/article/qu-est-ce-que-la-maltraitance-faite-aux-enfants>

- Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2015). Chapitre 5 : Le tonus et la tonicité. Dans Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J-M. (dir.), *Manuel d'enseignement en psychomotricité - Tome 1 : Concepts fondamentaux* (p. 175-181). De Boeck Sup.
- Robert-Ouvray, S. B. (2020). *Psychomotricité du bébé : La construction des liens corps-esprit*. (p.129-167). Carnets DDB.
- Rosenblum, O., & Conquy, L. (2001). Serge Lebovici à Bobigny, la recherche clinique et l'enseignement se souviennent. *Spirale*, 17(1), p.119-121. <https://doi.org/10.3917/spi.017.0119>
- Scialom, P. (2015). Spécificité de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes. Dans Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J-M. (dir.), *Manuel d'enseignement en psychomotricité - Tome 2 : Méthodes et techniques* (p.14). De Boeck Sup.
- Solis-Ponton, L. (2001). Sur la notion de parentalité développée par Serge Lebovici. *Spirale*, n°17, 135-141. <https://doi.org/10.3917/spi.017.0135>
- Soppelsa, R., & Albaret, J.-M. (2015). Chapitre 1 : Situation de la psychomotricité. Dans Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J-M. (dir.), *Manuel d'enseignement en psychomotricité - Tome 1 : Concepts fondamentaux* (p. 1). De Boeck Sup.
- Spitz, R. (1949). Hospitalisme. *Revue française de psychanalyse*, 13(3), pp. 397-425.
- Taquet, A. (2019). Un enfant maltraité est un enfant dont on bafoue les droits, la santé et le développement. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (p.512-513). http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/pdf/2019_26-27.pdf
- Transdisciplinarité. (2021). Dans *Le Petit Larousse illustré 2022* (p. 1164). Larousse.
- UNICEF France. (2017, 2 novembre). *Des millions d'enfants dans le monde victimes de violences*. <https://www.unicef.fr/contenu/espace-medias/des-millions-d-enfants-dans-le-monde-victimes-de-violences>

- Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (2019). Chapitre 43 La formation initiale des psychomotriciens. Dans *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices - Fondements, domaines d'application, formation et recherche* (p. 495-517). Dunod.
- Viaux-Savelon, S., Leclere, C., Aidane, E., Bodeau, N., Camon-Senechal, L., Vatageot, S., Feldman, R., & Cohen, D. (2013). Validation de la version française du Coding Interactive Behavior sur une population d'enfants à la naissance et à 2 mois. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(1), 53-60.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.11.010>
- Violence. (2021). Dans *Le Petit Larousse illustré 2022* (p. 1208). Larousse.
- Vygotski, L. (1997). Dans *Pensée et langage* (p. 428). Sedit La Dispu.
- Wasterlain, A., Alexandre, M., & Gaugue, J. (2017). Observation des interactions précoces mère-bébé en situation de jeu : une revue de littérature des instruments. *Devenir*, Vol. 29(1).
<https://doi.org/10.3917/dev.171.0045>
- Winnicott, D. (1975). *Jeu Et Realite (Folio Essais)* (p. 205). Gallimard Education.
- Winnicott, D. W. (2006). La mère ordinaire normalement dévouée. Dans *La Mère suffisamment bonne* (p. 67). Payot.
- W. Pireyre, E. (2021). Chapitre 17 : Pour aller plus loin... *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (p.221), (3^e éd.). Dunod.

Sitographie

- <https://www.legifrance.gouv.fr>
- <https://www.inserm.fr/dossier/prematurite/>
- https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir
- <https://seinesaintdenis.fr/enfance-education-jeunesse/Prevention-et-protection-de-l-enfance/article/signaler-un-enfant-en-danger>

Source cinématographique

- De Gayffier, B. (Réalisateur). (1990). *Lien d'amour, lien de haine [Film]*. Département de psychopathologie UFR.

Sources complémentaires

- <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-et-la-maltraitance-envers-les-enfants/consequences-court-et-long-terme-de-la-maltraitance>
- Aitken, K-J., & Trevarthen, C. « *L'organisation soi/autrui dans le développement psychologique humain* ». (p.471-520). *La psychiatrie de l'enfant*, 2003/2, vol. 46.
- Hélie, S., & Clément, M-E. (2019). Un enfant maltraité est un enfant dont on bafoue les droits, la santé et le développement. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (p.512-513).
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/pdf/2019_26-27.pdf
- Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir, Vol. 19(2)*, 151-188. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>

Table des illustrations

<i>FRISE CHRONOLOGIQUE 1 – VUE D’ENSEMBLE</i>	11
<i>FRISE CHRONOLOGIQUE 2 – JOURNEES ANNUELLES DE THERAPIES PSYCHOMOTRICES</i>	14
<i>FRISE CHRONOLOGIQUE 3- DEBUT DU STAGE EN BINOME A LA P.M.I.</i>	17
<i>FRISE CHRONOLOGIQUE 4 – LA CONDUITE DE LA RECHERCHE</i>	62
<i>FRISE CHRONOLOGIQUE 5 – ANALYSE DES DONNEES DE LA RECHERCHE</i>	75
TABLEAU 1 : OMS. SCHEMA RECAPITULATIF DES DIFFERENTS FACTEURS DE RISQUE D’UNE SITUATION DE MALTRAITANCE INFANTILE	59
TABLEAU 2 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DES REpondANTS	76
TABLEAU 3 : DIAGRAMME REPRESENTANT LE POURCENTAGE DE RECONVERSION	76
TABLEAU 4 : DIAGRAMME REPRESENTANT LA REPARTITION HOMME/FEMME DES REpondANTS.....	77
TABLEAU 5 : DIAGRAMME MONTRANT LA REPARTITION DES ANNEES D’EXPERIENCE	77
TABLEAU 6 : DIAGRAMME MONTRANT LE LIEN ENTRE DYSFONCTIONNEMENT INTERACTIONNEL ET MALTRAITANCE	78
TABLEAU 7 : DIAGRAMME : INTUITION VIS-A-VIS DES DYSFONCTIONNEMENTS INTERACTIONNELS PARENT(S)- ENFANT	79
TABLEAU 8 : DIAGRAMME REPRESENTANT L’UTILISATION DE L’INTUITION PAR LES PROFESSIONNELS.....	81
TABLEAU 9 : DIAGRAMME CORRELANT L’UTILISATION DE L’INTUITION EN FONCTION DES ANNEES D’EXPERIENCE	82
83	
TABLEAU 10 : DIAGRAMME REPRESENTANT LES ORIGINES DE L’INTUITION	83
TABLEAU 11 : DIAGRAMME REPRESENTANT LE NIVEAU DE SENSIBILISATION	83
TABLEAU 12 : DIAGRAMME REPRESENTANT LE(S) MOYEN(S) DE FORMATION AU DYSFONCTIONNEMENTS INTERACTIONNELS	84
TABLEAU 13 : DIAGRAMME REPRESENTANT LA CAPACITE D’AGIR FACE A UNE SITUATION DE DYSFONCTIONNEMENT INTERACTIONNEL	85
TABLEAU 14 : DIAGRAMME REPRESENTANT LE DEGRE DE SENSIBILISATION EN LIEN AVEC LA CAPACITE D’AGIR ..	85
TABLEAU 15 : DIAGRAMME DE L’UTILISATION DE L’INTUITION EN LIEN AVEC LA CAPACITE D’AGIR DES REpondANTS.....	86
TABLEAU 16 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DES SIGNES CLINIQUES : LES MEDECINS	87
TABLEAU 17 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DU PREMIER SIGNE CLINIQUE OBSERVE : LES MEDECINS	88
TABLEAU 18 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DES SIGNES CLINIQUES : LES INFIRMIERS	88
TABLEAU 19 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DU PREMIER SIGNE CLINIQUE OBSERVE : LES INFIRMIERS	89
TABLEAU 20 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DES SIGNES CLINIQUES : LES KINESITHERAPEUTES.....	89
TABLEAU 21 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DU PREMIER SIGNE CLINIQUE OBSERVE : LES KINESITHERAPEUTES	90
TABLEAU 22 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DES SIGNES CLINIQUES : LES ORTHOPHONISTES	90
TABLEAU 23 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DU PREMIER SIGNE CLINIQUE OBSERVE : LES ORTHOPHONISTES ..	91
TABLEAU 24 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DES SIGNES CLINIQUES : LES PUERICULTEURS-TRICES	91
TABLEAU 25 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DU PREMIER SIGNE CLINIQUE OBSERVE : LES PUERICULTEURS-TRICES.....	92
TABLEAU 26 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DES SIGNES CLINIQUES : LES PSYCHOMOTRICIENS	92
TABLEAU 27 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DU PREMIER SIGNE CLINIQUE OBSERVE : LES PSYCHOMOTRICIENS	93
TABLEAU 28 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DES SIGNES CLINIQUES : LES PSYCHOLOGUES	93
TABLEAU 29 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DU PREMIER SIGNE CLINIQUE OBSERVE : LES PSYCHOLOGUES	94
TABLEAU 30 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DES SIGNES CLINIQUES : LES EJE	94
TABLEAU 31 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DES SIGNES CLINIQUES : LES EJE	95
TABLEAU 32 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DES SIGNES CLINIQUES : LES EDUCATEURS SPECIALISES	95
TABLEAU 33 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DES SIGNES CLINIQUES : LES EDUCATEURS SPECIALISES	96
TABLEAU 34 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DES SIGNES CLINIQUES : LES ASSISTANTS SOCIAUX	96
TABLEAU 35 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DES SIGNES CLINIQUES : LES ASSISTANTS SOCIAUX	97
TABLEAU 36 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DES SIGNES CLINIQUES : LES AUXILIAIRES DE PUERICULTURE	97
TABLEAU 37 : DIAGRAMME DE LA REPARTITION DES SIGNES CLINIQUES : LES AUXILIAIRES DE PUERICULTURE	98
TABLEAU 38 : DIAGRAMME : CONNAISSANCES DES OUTILS.....	99
TABLEAU 39 : DIAGRAMME RETRAÇANT L’AVIS DES PROFESSIONNELS POUR UN OUTIL DE « CULTURE PSYCHOMOTRICE ».....	99

TABLEAU 40 : GRAPHIQUE RETRAÇANT LA PROPORTION DE PROFESSIONNELS EN FONCTION DES DIFFERENTS NIVEAUX 102

Annexes

Annexe 1 : le décret de compétence du psychomotricien

JOURNAL OFFICIEL DU 6 JUILLET 1990
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉCRET

relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice

LE PREMIER MINISTRE,

SUR le rapport du ministre des affaires sociales et de l'emploi,

— VU le Code de la Santé Publique, notamment l'article L. 372,

— VU le décret no 74-112 du 15 février 1974, modifié notamment par le décret no 85-188 du 7 février 1985 portant création du diplôme d'État de psychomotricien,

— VU l'avis de l'Académie nationale de médecine,

Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

DÉCRÈTE :

ARTICLE 1^{er} :

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient

1) Bilan psychomoteur

2) Éducation précoce et stimulation psychomotrice

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

— retards du développement psychomoteur,

— troubles de la maturation et de la régulation tonique,

— troubles du schéma corporel,

— troubles de la latéralité,

— troubles de l'organisation spatio-temporelle,

— dysharmonies psychomotrices,

— troubles tonico-émotionnels,

— maladrotesse motrices et gestuelles, dyspraxies,

— débilité motrice,

— inhibition psychomotrice,

— instabilité psychomotrice,

— troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.

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

ARTICLE 2 :

Peuvent accomplir les actes professionnels énumérés à l'article 1^{er} les personnes titulaires du diplôme d'État de psychomotricien.

ARTICLE 3 :

Peuvent également accomplir les actes professionnels énumérés à l'article 1^{er} les salariés ayant exercé, à titre principal et dans les conditions fixées à l'article 1^{er}, l'activité de psychomotricien pendant au moins trois ans au cours des dix années précédant la date de publication du présent décret et qui auront satisfait dans les trois ans suivant cette date à des épreuves de vérification des connaissances. Les modalités d'organisation, la nature du contenu de ces épreuves ainsi que la composition du jury sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du conseil supérieur des professions paramédicales.

ARTICLE 4:

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi et le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal Officiel de la République française.

Fait à Paris, le 28 avril 1988

PAR LE PREMIER MINISTRE,
LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI
LE MINISTRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE
L'EMPLOI CHARGÉ DE LA SANTÉ.

Source :

<https://medecine.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2018/12/Decret-de-competence-du-psychomotricien.pdf>

Annexe 2 - Questionnaire

Bonjour à tou(te)s,

Nous sommes deux étudiantes en 3e année de psychomotricité à l'IFP, site Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Université. Dans le cadre de l'élaboration de notre mémoire, en vue de l'obtention du DE de psychomotricien, nous vous sollicitons afin de mener le plus justement possible notre projet.

Ce questionnaire est adressé à l'ensemble des professionnels de santé diplômé (médical, paramédical, médico-social...) en contact avec les parents et enfants de 0 à 6 ans. Nous aborderons ici : la prévention, l'intuition professionnelle ainsi que le repérage des dysfonctionnements interactionnels précoces significatifs (dont les maltraitances).

Merci par avance pour votre participation !

***Obligatoire**

1. Etes-vous ? **Une seule réponse possible.*

- Un homme
- Une femme
- Autre : _____

2. Quelle est votre profession ?

Plusieurs réponses possibles.

- Médecin généraliste
- Pédiatre
- Psychologue
- Psychomotricien(ne)
- Orthophoniste
- Assistant(e) social(e)
- Educateur(trice) de jeunes enfants
- Auxiliaire de puériculture
- Infirmier(ère)
- Puériculteur(trice)
- Autre : _____

3. Indiquez le lieu de votre formation professionnelle + Ville *

4. A quel âge avez-vous été diplômé ? **Une seule réponse possible.*

- 21 et moins
- 22-26 ans
- 27-35 ans
- 36 ans et plus.

5. Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ? **Une seule réponse possible.*

- Moins de 5 ans
- 6-10 ans
- 11-20 ans
- 21 ans et plus

6. Lieu(x) d'exercice(s) ACTUEL(S) + Ville *

7. Lieu(x) d'exercice(s) PASSÉ(S) (uniquement si cela concerne un exercice auprès d'enfants de 0 à 6 ans)

8. Votre profession actuelle est-elle une reconversion ? *

Une seule réponse possible.

Oui *Passer à la question 8 bis*

Non *Passer à la question 9*

8 bis

8 bis. Merci de précisez votre ancienne profession *

Dysfonctionnements interactionnels et intuition professionnelle

Dans cette section,

nous définissons "dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant significatifs" comme étant toutes les formes depuis les troubles significatifs des interactions jusqu'aux maltraitements avérés.

Nous regroupons sous le terme de maltraitements : les violences physiques, psychiques, psychologiques, sexuelles, économiques, administratives ; les carences primaires et secondaires (négligence physique, émotionnelle, affective...), et incluons l'exposition à la violence conjugale.

De même, ici, nous qualifions en tant que "intuition" l'ensemble des ressentis, des vécus étranges, déstabilisants ou particuliers qui peuvent nous traverser lors de notre exercice professionnel auprès des enfants et des familles.

9. Les dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant constituent pour vous : *

RAPPEL : définition "dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant significatifs" cf en-tête.

Une seule réponse possible.

- Uniquement un facteur de risque d'une situation de maltraitance
- Uniquement un signe clinique d'une possible situation de maltraitance
- Un facteur de risque ET/OU un signe clinique d'une possible situation de maltraitance
- Un élément clinique sans rapport avec une situation de maltraitance
- Autre : _____

10. Avez-vous déjà éprouvé des intuitions concernant des dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant significatifs lors de votre exercice professionnel ? *

Rappel des définitions en en-tête de la section

Une seule réponse possible.

- Oui, uniquement à partir de mon travail auprès des enfants
Passer à la question 11
- Oui, uniquement à partir de mon travail auprès des parents
Passer à la question 11
- Oui, uniquement à partir de mon travail auprès des parents d'une part ET auprès des enfants d'autre part. (ex : à partir d'entretien mené d'un côté avec le(s) parent(s) et de l'autre avec l'enfant) *Passer à la question 11*
- D. Oui, uniquement à partir de mon travail dans l'observation de l'interaction entre parent(s)-enfant (ex : en observant un moment partagé entre parent(s) et enfant)
Passer à la question 11
- Oui, dans plusieurs de ces situations *Passer à la question 10 bis*
- Non, je ne pense pas avoir éprouvé de l'intuition dans ce domaine
Passer à la question 13
- Autre : _____

bis Précisez

10. bis Vous avez déjà éprouvé des intuitions concernant des dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant dans plusieurs situations. Précisez lesquelles :

Plusieurs réponses possibles.

- A. A partir de mon travail auprès des enfants
- B. A partir de mon travail auprès des parents
- C. A partir de mon travail auprès des parents d'une part et auprès des enfants d'autre part
- D. A partir de mon travail dans l'observation de l'interaction entre parent(s)-enfant.
- Autre : _____

L'intuition dans le champ professionnel

Nous qualifions en tant que "intuition" l'ensemble des ressentis, des vécus étranges, déstabilisants ou particuliers qui peuvent nous traverser lors de notre exercice professionnel auprès des enfants et des familles.

11. Vis-à-vis de ces intuitions, vous parvenez à : (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Les mettre en mots
- Les traduire/ exploiter dans votre évaluation clinique
- Les transmettre
- Rien de tout cela
- Autre : _____

12. Pensez-vous que cette intuition est : (plusieurs réponses possibles, si autre, précisez) : *

Plusieurs réponses possibles.

- Liée à votre personnalité
- Une compétence acquise grâce à la formation
- Une compétence acquise grâce à l'expérience professionnelle
- Autre : _____

Intérêt d'un outil d'observations psychomotrices dans le repérage des dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant significatifs mais exploitable par tous.

Nous définissons "dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant significatifs" comme étant toutes les formes depuis les troubles significatifs des interactions jusqu'aux maltraitances avérées.

Nous regroupons sous le terme de maltraitances : violences physiques, psychiques, psychologiques, sexuelles, économiques, administratives ; les carences primaires et secondaires (négligence physique, émotionnelle, affective...), et incluons l'exposition à la violence conjugale.

13. Avez-vous l'impression d'avoir été suffisamment sensibilisé au repérage des dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant significatifs ? * *Une seule réponse possible.*

- Très bien sensibilisé
- Bien sensibilisé
- Correctement sensibilisé
- Peu sensibilisé
- Pas sensibilisé
- Autre : _____

14. Par quel biais avez-vous été sensibilisé ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Au cours de votre formation initiale
- Au cours de vos/votre formation(s) complémentaire(s)
- Sur le terrain
- Autre : _____

15. Vous sentez-vous en capacité de repérer puis d'AGIR face à une situation de "dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant" significatifs ? * *Une seule*

réponse possible.

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais
- Autre : _____

15 bis. Commentez, si possible, votre réponse précédente.

16. Citez 4 signes cliniques qui vous alertent sur une situation éventuelle de dysfonctionnement interactionnel parent(s)-enfant significatif ? *

17. Avez-vous connaissance de l'existence d'outils évaluant les dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant significatifs ? * *Une seule réponse possible.*

- Oui, ET je les utilise *Passer à la question 18*
- Oui, MAIS je ne les utilise pas *Passer à la question 17. bis*
- Non, je n'ai pas connaissance de l'existence de tels outils *Passer à la question 18*
- Autre : _____

Les outils

17. bis Pourquoi n'utilisez-vous pas ces outils ? *

L'outil psychomoteur

18. Est-ce qu'un outil d'observation de l'enfant ET du parent (type grille) pourrait vous soutenir dans le repérage des dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant significatifs ? Il s'agirait d'un outil s'appuyant sur des connaissances en psychomotricité mais exploitable par l'ensemble des professionnels au contact de la famille. * *Une seule réponse possible.*

- Oui tout à fait
- Sans doute
- Sans doute pas
- Non absolument pas

19. Enfin, quels sont vos besoins et vos attentes vis-à-vis d'un tel outil ? *

Vos conseils

20. Si vous avez des conseils/ recommandations/ indications/ compléments ou situations qui vous ont marquées, qu'il vous semble pertinent de nous transmettre ...c'est par ici !

Annexe 3 : données du questionnaire

Tableau 41 : degré de sensibilisation en lien avec la capacité d’agir des psychomotriciens

Sentiment de sensibilisation / le fait d’agir	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Très bien sensibilisé	-	1	1	-	-
Bien sensibilisé	1	4	5	-	-
Correctement sensibilisé	2	6	3	2	-
Peu sensibilisé	-	4	6	2	-
Pas sensibilisé	-	-	-	-	-

Tableau 42 : degré de sensibilisation en lien avec la capacité d’agir des professionnels autres que psychomotricien

Sentiment de sensibilisation / le fait d’agir	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Très bien sensibilisé	-	1	1	-	-
Bien sensibilisé	-	7	3	-	-
Correctement sensibilisé	1	7	5	-	1
Peu sensibilisé	1	2	9	2	-
Pas sensibilisé	-	-	-	1	-

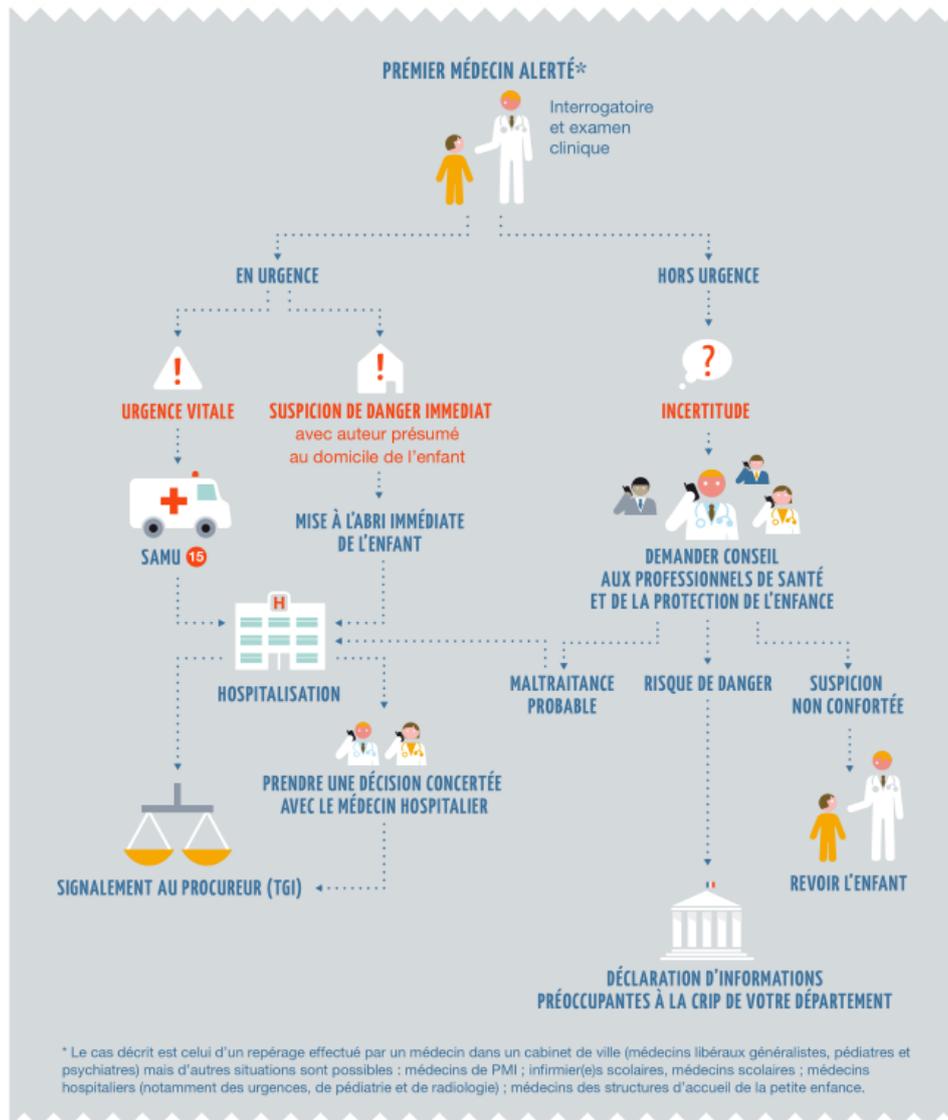
Tableau 43 : Signes d'alertes observés par les différents professionnels

	Signes d'alerte chez l'enfant		Signes d'alerte chez l'adulte dans le contexte de vie de l'enfant	
	Symptômes physiques	Trouble du comportement et du développement	Attitudes éducatives non adaptées	Comportement à l'égard de l'enfant
Médecins	41,7%	33,3%	-	25%
Infirmiers	31,3%	50%	-	18,7%
Kinésithérapeutes	25%	50%	-	25%
Orthophonistes	10,5%	57,8%	-	31,7%
Puéricultrices	13,4%	20%	6,6%	60%
Psychomotriciens	7,2%	58,9%	0,9%	33%
Psychologues	-	73,3%	-	26,7%
EJE*	-	42,9%	-	57,1%
Éducateurs spécialisés	-	71,4%	-	28,6%
Assistants sociales	14,3%	51,1%	-	28,6%
Auxiliaires de puériculture	-	70,8%	-	29,2%

*EJE : Éducateurs de jeunes enfants

Annexe 4 : HAS : schéma de Protection de l'Enfance : outil d'aide au signalement de la maltraitance chez les enfants – arbre décisionnel

Repérage et signalement de la maltraitance des enfants



Source : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir

Résumé

Aujourd'hui, et d'autant plus depuis la crise sanitaire, la maltraitance infantile constitue un véritable enjeu de santé publique qui doit conduire à chercher à en améliorer la prise en charge, en particulier préventive. Nous pensons que la psychomotricité a toute sa place dans cette dynamique. Stagiaires au sein d'un centre de Protection Maternelle et Infantile, les dysfonctionnements interactionnels parent(s)-enfant comme facteur de risque et/ou signe clinique d'une situation de maltraitance infantile ont guidés notre étude. Nous avons étudié la manière dont les professionnels confrontés à des ressentis intuitifs quant au risque de maltraitance infantile peuvent les transformer pour agir dans le cadre de la Protection de l'Enfance. Nous avons également cherché à montrer comment l'approche psychomotrice pourrait constituer un support transdisciplinaire au service de cet objectif. Pour ce faire, nous avons mené une enquête auprès de différents professionnels de santé et médico-sociaux. L'analyse des données recueillies nous a permis de mieux identifier ce qui fait encore obstacle pour les professionnels dans ce domaine, et de confirmer leur intérêt pour un outil susceptible de les soutenir, en particulier dans le champ de la prévention, pour la prise en considération des situations à risque de maltraitance. Enfin, nous avons proposé une ébauche de ce que pourrait être cet outil, fondé sur l'approche psychomotrice mais utilisable par tous. Ce mémoire retrace le cheminement de notre réflexion.

Mots-clés : maltraitance infantile, interactions parents-enfant, prévention, psychomotricité, transdisciplinarité.

Summary

Nowadays, and even more during the sanitary crises, child victimization is a real issue of public health. We should aim to improve its care and in particular preventive care. We think that psychomotricity should be fully involved in this dynamic. Our study was guided by the parent-child interactional dysfunctions as a risk factor and/or clinical sign of a child abuse situation, through an internship in a Maternal and Infant Protection Center. We have examined the reaction of professionals when confronted with intuitive feelings about the risk of child abuse. More precisely, we were interested in the way that professionals could transform this feeling to act in the framework of Child Protection. We also attempted to show how the psychomotor approach could constitute transdisciplinary support for this objective. To reach this goal, we performed a study with various health and medico-social professionals. Thanks to

the analysis of the data we collected, we managed to better identify the remaining barriers for professionals in this field. Furthermore, we confirmed their interest in a tool able to support them, particularly in the field of prevention, and take into consideration situations of risk abuse. Finally, we proposed a draft of what this tool could be, based on the psychomotor approach, but usable by all. This memoir traces the path of our reflection.

Keywords : child victimization, parent-child interactions, prevention, psychomotricity, transdisciplinarity.