



HAL
open science

Être et devenir : les liens d'attachement dans le contexte de la prématurité

Clémence Cremoux

► **To cite this version:**

Clémence Cremoux. Être et devenir : les liens d'attachement dans le contexte de la prématurité. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00865841

HAL Id: dumas-00865841

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00865841>

Submitted on 27 Sep 2013

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

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

UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN

Institut de Formation en Psychomotricité

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

ETRE ET DEVENIR

Les liens d'attachement dans le contexte de la
prématurité

CREMOUX CLEMENCE

Née le 26 août 1983 à Cognac (16).

Mai 2013

Remerciements

A ma référente de stage, Madame Florence Taulou, cadre de santé en néonatalogie.
Merci de m'avoir accordé votre confiance et d'avoir cru en mes projets.

A mon maître de mémoire, Monsieur Patrick Blossier, psychomotricien et cadre de santé au centre hospitalier H.Laborit. Merci d'avoir lu patiemment mon travail et de m'avoir aidé dans ma réflexion.

A toute l'équipe de néonatalogie, encore merci pour votre accueil, votre écoute et votre bonne humeur à toute épreuve.

Aux bébés, première source d'inspiration, et à leurs parents : merci de m'avoir fait partager des moments de votre intimité.

A mes maîtres de stage durant ces années de formation : Marie, Caroline, Valérie, Caroline A. et Sylvianne.

A Elisabeth pour toutes ses « suggestions » !

A Pierre, mon premier lecteur et critique, merci d'avoir écouté, entre autres, mes longs monologues, mes doutes, mes questions...Quelle patience...

A toute ma famille, à ma maman, merci de m'avoir soutenu dans mes projets et d'avoir cru en moi. A ma fille, Alix.

L'amour maternel, et cette grâce par laquelle l'enfant y répond d'abord, est le seul amour qui soit pleinement de nature, parce que les deux êtres n'en font d'abord qu'un. [...] Ici toutes les perfections de l'amour ; car il ne choisit point et ne songe même pas à choisir, mais plutôt il espère et il attend ; bien mieux il aide ; il ne cesse d'aider ; et cet autre don, dont on ne sait ce qu'il sera, de sa substance il le nourrit tout, se réjouissant des moindres progrès, adorant les moindres signes de liberté et de puissance, assez récompensé de voir grandir l'autre et de le voir heureux. Certes ce ne sont que des moments ; l'humeur toujours gronde, et la nature ne suffit jamais ; du moins en aucun cas elle ne seconde mieux la bonne volonté. Aussi y a-t-il quelque chose de maternel en tout amour féminin, et, par imitation, en tout amour ; par souvenir aussi, puisque c'est de la mère que nous apprenons tous à aimer premièrement.

Alain, Les sentiments familiaux.

Avant-propos

Mon souhait de faire un stage expérimental en néonatalogie provient d'une rencontre. Lors de ma deuxième année de formation, j'ai réalisé le bilan psychomoteur ainsi que la prise en soin d'un enfant âgé de 4 ans. Cet enfant est né grand prématuré et a vécu de nombreuses interventions chirurgicales pendant les deux premières années de sa vie.

Lors de la première séance, des particularités dans son expression corporelle et dans son tonus apparaissent. Il est en recherche d'appuis au sol, notamment dans des positions d'enroulement. De plus, la chute et la séparation sont des thèmes récurrents dans ses jeux.

Tout au long de sa prise en soin, je garderai à l'esprit son vécu corporel d'enfant prématuré. Beaucoup de questions surgiront notamment à propos des séquelles liées à la prématurité et à sa prise en charge médicale.

Je propose un projet de stage expérimental au centre hospitalier de ma région. Leur service de néonatalogie n'emploie pas de psychomotricien mais il s'ouvre de plus en plus sur les soins de développement et place au centre de sa politique de soins le lien mère/enfant.

Sommaire

Remerciements	3
Avant-propos	7
Sommaire	9
Introduction	11
Problématique	15
Partie théorique	
I- La naissance prématurée	17
II- De l'attachement mère/enfant à l'intégration psychomotrice	43
Hypothèses	71
Partie Clinique	
I- La réalité d'un service	73
II- La psychomotricité : un autre regard	81
Conclusion et Discussion	93
Table des matières	95
Annexe I : La bientraitance des bébés : Les soins individualisés de développement ..	99
Annexe II : Le cahier de vie	111
Bibliographie	117

Introduction

L'intérêt du corps médical pour les bébés prématurés commence réellement au début du vingtième siècle marqué par une mortalité infantile élevée et par une natalité trop faible. Dès lors, les bénéfices de l'implication des parents auprès de l'enfant sont reconnus et sont mis en avant par le docteur Pierre Budin, chef du service d'obstétrique à l'hôpital de la Charité¹.

En 1892, sous sa responsabilité, ont lieu les premières consultations pour nourrissons en France : il y recommandait alors l'installation du bébé auprès de sa mère. Les premières règles d'hygiène apparaissent également : le lavage des mains et l'hygiène stricte des locaux. Par ailleurs, les mères sont encouragées à allaiter. Les préoccupations des médecins et notamment celles du docteur Couney, élève du Dr Budin, changent et se situent désormais dans une perspective essentiellement hygiéniste. La survie des bébés prématurés devient un sujet d'intérêt. Afin de réduire le taux élevé de mortalité, les parents ne seront plus admis auprès des bébés en raison des risques infectieux.

Les bases de la réanimation néonatale et des soins aux prématurés seront posées. Ils sont isolés dans leur couveuse et bénéficient d'une alimentation par sonde gastrique. Ainsi, la séparation avec la mère fait-elle partie de l'ensemble des soins nécessaires à la survie de l'enfant puisque le risque de contagion et sa fragilité immunitaire sont mis au premier plan. Jusqu'à la fin des années 60, les parents n'auront pas la possibilité d'avoir de contacts directs avec leur enfant, ils se contenteront de le regarder derrière une vitre².

¹ Trébaol G., La néonatalogie en histoire, Revue Entendre, Prématurité et surdité, n 161, 1994.

² Ibid.

Ce n'est qu'après la seconde guerre mondiale que la pédiatrie néonatale devient une spécialité à part entière. En France, les travaux de recherche sont centrés sur l'adaptation physiologique du bébé à la vie extra utérine. **Le bébé prématuré est uniquement envisagé sous l'angle médical, il est un corps qu'il faut maintenir en vie pris totalement en charge par la médecine. Il est alors inconcevable que le bébé puisse souffrir et ressentir des émotions comme le manque de sa mère.**

Suite aux écrits de John Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais³, sur le paradigme de l'attachement mère/enfant, le regard sur le bébé et sur le bébé prématuré plus particulièrement va se modifier peu à peu. L'environnement maternel va être reconnu comme une composante majeure de son développement. **En 1968, les travaux de René Spitz⁴, psychiatre et psychanalyse américain, sur la séparation précoce mère/nourrisson et sa description clinique de l'hospitalisme seront déterminants.** Il décrira les conséquences dramatiques des carences affectives chez les enfants placés au sein des pouponnières. Ces bébés bénéficient de soins de nursing parfaitement adaptés et pourtant le taux de mortalité infantile est supérieur à la norme. Bien qu'ils soient nourris et soignés, ces bébés ne tissent aucun lien avec le personnel soignant qui a l'interdiction formelle de leur parler. Les investigations de Spitz montreront que les carences affectives sont responsables de retard de développement majeur mais aussi de syndrome dépressif nommé dépression anaclitique, cet état pouvant conduire à la mort. Il démontrera l'importance du retour de la mère dans la disparition totale ou partielle de ces troubles.

Le bébé prématuré devient donc une personne, un être en développement dont la première capacité est la capacité à entrer en relation. Les travaux de pédiatres comme Brazelton vont contribuer à changer le point de vue des professionnels de santé sur le bébé. Pour ce pédiatre américain, « le bébé est une

³ Bowlby J., Attachement et Perte, Puf, Paris, 1978.

⁴ Spitz R., Maladies de carences affectives chez le nourrisson In De la naissance à la parole, la première année de la vie, 1968, PUF.

personne ». Il a ainsi montré que les parents ne sont pas les seuls responsables de la qualité de la relation qui s'instaure mais que l'enfant apporte sa contribution. Avant lui, dès 1960, Winnicott⁵ parlait du geste spontané du nourrisson : il a d'emblée une activité psychomotrice complexe qui lui permet de communiquer ses besoins à son environnement maternant.

Par conséquent, l'intérêt pour le prématuré et son devenir grandit parallèlement. Jean Bergès⁶, psychiatre français, décrivait, en 1969, le syndrome tardif de l'ancien prématuré. Il constate, entre autre, chez les enfants d'âge scolaire des troubles de l'attention, du schéma corporel ainsi que des troubles cognitifs. **Les conséquences psycho-affectives résultant de la séparation précoce mère/ enfant et les répercussions que celles-ci auront sur le lien d'attachement, vont donc être mises en évidence.** Catherine Druon⁷, psychanalyste, rappelle, en outre, que « ce sont parmi les anciens prématurés que l'on trouve le plus d'enfants battus ».

Suite à la reconnaissance de la douleur chez le nouveau né prématuré en 1985, mise en évidence par Maria Fitzgerald⁸, spécialiste du développement neuro-anatomique du nourrisson et du prématuré, les soins visant à un meilleur confort et pouvant diminuer l'incidence de certaines séquelles vont commencer à apparaître dans les unités de néonatalogie. La notion de soins de développement apparaît, formalisée par le programme NIDCAP⁹ (neonatal individualized developmental care and assessment program) qui considèrent les parents comme des acteurs essentiels dans la vie de leur enfant en néonatalogie. **En 2003, l'Académie américaine de**

⁵ Winnicott D., La théorie de la relation parent-nourrisson (1960) In De la pédiatrie à la psychanalyse, Sciences de l'Homme Payot, 1969.

⁶Bergès J., Boisselier F., Harrisson A., Lézine I., Le syndrome de l'ancien prématuré ; recherche sur sa signification. Revue de Neuropsychiatrie Infantile, 1969, XVII, 11, 719-725.

⁷ Druon C., A l'écoute du bébé prématuré, Une vie aux portes de la vie, FLAMMARION, 2005.

⁸ Annequin D., Douleur de l'enfant : Une reconnaissance tardive. La Recherche. L'actualité des sciences, 2000, n°336, p 42.

⁹ Vasseur R., Delion P., Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans, 2010, Eres.

pédiatrie publiait des recommandations visant à mettre la famille au centre des soins. Or, dix ans après, il apparaît que les pratiques concernant la place faite aux parents est très variable selon les unités de néonatalogie.

Par ailleurs, les progrès de la médecine fœtale et de la réanimation néonatale rendent possible des naissances de plus en plus précoces. De plus, l'assistance médicale à la procréation se développant, les naissances multiples sont de plus en plus fréquentes multipliant les facteurs de risque d'une naissance prématurée. Voyant arriver comme nouvelle catégorie celle des très grands prématurés, les soins en néonatalogie changent. Ces bébés naissent à moins de 28 semaines d'aménorrhée et leur poids, parfois, ne dépasse pas un kilo. De longs mois d'hospitalisation les attendent, amenant avec eux leur cortège d'angoisses à la fois sur leur viabilité, mais aussi sur leur intégrité neurologique. A cela, s'ajoutent les difficultés à établir du lien et à être accepté dans la généalogie familiale. Après leur premier combat pour leur survie, ils devront en mener un autre : celui de la réparation narcissique de leurs parents, blessés et culpabilisés par cette naissance avant l'heure.

Pour les psychomotriciens, le concept d'attachement, l'importance de l'intégration motrice, de l'émotion et du tonus dans le développement de l'enfant sont les garants constituant la base de la profession. S'intéresser au bébé prématuré, à ses parents et à son environnement entre donc dans notre champ de compétences. La reconnaissance de l'existence de la vie psychique du nouveau-né, de ses compétences relationnelles et de l'importance du lien mère/enfant dans le développement psychomoteur a changé fondamentalement le regard que l'on porte désormais sur les bébés prématurés.

Problématique

Au fil de mon travail d'observation, ma façon d'envisager la psychomotricité en néonatalogie s'est affinée et un axe de travail a pu progressivement se mettre en place.

La naissance prématurée a des répercussions à court et à moyen terme dans la vie du nouveau-né. La plus immédiate, indispensable pour pouvoir prodiguer les soins d'urgence, est la séparation mère/enfant.

La prématurité affecte ainsi les parents dans leur capacité à investir leur rôle et à se sentir de bons parents. **Plus spécifiquement, les soins médicaux nécessaires à la survie de l'enfant créent inévitablement une distance physique et psychique interférant le processus d'attachement mère /enfant.**

La complexité propre à la construction de l'attachement mère/enfant me fait envisager l'intervention psychomotrice dans une globalité comprenant à la fois :

- le bébé avec sa prématurité, son vécu corporel mais aussi sa capacité à établir du lien avec comme toile de fond le développement psychomoteur lui-même sous influence des facteurs environnementaux, génétiques et physiologiques.
- les parents avec leur propre histoire, leurs émotions face à ce bébé et les ressources dont ils disposent.

Ce travail d'étude a pour objectif de montrer comment la psychomotricité peut se mettre au service du lien mère/enfant permettant au bébé d'enrichir ses expériences sensorimotrices et aux parents d'investir leur enfant sur mode relationnel harmonieux.

Partie théorique

I- La naissance prématurée

Le nombre de naissances prématurées tend à augmenter,¹⁰ passant de 5,9% en 1995 à 7,4% en 2010 et la prise en soins de ces enfants s'est hautement technicisée durant ces dernières années. Les progrès médicaux ont surtout profité aux nouveaux-nés nés entre 28 et 32 semaines d'aménorrhée puisque leur taux de survie est actuellement de 95%.¹¹ Trois facteurs sont en cause :

- La régionalisation des soins périnataux.
- La corticothérapie anténatale prévenant la maladie des membranes hyalines¹² et les complications de la prématurité.
- L'administration de surfactant exogène¹³.

Le seuil de viabilité des prématurés est situé à 24 semaines d'aménorrhée grâce aux progrès de la réanimation néonatale.

Pour avoir une représentation de ce que vivent un bébé prématuré et ses parents lors de l'hospitalisation en néonatalogie, il est important de connaître les particularités médicales concernant l'enfant, les facteurs environnementaux mais aussi l'aspect psychologique que revêt une telle naissance. Ce chapitre a pour objectif de

¹⁰ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé, La situation périnatale en France en 2011, Octobre 2011.

¹¹ Zupan Simunek V. et Coll., Avancées médicales et progrès techniques en réanimation néonatale, 2007, Elsevier Masson.

¹² La maladie des membranes hyalines (MMH), conséquence de l'immaturation pulmonaire, se manifeste par une insuffisance respiratoire aiguë pouvant provoquer la mort en 2 à 3 jours.

¹³ Le surfactant est indispensable au fonctionnement respiratoire. Il s'accumule en fin de grossesse en préparation de la naissance. Le déficit existant chez les prématurés est compensé par l'administration de surfactant exogène (artificiel).

situer le contexte dans lequel une approche psychomotrice de l'enfant avec ses parents pourrait se mettre en place.

1-Définitions

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la prématurité se définit comme une naissance survenant avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée. Elle a été classifiée selon deux critères :

- **Le contexte d'accouchement dans lequel on distingue :**

- la prématurité spontanée où le travail se déclenche naturellement.
- la prématurité provoquée où l'accouchement est déclenché sur indication médicale.

- **Le terme de naissance :**

- la prématurité moyenne : naissance entre la 33^{ème} et la fin de la 36^{ème} semaine d'aménorrhée (S.A).
- la grande prématurité : naissance entre la 28^{ème} et la fin de la 32^{ème} S.A.
- la très grande prématurité : naissance avant la 28^{ème} S.A.
- prématurissime : naissance entre la 22^{ème} et la 25^{ème} S.A.

Actuellement, selon les dernières enquêtes nationales périnatales¹⁴, il naîtrait chaque année plus de 55 000 enfants prématurés dont un sur cinq serait un grand prématuré.

¹⁴ INSERM, Grande prématurité : dépistage et prévention du risque. Paris, INSERM, 1997.

2-Etiologie

Les causes des naissances prématurées sont multiples, les principaux facteurs de risque décrits par l'INSERM ¹⁵ sont :

- Les grossesses multiples.
- Les procréations médicalement assistées.
- L'abaissement du seuil d'inclusion de la grande prématurité.

Certaines situations majorent le risque d'une naissance prématurée :

- L'hypertension artérielle.
- Les hémorragies.
- La rupture prématurée de la membrane.
- Le retard de croissance intra-utérin.

Les facteurs socio-démographiques et psychologiques comme l'âge de la mère, ses antécédents obstétricaux, la pénibilité du travail ainsi que les facteurs de stress sont aussi mis en cause dans la prématurité. Les facteurs nutritionnels et environnementaux comme l'usage de toxiques n'ont pas d'impact direct sur la prématurité mais sur le développement du fœtus, entraînant alors des pathologies menant à une naissance prématurée.

¹⁵ INSERM, Grande prématurité : dépistage et prévention du risque. Paris, INSERM, 1997.

3- Un bébé en devenir

3-1 La maturation neurologique et l'environnement

Le développement cérébral est modulé par l'intrication de deux grands principes : le génome et l'environnement. Elle est constante pendant les différentes étapes de la vie pré et postnatale.¹⁶

Une partie de l'organisation de base du système nerveux est sous l'influence de l'interaction de l'activité spontanée et des effets des variables environnementales. Bien que celles-ci ne puissent expliquer à elles seules pourquoi le monde du nouveau né s'organise de telle façon, leur rôle ne doit pas être négligé. Elles sont un facteur déterminant dans la croissance neuronale, dans l'entretien de la plasticité cérébrale et dans leur organisation. Bien qu'elles ne soient pas un facteur déclenchant, certaines variables de l'environnement interviennent dans la régulation de la croissance des réseaux neuronaux et dans la stabilisation du fonctionnement synaptique.¹⁷

¹⁶ Rangon et al., Le développement précoce du cerveau, In LECUYER R., Le développement du nourrisson, DUNOD, 2004.

¹⁷ De Schonen S., Sangrigoli S., Développement cérébral et cognitif, In LECUYER R., Le développement du nourrisson, DUNOD, 2004, 57-101.

3-2 Les capacités sensori-motrices

3-2-1 Le développement sensoriel et perceptif: ses particularités chez le bébé prématuré

La systématisation des échographies fœtales¹⁸ et la part de plus en plus importante accordée aux recherches sur les compétences sensorielles fœtales ont modifié notre façon d'envisager et de penser le fœtus. En effet, même si l'étude du développement fœtal montre les étapes précoces de la maturation du système sensoriel, l'activité fonctionnelle en résultant reste en devenir.

Paradoxalement, si l'on attribue de hautes compétences au fœtus, il n'en est pas de même pour le nouveau né prématuré d'âge gestationnel identique. La réalité de son immaturité avec le cortège de soins qui l'entourent font disparaître cette représentation du fœtus/ bébé hyper-compétent. Cette représentation laisse place à une autre réalité.

Les bébés rencontrés lors de mon stage sont âgés au minimum de 31 semaines. Il m'a paru intéressant de connaître le développement des fonctions sensorielles et motrices in utero afin de mieux les appréhender chez le bébé prématuré.

- **La vision :**

Les cellules du système visuel commencent à se développer au cours de la cinquième semaine après la conception. Les paupières du fœtus se ferment au cours du troisième mois et le restent jusqu'au sixième mois. Le réflexe de la lumière s'installe durant les derniers mois de la grossesse : le fœtus se retourne lorsqu'il perçoit une lumière vive traversant le ventre maternel.¹⁹

¹⁸ Granier-Deferre C. et Schaal B., Aux sources fœtales des réponses sensorielles et émotionnelles du nouveau-né, Spirale n°33, 2005.

¹⁹ Thibault J.P., Rondal J.A., La période prénatale, In Psychologie de l'enfant et de l'adolescent, LABOR, 1996, 57-70.

A la naissance, le nouveau né est myope puisque sa vue est 10 à 30 fois plus faible que celle d'un adulte normal. Durant les premières semaines de vie, il semblerait que le bébé ait une préférence pour les visages humains et les stimuli contrastés. Le système visuel se développant, à l'âge de 3 mois, son acuité visuelle est suffisante pour qu'il puisse distinguer les visages connus et en particulier celui de sa mère.²⁰

En effet, dès la naissance, le contact œil à œil est un des déterminants essentiels de l'attachement maternel. Or, la paroi de la couveuse du bébé prématuré met à distance son environnement au delà de sa capacité à percevoir les contrastes. Il n'y a pas de covariation entre les mouvements produits par la tête, le tronc, les membres et les mouvements oculaires. L'accrochage du regard à un reflet sur la vitre de la couveuse ou la fuite du regard prolongée est la manifestation de mouvements de retrait chez le bébé.²¹

- **L'audition :**

Le système auditif est fonctionnel vers la 24ème S.A et est mature aux alentours de la 34ème S.A²². Ainsi, le fœtus peut-il percevoir des sons d'intensité suffisante et y réagir. La cavité utérine est riche en productions sonores : rythme cardiaque, respiration et bruits intestinaux. Le fœtus baigne donc dans un flux sonore constant.

Les études conduites sur des bébés prématurés montrent une correspondance spécifique entre leurs cris et la prosodie du langage de leur mère. Ces correspondances vont dans le sens de l'audition mais aussi d'un apprentissage langagier dans l'utérus.²³ Les bébés de moins de deux heures de vie discriminent la voix de leur mère

²⁰ Boubli M. Psychopathologie de l'enfant, 1999, Dunod.

²¹ Druon C., A l'écoute du bébé prématuré, Une vie aux portes de la vie, FLAMMARION, 2005.

²² Granier-Deferre C. et Schaal B., Aux sources fœtales des réponses sensorielles et émotionnelles du nouveau-né, Spirale n°33, 2005.

²³ Boubli M., Psychopathologie de l'enfant, DUNOD, 1999, 12-22.

parmi la voix de cinq autres femmes. **Après moins de douze heures passées en compagnie de leur mère, ils préfèrent sa voix à celle de n'importe quelle autre femme**²⁴.

Mais pendant son hospitalisation, le bébé prématuré va vivre dans un niveau sonore élevé. Les alarmes du monitoring et de la sonde de gavage sont très intrusives et peuvent provoquer de l'anxiété se manifestant par des sursauts chez le bébé. La réverbération des sons sur les parois de la couveuse rend leur localisation difficile et ne lui permet pas s'orienter : la coordination visuo-auditive est ainsi rompue. Il est possible qu'il s'agisse d'un facteur impliqué dans l'instabilité psychomotrice.²⁵

- **Le système vestibulaire :**

Le système source de l'équilibre est stimulé en permanence par la pesanteur, par les mouvements de la mère et par les propres mouvements du fœtus. Pour le nouveau-né prématuré, cependant, le vestibule est moins sollicité. Si la vie in utero était une vie pleine de mouvements, de rotations, la vie aérienne, en couveuse, permet peu de mouvements spontanés.

En effet, les premiers temps de l'hospitalisation rendent difficiles, voire impossibles, toutes les situations de portage. Les soins comme le change et le bain sont réalisés dans la couveuse, ne permettant pas aux parents de porter leur enfant. Pourtant, le portage, le bercement et le contact corporel peau contre peau stimulent aussi le système vestibulaire et contribuent à apaiser et à rassurer le bébé.

²⁴ Ibid.

²⁵ Bullinger A., Goubet N., Le bébé prématuré, acteur de son développement, *Enfance*, 1, 1999, 27-32.

- **Le toucher :**

A la fin de la période embryonnaire, vers les huit semaines, la stimulation du visage et de la paume des mains provoque des réactions motrices. In utero, le toucher a de nombreuses occasions d'être stimulé par les propres mouvements du fœtus et par ceux de sa mère. Sa peau est en permanence caressée par le liquide amniotique. De plus, la pression du muscle utérin augmente au fur et à mesure qu'il grossit.²⁶ Vers la 28^{ème} S.A., la sensibilité au toucher est identique à celle du bébé à terme. Le nouveau-né est très sensible aux caresses qui l'apaisent et le maintiennent dans un état d'éveil calme ainsi qu'à la chaleur des stimuli.

Pour le bébé prématuré, la vie en couveuse perturbe donc également les stimuli tactiles. Ils sont déséquilibrés. Le bébé est souvent placé sur le dos, l'appui est uniforme, constant. La partie supérieure de son corps est souvent l'objet de stimulations douloureuses et répétées : prise de sang, pose de perfusion, sondes.

La douleur est prise en compte dans les soins mais des conduites d'évitement du bébé peuvent apparaître²⁷ : des irritations sensorielles, un schéma postural en hyperextension, une fuite du regard, des conduites de retrait relationnel, un refus alimentaire lors du passage à l'alimentation active et une hypervigilance .

Les voies nerveuses et les médiateurs de la nociception sont différenciés dès le dernier trimestre de gestation ; seulement, il semble qu'une stimulation douloureuse de même intensité ne produise pas les mêmes réactions comportementales chez le bébé prématuré que chez le bébé né à terme. Les prématurés réagissent moins sur le plan comportemental. On peut interpréter cela aussi bien en terme de seuil de la

²⁶ Tourette C., Guidetti M., Vie prénatale et naissance In Introduction à la psychologie du développement, Du bébé à l'adolescent, Armand Colin, 2002, 26-41.

²⁷ Vasseur R., Delion P., Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans, ERES, 2010, 36-89.

douleur qui serait plus élevée qu'en termes d'immaturation ou de faible manifestation des réponses.²⁸

- **L'olfaction :**

La vie en milieu liquide n'est pas propice à la stimulation du système olfactif. Cependant, il n'est pas exclu que certaines molécules odorantes présentes dans le liquide amniotique imprègnent les muqueuses olfactives, pré-déterminant peut-être des préférences après la naissance. Le nouveau-né est enveloppé dans un bain olfactif totalement nouveau pour lui puisque les odeurs se propagent en milieu aérien. Il distingue dès les premiers jours l'odeur de sa mère.²⁹

Comme la séparation mère /enfant qu'entraîne l'hospitalisation ne favorise pas les moments de contact peau à peau où le bébé peut sentir l'odeur de sa mère, on peut alors s'interroger sur la construction de la reconnaissance olfactive du bébé lors de séparation prolongée.

²⁸ Granier-Deferre C. et Schaal B., Aux sources fœtales des réponses sensorielles et émotionnelles du nouveau-né, Spirale n°33, 2005.

²⁹ Tourette C., Guidetti M., Introduction à la psychologie du développement, 2002.

- **Le goût :**

Le système gustatif serait fonctionnel à trois mois de vie intra-utérine Le fœtus marque déjà sa préférence pour les saveurs sucrées et son aversion pour les saveurs amères. Le réflexe gusto-facial est présent chez tous les nouveaux-nés et permet de mesurer leurs réactions aux saveurs de base (sucré, salé, acide et amer)³⁰.

Vu leur immaturité, les bébés prématurés sont alimentés par sonde, l'étape buccale est donc elle aussi court-circuitée et ne permet pas cette expérience sensorielle.

3-3-2 La motricité

Les mouvements de l'embryon et du fœtus sont très précoces, ils s'établissent sous forme de contractions musculaires réflexes anarchiques. Puis, lorsque les jonctions neuromusculaires sont en place, on peut observer des mouvements plus précis ressentis par la mère autour du 4^{ème} mois de grossesse. L'activité motrice spontanée participe au développement neuromusculaire par la maturation et par l'exercice. Elle est intégrée dans les réactions réflexes du nouveau-né.³¹

Mais les ressources toniques et posturales du bébé prématuré sont très différentes du bébé à terme. Il présente un tonus de base faible. En effet, sa masse musculaire est réduite ne lui permettant pas de résister à la pesanteur. Ses membres sont défléchis. Chez le grand prématuré et le prématurissime, la tête repose en appui latéral prenant tout le visage. Le développement du tonus musculaire chez le prématuré est dans le sens caudo-céphalique allant du bassin vers le tronc aux alentours de la 32^{ème} S.A.³²

³⁰ Ibid.

³¹ Ibid.

³² Vasseur R., Delion P., Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans, ERES, 2010.

Il y a par ailleurs un contraste important dans la répartition tonique : la partie supérieure du corps est très hypotonique, la moitié inférieure est plus tonique. Ce tonus se renforce peu à peu pour atteindre une attitude de repos dite du « batracien » vers la 34^{ème} S.A : les membres supérieurs sont en extension (position en chandelier), les membres inférieurs sont en flexion et en forte abduction, la tête est immobile, sur le côté.

A partir de la 32^{ème} S.A, les mouvements spontanés augmentent et concernent toutes les parties du corps et en particulier la charnière lombo-sacrée³³. Des mouvements de torsion et d'enroulement du bassin et du tronc apparaissent avec une participation des membres supérieurs.

Jusqu'à la 38^{ème} S.A, la motricité du bébé est caractérisée par :

- une grande variabilité des schèmes moteurs
- l'implication majeure du tronc et du bassin
- une grande amplitude de mouvements.

Ces mouvements sont souvent brusques puisque le tronc n'est pas un appui sûr. Une représentation stable de ce corps en action est par conséquent difficilement constructible. En l'absence de contenance, les expériences motrices vécues par le bébé restent morcelées.

Le bébé prématuré peut alors montrer dans son organisation motrice des signes de stress et d'inconfort se manifestant sous des formes variées³⁴ :

- Flaccidité du visage, du tronc et des membres supérieurs et inférieurs.
- Hypertonie : extension des jambes, doigts en éventail, extension de la langue, tronc en opisthotonos, serrement des poings.

³³Ibid.

³⁴ Martel M.J., Milette I., Les soins du développement, 2006, Editions du CHU de Ste Justine.

- Hyperflexion du tronc et des extrémités.
- Activité frénétique et diffuse.
- Succion désespérée.
- Trémulations, des sursauts, des convulsions.

A l'inverse, le nouveau-né peut montrer des signes d'adaptation à son environnement par des mouvements de qualité comme :

- Enlacement des mains et /ou des pieds.
- Saisie d'un objet ou d'un doigt.
- Succion régulière et calme.
- Posture en flexion.
- Rapprochement main/bouche.

3-4 Les niveaux de vigilance

La prise en compte du rythme du bébé nécessite de respecter son sommeil, sa fatigabilité mais aussi le temps de latence qui lui est nécessaire pour répondre à une stimulation. Wolff³⁵ a défini six états se référant à la fois au niveau de vigilance et au niveau d'excitation, d'activité motrice ainsi qu'au vécu affectif du bébé :

1. L'enfant dort profondément les yeux fermés :

Il n'y a aucun mouvement oculaire, ni activité motrice sauf des mouvements fins et brusques des doigts, des lèvres et des paupières. Sa respiration est régulière. Le tonus est relâché, il n'y a ni grimaces, ni mouvements buccaux. Sa peau est rosée.

2. Le sommeil est léger.

Les paupières sont fermées et des mouvements oculaires rapides apparaissent, par bouffées que l'on voit sous les paupières. La respiration est irrégulière et plus rapide. Quelques mouvements des membres, du corps en entier et du visage peuvent être observés. Le tonus musculaire est plus élevé. La peau est rosée et rougit par moments.

3. L'état de somnolence.

Les paupières peuvent être ouvertes ou fermées. Les yeux paraissent vitreux, papillonnent et ne fixent aucun objet. L'activité motrice est faible entre les états 1 et 2. La respiration est régulière.

4. Les yeux sont grands ouverts, brillants.

Le bébé semble attentif et s'intéresse à ce qui l'entoure. L'activité motrice est arrêtée, le visage est immobile. Les yeux bougent vers différentes directions.

5. L'état d'éveil avec une importante activité motrice du corps entier.

Le bébé peut geindre, émettre des cris. Le visage est détendu ou grimaçant. Les yeux sont ouverts, moins brillants que lors de l'état 4. La peau rougit quand le bébé s'agite, sa respiration est très irrégulière.

³⁵ Lebovici S. , Stoleru S., Les états de vigilance et leur relation avec l'interaction mère-nourrisson In Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces, p104-105, Bayard, 2003.

6. Le nouveau-né pleure et crie avec force.

Son activité motrice est diffuse, son visage est grimaçant et rouge. Ses yeux sont fermés ou mi-clos, il y a parfois quelques larmes.

L'état d'éveil calme et attentif (4) semble être plus long immédiatement après les repas. Plusieurs facteurs influencent la durée de cet état comme le déplacement d'un objet devant les yeux. **De façon déterminante, le holding et le handling³⁶ au sens strict du terme (tenir, prendre et manipuler le bébé) influencent majoritairement cet état d'éveil.** Cependant, il semble que les changements de position du bébé activent son système vestibulaire et que cela amène plus rapidement à l'état 4 que le contact corporel pris de manière isolée³⁷

Il est essentiel d'identifier ces périodes chez le bébé car elles permettent de connaître son état de disponibilité pour interagir de manière adaptée en respectant son rythme. Ces états de vigilance seraient utilisés par le nouveau-né à la fois pour contrôler les tensions endogènes et exogènes mais aussi pour organiser son vécu. Sur le plan interactionnel, ces états représentent une forme de communication archaïque entre l'enfant et sa mère. Ils transmettent une forme de son expérience affective. Sa mère peut les mettre en lien avec les soins qu'elle est entrain de lui prodiguer.

³⁶ Winnicott D., La théorie de la relation parent-nourrisson (1960) In De la pédiatrie à la psychanalyse, p 371, Sciences de l'Homme Payot, 1969.

³⁷ Lebovici S. , Stoleru S., Les états de vigilance et leur relation avec l'interaction mère-nourrisson In Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces, Bayard, 2003.

4- La prise en charge médicale

4-1 Un bébé sous surveillance

Le bébé prématuré vient au monde dans un climat d'urgence et n'a pas les ressources pour affronter l'environnement. L'immaturation des organes du bébé lors de sa venue au monde le rend beaucoup plus fragile qu'un bébé né à terme. Des complications peuvent survenir durant les premières minutes de vie³⁸.

Un aménagement de son environnement et une prise en charge spécifique sont requis selon son degré d'immaturation. Les soins portent principalement sur :

1. L'immaturation pulmonaire :

Le développement de l'appareil respiratoire débute aux alentours du 26^{ème} jour après la conception. A partir de la 36^{ème} S.A et jusqu'à l'âge de 2 ans, les alvéoles pulmonaires se forment. Le surfactant est indispensable à la respiration normale. Son déficit entraîne un syndrome de détresse respiratoire et est à l'origine de la maladie des membranes hyalines. Cette dernière pouvant s'aggraver en dysplasie broncho pulmonaire. Il est malgré tout possible d'administrer du surfactant exogène en attendant que la maturité du poumon soit atteinte. De plus, les caractéristiques de la ventilation chez le bébé prématuré varient avec les états de veille et de sommeil. Les apnées sont typiques des temps de sommeil agité. Le système de régulation du rythme respiratoire est moins opérant que chez l'adulte. Afin de les aider, il est placé sous oxygène à l'aide de « lunettes ».

Cependant, si une respiration régulière et douce est un marqueur du bien-être du bébé, les apnées répétées, le halètement et la diminution de la saturation en oxygène témoignent de son inconfort³⁹.

³⁸ Voyer M., Magny J.F. Prématurité : le préterme, Paris, ELSEVIER, 1998.

³⁹ Martel M.J., Milette I., Les soins du développement, 2006, Editions du CHU de Ste Justine.

Joachim est né à 32 semaines et un jour, il pesait 1, 040 Kg à la naissance. Il est le dernier né de quadruplés dont trois sœurs. Cette grossesse multiple fait suite à une stimulation ovarienne. Les quadruplés sont transférés à l'hôpital afin de faciliter le rapprochement familial : rapidement, ses deux sœurs sortent ; seuls Joachim et sa sœur Eva, bientôt sortante, restent hospitalisés. Joachim va donc se retrouver seul à l'hôpital. Leurs parents viennent peu, il n'est pas facile pour eux de se libérer avec leurs deux filles déjà rentrées à la maison.

Joachim est encore sous oxygène, le sevrage est difficile. Il pleure beaucoup, son oxygène vient de lui être enlevée provisoirement. L'équipe s'interroge : sa hernie ombilicale lui fait-elle mal ? La position en décubitus ventral, imposée suite à des lésions cutanées au siège, lui est elle insupportable ?

Joachim nous montre qu'il veut juste être porté et qu'on lui parle : ses cris cessent immédiatement lorsque je le prends dans mes bras, son visage se détend. Fatigué d'avoir tant crié, il s'endort

Je me suis interrogée sur la place que prenait l'aide à la respiration pour Joachim. Pour ces enfants dont on assure certaines fonctions comme la nutrition ou la respiration, qu'en est-il lorsqu'ils doivent s'en séparer ? Il me semble possible que la machine vienne occuper un rôle de holding, apportant une constance dans leur environnement à laquelle ils s'accrochent par défaut.

2. L'immaturation cérébrale :

Le bébé est exposé aux risques d'hémorragies cérébrales et de leucomalacie périventriculaire⁴⁰ pouvant être à l'origine de séquelles neurologiques plus ou moins importantes. Une échographie transfontanellaire est un examen de première intention chez les prématurés afin de s'assurer de l'intégrité du cerveau⁴¹.

⁴⁰ Il s'agit de petites lésions cérébrales.

⁴¹ Voyer M., Magny J.F. Prématurité : le préterme, Paris, ELSEVIER, 1998.

3. L'immaturation digestive :

Apporter le plus précocement possible des apports nutritionnels qualitativement et quantitativement adaptés est essentiel tant sur le plan vital que neuro-développemental. En dessous de 34-35 semaines, le bébé n'est pas capable de coordonner la succion-déglutition-respiration, il ne peut pas être actif dans sa prise alimentaire. Le recours à une alimentation passive par la pose d'une sonde gastrique est vital. Progressivement, l'allaitement ou le biberon seront proposés à l'enfant puis la sonde sera retirée lorsqu'il sera suffisamment autonome dans ses tétées.

Ce type d'alimentation court-circuite l'étape buccale et peut engendrer des troubles de l'oralité. ⁴²Lorsque le bébé présente des réponses viscérales comme le hoquet, des haut-le-cœur, des régurgitations ou des crachats, il nous montre ses difficultés d'adaptation ⁴³.

4. L'immaturation du système de régulation thermique :

Le prématuré est exposé au risque de l'hypothermie. La dépense énergétique liée à la thermorégulation peut prendre des proportions considérables si l'environnement thermique n'est pas contrôlé. En pratique, les bébés de moins de 34 semaines sont placés en incubateur puis en berceau chauffant. La température cutanée de l'enfant et celle de l'incubateur est reportée sur une feuille de surveillance toutes les deux heures durant la première semaine de vie puis toutes les quatre heures.

Le bébé prématuré bénéficie, de plus, d'une surveillance rapprochée à l'aide d'appareils de monitoring. La fréquence cardiaque et respiratoire ainsi que la tension sont régulièrement consignées.

⁴² Pfister R.E et al. Transition de l'alimentation passive à l'alimentation active chez le bébé prématuré, *Enfance*, 2008/4 Vol.60 : 317-335.

⁴³ Martel M.J., Milette I., *Les soins du développement*, 2006, Editions du CHU de Ste Justine.

La présence des appareillages de surveillance, de la sonde gastrique et de la couveuse sont difficiles à vivre pour les parents qui se sentent impuissants face à leur bébé inaccessible.

A propos d'une maman qui n'ose pas toucher sa fille en couveuse, une infirmière dira :

« Maintenant que le bébé est passé en berceau, ça va, elle l'a pris dans les bras. Avant, cette maman avait l'impression d'avoir un enfant en vitrine ».

Pour cette maman, la couveuse vient la remplacer et prolonger la vie in utero. Du ventre de sa maman, le bébé est passé dans le ventre de l'hôpital. Elle ne peut pas accéder au corps de sa fille, la couveuse fonctionne comme une fenêtre : elle laisse voir sans pouvoir toucher. Il n'y a pas de proximité physique possible. Les propositions de séance de peau à peau ont été refusées par la maman tant son angoisse était forte. La sortie de la couveuse sera la seule issue pour qu'elle puisse s'investir sereinement et avec plaisir dans la relation avec son bébé.

La couveuse peut aussi représenter l'état d'entre-deux dans lequel est l'enfant et qui peut faire émerger des angoisses de mort chez les parents : puis-je m'attacher à cet enfant sans risque ?

4-2 Un environnement étrange

La naissance d'un bébé à terme représente un changement de milieu, du liquide à l'aérien, mais elle est aussi une continuité dans le développement neurologique. Pour le bébé prématuré, ce changement est majeur puisqu'il correspond à une période sensible du développement. **Les informations provenant de l'environnement font partie au même titre que ses apports nutritionnels de ses besoins fondamentaux.**

Or, les conditions de vie du bébé prématuré sont sur deux registres de stimulations opposées. D'une part, les stimulations fournies par l'organisme maternel n'existent plus : l'alternance des rythmes, le son de la voix de la mère et les odeurs présentes dans le liquide amniotique. D'autre part, l'environnement hospitalier a pour mission d'apporter en premier lieu les soins vitaux au bébé. Les situations de portage et la communication avec l'enfant n'interviennent plus que dans les moments de soins. Elles n'ont néanmoins pas du tout la même résonance que les soins prodigués dans une situation familiale. .

Ces situations hospitalières sont surstimulantes par les excès qu'elles font vivre à l'enfant comparées aux caractéristiques du milieu intra-utérin. La lumière et les bruits sont perçus directement, les contacts tactiles sont fréquents et peuvent être douloureux. Les voix et les contacts sont multiples et différents.⁴⁴

⁴⁴ Mellier D., Les bébés nés prématurément : quels risques pour le développement psychologique ? In Lécuyer R., Le développement du nourrisson, DUNOD, 2004, 309-347.

Dans un service de néonatalogie, les sources de surstimulation auditive sont nombreuses :

Normes internationales recommandées	Inférieur à 45 décibels le jour et 35 décibels la nuit.
Alarme cardio-respiratoire	78 DB
Saturomètre	86 DB
Voix humaine	55-66 DB
Tapement des doigts sur l'incubateur	70-95 DB
Mouvement de chaise	86 DB

Ces situations hospitalières sont surstimulantes par les excès qu'elles font vivre à l'enfant comparées aux caractéristiques du milieu intra-utérin. La lumière et les bruits sont perçus directement, les contacts tactiles sont fréquents et peuvent être douloureux. Les voix et les contacts sont multiples et différents.⁴⁵

Tous ces sons venant de plusieurs sources s'additionnent entre eux créant une intensité sonore importante. Or, il a été démontré que le nouveau-né ressent de la douleur lorsque le niveau sonore dépasse les 77 décibels⁴⁶.

⁴⁵ Mellier D., Les bébés nés prématurément : quels risques pour le développement psychologique ? In Lécuyer R., Le développement du nourrisson, DUNOD, 2004, 309-347.

⁴⁶ Martel M.J., Milette I., Les soins du développement, 2006, Editions du CHU de Ste Justine

5- Etre parent d'un bébé prématuré

5-1 L'impact traumatique de la naissance prématurée

Une naissance prématurée est toujours synonyme de risque vital. C'est un temps de rupture dans le temps de préparation d'accueil du bébé. Dans une étude menée à Lausanne entre 1998 et 2002 par A. Borghini et C. Muller Nix ⁴⁷, pédopsychiatres au Centre Hospitalier, les auteurs se sont intéressées à l'impact des représentations parentales sur le développement de l'ancien prématuré pendant les quatre premières années de sa vie.

Les parents reçus en entretien évoquent majoritairement dans leur discours sur la naissance de leur enfant des sensations d'arrachement, de rupture, des sentiments de vide, d'irréalité. Ces femmes commencent à ressentir les premiers mouvements du bébé in utero rendant la venue de l'enfant de plus en plus réelle. Mais l'interruption brutale par la naissance prématurée vient arrêter ce processus.

Par l'arrivée prématurée du bébé, tous les fantasmes et processus de rêverie maternelle qui s'enclenchent pendant la grossesse s'interrompent. Catherine Druon explique ceci : « *La réalité de la situation, en même temps qu'elle s'impose à elle par la vue d'un bébé dans la couveuse, interrompt à la fois ce statut de femme enceinte et le cheminement de cet enfant qui « prenait corps en elle ».* La rupture fantasmatique est brutale. Ce que la mère avait pu imaginer à propos de son enfant se trouve confronté subitement à un enfant réel et très petit qui d'emblée doit se battre pour survivre. ».⁴⁸

L'auteur explique que cette rupture confronte la mère à une réalité venue trop tôt et un investissement fantasmatique prématuré : « ***Il manque un espace –temps nécessaire à l'investissement de la grossesse et du bébé. La réalité prend le dessus sur le fantasme.*** »

⁴⁷ Borghini A., Muller Nix C., Un étrange petit inconnu, La rencontre avec l'enfant prématuré, ERES, 2008.

⁴⁸ Druon C., A l'écoute du bébé prématuré, Une vie aux portes de la vie, FLAMMARION, 2005, p 23.

De plus, le recours fréquent à la césarienne ne permet pas un vécu corporel de l'accouchement. L'absence de transition entre l'état de mère en devenir et mère d'un nouveau-né peut provoquer un sentiment d'irréalité. Les soins vitaux que nécessitent l'état médical de l'enfant et /ou de sa mère empêchent la première rencontre, de peau à peau, les yeux dans les yeux.

L'importance du premier regard que les parents posent sur le bébé répond au besoin de reconnaissance de cet enfant comme de leur enfant. Le bébé est intégré comme un membre de la famille à part entière, il est cajolé, enveloppé et examiné sous tous les angles : « *C'est de cette rencontre avec le corps désirant de sa mère que le bébé va s'approprier le monde et s'en alimenter.* »⁴⁹

Le bébé prématuré, lui, n'est plus relié au corps de sa mère et est pris dans un vécu sur lequel il ne peut pas mettre de sens. Il se retrouve dans un isolement relationnel où la sur-stimulation sensorielle de son corps ne lui permet pas l'intégration ni la cohésion.

⁴⁹ Ben Soussan P., « Ils me l'ont enlevé » : les séparations précoces à l'hôpital, In Parents et bébés séparés, sous la direction de BEN SOUSSAN P., SYROS, 1996, 119-143.

La maman de Violette vient passer la nuit à l'hôpital dans la chambre de sa fille. Elle a amené avec elle une valise contenant toutes les affaires nécessaires à la toilette et l'habillage de son bébé. Violette va sortir dans quelques jours. A propos de cela, elle dit : « Elle va bientôt rentrer alors il faut que je me prépare. » Le couple vit à environ quarante kilomètres de l'hôpital. Suite à un accouchement par césarienne, la maman de Violette était très affaiblie. Faut de place, elle n'a pu avoir de chambre mère/enfant.

La maman de Violette prépare la sortie de sa fille. Que nous dit cette maman de son anxiété à se retrouver enfin avec son bébé ? Les jours passés à l'hôpital, à dormir dans la même chambre viennent servir d'espace de transition entre la sortie et le retour à domicile. Ce bébé dont elle a été séparée n'a pu être investi pleinement. Les vêtements qu'elle apporte viennent concrétiser cet investissement maintenant possible : le bébé va rentrer à la maison, l'incertitude a laissé place à la promesse de lendemains meilleurs. Les vêtements sont comme une seconde peau. Avant, Violette portait « une peau » donnée par l'hôpital, maintenant, elle peut revêtir celle donnée par sa maman.

Plusieurs questions peuvent être soulevées ici : après une séparation et les affects anxieux qu'elle génère, le retour au domicile devient-il une seconde rencontre pour les parents et l'enfant ? Quelles traces affectives va laisser cette hospitalisation sur la relation parents/enfant ? Sur quel mode les interactions et l'interprétation de l'état de l'enfant vont-elles se mettre en place ? Enfin, quelles répercussions y aura-t-il sur le développement psychomoteur de l'enfant ?

5-2 Le regard sur le corps du bébé hospitalisé

Dans un service de néonatalogie, le corps du bébé est exposé, nu, appareillé. Il se donne à voir. Pour un non-initié, la vue du corps et l'appareillage qui l'entoure ont quelque chose de saisissant et de fascinant à la fois. Saisissant parce qu'il nous renvoie à la question de la frontière entre la vie et la mort. On ne peut détacher ses yeux de ces petits corps pris dans des fils assurant leurs besoins vitaux. Le corps ne peut être dissocié de son environnement direct.

Le paradoxe entre la violence des actions engagées et leur nécessité pour la survie des bébés met l'observateur dans une situation psychique particulière. La sonde gastrique le nourrit, la couveuse maintient sa température et favorise sa croissance, l'oxygène aide sa respiration.

Marion Gey, psychologue, dans son article intitulé *Au-delà du corps-machine : l'expérience extrême du sujet hospitalisé*⁵⁰, reprendra la notion freudienne d'*inquiétante étrangeté* dans laquelle on peut voir « **une condition particulièrement propice à la production de sentiments d'inquiétante étrangeté dans le fait qu'est suscitée une incertitude intellectuelle quant à savoir si quelque chose est animé ou inanimé, et que l'inanimé pousse trop loin sa ressemblance avec le vivant.** »

La fascination que l'on peut ressentir à l'égard de ces bébés provoque à la fois l'admiration face à une médecine permettant la survie de l'enfant mais aussi face à l'enfant lui-même qui vit, qui « se bat ». Les commentaires des parents devant la couveuse sont souvent de cet ordre lorsque le risque vital est dépassé : « *Elle est très forte, c'est une battante* », « *c'est une fille, elles s'accrochent plus que les garçons.* ».

On prête au bébé des qualités de force psychique et physique dans le but de le rendre acteur de ce qui se joue, tant le sentiment de dépossession pour lui comme pour ses parents est fort.

⁵⁰ Gey M., *Au-delà du corps-machine : L'expérience extrême du sujet hospitalisé*, Champ psy, 2006/4 n°44, p61-75.

5-3 Le deuil en néonatalogie

La souffrance que les parents peuvent exprimer autour de la naissance de leur enfant rejoint la problématique du deuil ou plutôt de deuils à plusieurs niveaux. La naissance à terme rassure et dynamise chacun dans son sentiment de continuité de soi, éloignant un temps la question de la mort de l'individu. Les traditionnelles félicitations, faire-part de naissance et cadeaux sont reportés. Le partage de la naissance n'est pas encore d'actualité. Les parents n'ont pas pu connaître ces moments de calme venant après le choc de l'accouchement.

Les parents d'Inès, petite fille née à 31 semaines d'aménorrhée, diront avec beaucoup d'émotion : « On n'a pas eu le temps de réaliser. On s'est retrouvé à l'hôpital, on a été transféré et elle est née par césarienne. On n'en parle peu avec nos proches, on ne veut pas les inquiéter avec ça. On n'en parle entre nous. On a peur de craquer quand elle va rentrer à la maison »

Pour ces parents, la succession d'événements ayant mené à la naissance de leur fille ne leur paraît pas réelle tant elle a été rapide et associée à des sentiments d'angoisse. Le temps psychique leur a fait défaut, laissant place au temps de l'action. Ils ont seulement pu exprimer leurs sentiments et leurs peurs dans un moment où l'infirmière et moi-même étions à leur entière disponibilité.

Ecouter et contenir les parents dans leur relation avec leur bébé fait partie du rôle du psychomotricien compte tenu de notre disponibilité et de l'autonomie de notre profession.

A la tension générée par cet événement succède la tension de l'attente. Pour C. Druon⁵¹, le processus de deuil s'enclenche dès les premiers temps où l'enfant est l'objet des préoccupations médicales. Elle parle de « deuil d'une naissance normale ». L'admiration des parents devant la force de leur bébé ainsi que pour les techniques

⁵¹ DRUON C., A l'écoute du bébé prématuré, Une vie aux portes de la vie, FLAMMARION, 2005.

médicales de pointe lui permettant d'être en vie constitue un puissant mécanisme de défense leur permettant de se prémunir face à leur souffrance.

Chaque naissance amène des déceptions : l'enfant idéalisé laisse place à l'enfant réel. Cette constatation serait à l'œuvre dans la dépression post partum. Il semblerait que cet état se manifestant au troisième jour n'existe pas chez les mères de bébés prématurés. L'auteur s'interroge sur cette absence : « *Est-elle liée à la culpabilité de cette naissance ? Y a-t-il un trop grand fossé entre l'image de l'enfant pendant la grossesse et le résultat dans la couveuse ?* »⁵²

La naissance prématurée porte à la fois la promesse de la vie mais aussi une mort hypothétique et cela dans le même espace-temps. Il est difficile pour les parents de s'investir psychiquement sur la vie en suspend de cet enfant.

5-4 La rencontre en néonatalogie

Bien souvent, les pères sont les premiers à voir leur enfant. Si la naissance a lieu par césarienne, ils sont seuls face aux nouvelles que leur donne l'équipe médicale.

C'est à lui qu'on explique les soins que l'enfant a reçu et le fonctionnement des appareils l'entourant. Il est le premier à lui parler et à le toucher. Il a la lourde tâche d'enregistrer mentalement tout ce qui vient de lui être dit pour le retranscrire à sa femme en attente de nouvelles.

Là encore, il y a peu de répit. L'urgence de la naissance, de la première visite et le retour qu'il doit en faire laissent peu de place au temps.

Le père peut alors se retrouver dans une situation inhabituelle : celui qui présente l'enfant à la mère. Ce n'est pas sans répercussion sur l'investissement maternel. A la culpabilité de ne pas avoir pu mener sa grossesse à terme, s'ajoute pour elle une blessure narcissique, un sentiment de dépossession.

⁵² Opus cité prec. P 31.

II- De l'attachement mère/enfant à l'intégration psychomotrice

Ce second chapitre montre comment l'attachement entre la mère et l'enfant se construit, en prenant en compte la capacité du bébé à entrer en relation et celle de sa mère à répondre à ses sollicitations. Pour mieux comprendre pourquoi la place des parents dans les services de néonatalogie devrait être centrale, il me semble important de montrer que les liens d'attachement se construisent précocement et qu'ils influencent le développement de l'enfant.

Enfin, je me pencherai sur les effets à long terme de la prématurité sur les liens d'attachement mère/enfant, mais aussi sur les difficultés que les enfants prématurés peuvent rencontrer durant leur développement et en particulier à l'âge scolaire.

1-Du biologique au psychique

1-1 Les premiers liens

S'inspirant des travaux menés par des éthologues comme Konrad Lorenz et Harlow, John Bowlby, psychanalyste anglais, postule qu'il existe des comportements innés appelés comportements d'attachement. En effet, pour J.Bowlby⁵³, les nourrissons sont biologiquement déterminés et donc prédisposés à s'attacher à la personne s'occupant d'eux. Ces comportements ont pour fonction de réduire la distance et d'établir la proximité physique avec la mère.

Le postulat énoncé par Freud selon lequel l'enfant s'attache à sa mère parce qu'elle satisfait ses besoins primaires est remis en question. L'attachement du bébé à sa mère est secondaire. Pour Freud, l'investissement pulsionnel se porte

⁵³ Montagner H., L'imprinting, l'attachement, le lien In Pierrehumbert B., L'attachement, de la théorie à la clinique, Eres, 2005.

successivement sur des zones impliquant des fonctions physiologiques. Le bébé se trouve dans un état d'indifférenciation, il ne connaît pas l'objet qui satisfait sa pulsion puisque son appareil psychique n'est pas élaboré. L'énergie pulsionnelle s'étaye en premier lieu sur la fonction alimentaire : la mère est associée au plaisir du bébé. Puis, une dissociation s'opère où le plaisir satisfait par la mère se détache du besoin alimentaire. La mère prend alors une signification pour elle-même et devient un objet libidinal.

La théorie de Bowlby⁵⁴ se positionne différemment : l'attachement est un besoin primaire inné. Le contexte historique dans lequel ses travaux ont été menés est particulier. C'est un contexte d'après guerre où de nombreux orphelins étaient placés en pouponnière. Le taux de mortalité de ces lieux d'accueil était très élevé bien que les enfants bénéficiaient de tous les soins nécessaires. Les recherches de René Spitz⁵⁵, psychiatre et psychanalyste américain, ont montré l'incidence majeure de la séparation mère/enfant sans qu'il n'y ait de suppléance par un tiers. Ainsi, les infirmières qui s'occupaient de ces enfants n'avaient-elles pas le droit de leur adresser la parole : les enfants ne recevaient donc aucune « nourriture affective ». Les conséquences principales étaient la dépression associée à un retard de développement significatif et dans les cas les plus graves, la mort. Ces travaux sur l'hospitalisme et la manière dont le bébé peut se laisser mourir en l'absence de liens affectifs et cela malgré des soins appropriés, sont venus confirmer la position théorique de Bowlby.

Dans sa perspective théorique, le comportement d'attachement se définit par sa fonction du maintien de la proximité physique avec l'objet d'attachement ou de son rétablissement si elle est compromise.

⁵⁴ Bowlby J., Le comportement d'attachement : une approche par systèmes de régulation In *Attachement et perte*, L'attachement, 2006, PUF.

⁵⁵ Spitz R., *Maladies de carences affectives chez le nourrisson* In *De la naissance à la parole, la première année de la vie*, 1968, PUF.

La maman de Nolwenn me dira : « C'est trop dur de me réveiller sans elle. C'est pour ça que je viens dormir à l'hôpital. »

Les parents d'Inès viennent lui donner son bain dans sa couveuse pour la première fois. Le papa, pendant qu'il rince délicatement sa fille me dira : « On veut participer, c'est notre fille et puis ça crée le lien. »

Dans ces petites phrases prononcées en présence de leur bébé, ces parents montrent leur connaissance intuitive de la construction des liens : la proximité physique. Toucher leur enfant, le laver, le porter, le regarder leur donne le sentiment que « cet étrange petit inconnu » est bien leur enfant, qu'il le reconnaisse comme tel. Ces moments semblent les dégager un instant de leur anxiété pour mieux se centrer sur les besoins de leur bébé.

Bowlby décrit cinq comportements contribuant à l'attachement : la succion, l'agrippement, les cris, le sourire et la poursuite de l'objet d'attachement⁵⁶. Le système d'attachement est inactif quand le bébé et la mère sont en contact proche⁵⁷. Lorsque les conditions se modifient comme l'éloignement de la mère, le système est activé par le bébé ou par sa mère. Mais la recherche de la proximité n'incombe pas uniquement au bébé : sa mère maintient et recherche elle aussi une certaine proximité.

⁵⁶ Bowlby J., Le comportement d'attachement : une approche par systèmes de régulation In Attachement et perte, L'attachement, p 329, 2006, PUF.

⁵⁷ Ibid.

1-2 La fonction maternante

Winnicott⁵⁸ a décrit cet état particulier juste après la naissance comme la « préoccupation maternelle primaire ». La mère est entièrement tournée vers son enfant afin de répondre le plus finement possible à ses besoins. Il parle d'un développement graduel où le degré de sensibilité de la mère s'accroît pendant la grossesse, atteignant son paroxysme dans les dernières semaines. Cet état perdure quelques semaines pendant le post partum.

La mère est dans un état de repli que Winnicott compare à un épisode schizoïde où une partie de sa personnalité devient dominante : c'est un stade d'hypersensibilité. Winnicott parle de « maladie normale » dont la mère guérit lorsque la dépendance de l'enfant envers elle tend à diminuer.

Grâce à cet état, la mère fournit un « cadre » où le bébé peut s'exprimer, expérimenter sa motricité spontanée et ressentir ses sensations propres. Lorsque l'adaptation aux besoins du bébé est « suffisamment bonne », la vie de l'enfant est peu perturbée par ce que Winnicott nomme « les réactions aux empiétements de l'environnement ». Ces réactions provoquées par des carences maternelles bloqueraient chez l'enfant la continuité d'être entraînant alors une menace d'annihilation.

A ce stade de la relation, l'environnement maintient « le potentiel inné », c'est-à-dire la faculté naturelle de l'enfant au développement, devenant une « continuité d'être », que l'on définit par « l'existence personnelle ». La continuité d'être et l'annihilation sont les deux possibilités d'évolution du bébé. L'environnement a donc pour mission principale de réduire les empiétements auxquels l'enfant pourrait réagir, menaçant son sentiment d'existence.

Winnicott a appelé ce stade du développement de l'enfant le stade du « maintien ». A cette période, le moi de l'enfant passe de la non-intégration à l'intégration. L'enfant peut alors revivre des états non-intégrés, sous couvert de la

⁵⁸ Winnicott D., La préoccupation maternelle primaire (1956) In La mère suffisamment bonne, petite Bibliothèque Payot, 2006.

continuité et de la fiabilité des soins maternels. Cette phase de développement amène l'enfant à un état d'unité où une liaison s'établit progressivement avec l'existence psychosomatique : **« (...) c'est ce que j'ai appelé l'installation (in-dwelling) de la psyché dans le soma. A la base de cette installation se trouvent les expériences motrices, sensorielles et fonctionnelles étroitement liées au nouvel état de l'enfant - être une personne. »**

« Les points de départ d'autres processus se trouvent aussi à cette période de « maintien » ; le plus important d'entre eux est l'éveil de l'intelligence et la formation des fonctions mentales comme quelque chose de différencié du psychisme. De là découle toute l'histoire des processus secondaires et du fonctionnement symbolique, ainsi que celle de l'organisation du contenu psychique personnel qui offre une base aux relations de la vie et des rêves. »⁵⁹

Le maintien -ou le *holding*- se définit comme la qualité et la continuité des soins donnés au bébé. Un « bon holding » prend en compte la sensibilité unique de chaque enfant dans sa sensorialité et dans sa motricité, en s'adaptant au jour le jour aux changements liés au développement. Winnicott insiste sur le fait que dans le holding, « il y a surtout le fait qu'on tient physiquement l'enfant, ce qui est une forme d'amour. »⁶⁰

⁵⁹ Winnicott D., La théorie de la relation parent-nourrisson (1960) In De la pédiatrie à la psychanalyse, p 366-367, Sciences de l'Homme Payot, 1969.

⁶⁰ Winnicott D., La théorie de la relation parent-nourrisson (1960) In De la pédiatrie à la psychanalyse, p 371, Sciences de l'Homme Payot, 1969.

Samuel est un bébé né prématurément à 31 semaines et 2 jours. Il pèse 1kg 800. Il s'agit d'une prématurité spontanée. Lorsque je le rencontre, il est âgé de 35 semaines et pèse 2kg 680.

Il est placé en isolement puisqu'il a contracté un virus respiratoire. Il pleure beaucoup, son rythme cardiaque est élevé. Je le prends dans mes bras, ses pleurs diminuent. Ses jambes sont en hyper extension. Un soutien au niveau des pieds lui permettra de retrouver son calme. Il est très sensible à la voix et semble contenu. Le rythme de ma respiration semble aussi l'apaiser. Il bâille, il esquisse plusieurs sourires en gardant les yeux mi-clos. Son tonus diminue, la flexion au niveau des jambes est retrouvée. Nous resterons environ trois-quarts d'heure ensemble.

Il me semble en effet que le rôle d'un psychomotricien en néonatalogie peut se trouver ici : il ne se substitue pas aux parents mais peut proposer au bébé un soutien physique, une forme de holding différente du holding parental, une réassurance en leur absence.

1-3 Les interactions précoces

Entre la mère et son bébé vont s'établir des interactions durant lesquelles chacun ajustera son comportement sur celui de l'autre. Le lien singulier se mettant en place, la proximité parentale favorise à la fois la sécurité réelle et le sentiment de sécurité interne du bébé.

Un partage des états affectifs entre les deux partenaires se met en place. Daniel Stern l'a conceptualisé sous le terme ***d'accordage affectif***⁶¹. Pour que l'accordage affectif existe, le parent doit être capable de décrypter l'état émotionnel de son bébé dans son comportement. Puis, il doit donner une réponse partageant des caractéristiques communes au comportement que l'enfant présente sans que cela soit

⁶¹ Stern D.N., Le sens d'un soi subjectif: II. L'accordage affectif In Le monde interpersonnel du nourrisson, PUF, 1989.

de l'imitation pure. Le bébé doit être capable de comprendre le comportement parental comme une réponse à son propre état émotionnel et non comme une simple imitation.

L'accordage affectif, à l'instar de l'imitation, rejoue l'événement en le centrant sur ce qui est partageable : la sensation. Sa fonction de partage des états émotionnels prend tout son sens dans la subjectivité. La réponse faite par la mère amène à créer quelque chose qui était présent de manière discrète chez le bébé. Elle vient renforcer par sa réponse l'existence de son état interne. Au delà de l'expérience de la subjectivité de l'autre, l'accordage affectif entraîne un changement ou un renforcement en ajoutant un élément que le bébé n'avait pas avant : « *L'accordage prend l'expérience de la résonance émotionnelle et la refond automatiquement en une autre forme d'expression. (...) L'accordage est, à bon droit, une forme séparée de transaction affective.* »⁶²

Lorsque l'on introduit de façon expérimentale des perturbations dans l'interaction comme par exemple la procédure du « visage impassible », l'enfant réagit, dès l'âge de trois mois, par un retrait social en alternance avec des tentatives pour saisir l'attention de sa mère. Toutes ces expériences ont montré l'importance pour le bébé de vivre des situations accordées.

L'accordage affectif joue un rôle majeur dans la découverte des émotions internes puisque celles-ci sont partageables avec son entourage : « *Ce qui est en jeu ici n'est rien de moins que la forme et l'étendue de l'univers partageable intérieur.* »⁶³

La qualité de l'ajustement tonico-émotionnel va influencer le développement émotionnel et affectif de l'enfant. Comment le bébé entre-t-il en communication avec son entourage ? De quelles ressources dispose-t-il ? Comment son environnement peut-il s'en saisir ?

⁶² Stern D.N., opus déjà cité précédemment. P189-190.

⁶³ Stern D.N., opus déjà cité précédemment. p 196-197.

1-4 Le mouvement comme support de la communication émotionnelle

Pour Henri Wallon⁶⁴, le développement de l'enfant est sous-tendu par sa vision de l'être humain : un être biologique mais aussi un être social. Dès la naissance, les besoins du bébé liés à sa survie font de lui un être social. Son immaturité biologique, c'est-à-dire son incapacité à subvenir à ses besoins vitaux et à agir sur son environnement, fait de son entourage le premier milieu auquel il doit s'adapter.

Cependant le bébé, en instaurant des relations avec autrui, est un partenaire actif dans ce processus développemental. Si le milieu humain occupe un rôle majeur, la perspective wallonienne envisage le développement dans une interdépendance des facteurs biologiques et des facteurs sociaux.

Les facteurs biologiques concernent la maturation nerveuse qui suit un ordre prédéterminé commun à tous les individus, expliquant la succession des étapes développementales dans la vie du bébé. Wallon définit les facteurs sociaux comme des facteurs externes. Si la maturation nerveuse détermine les étapes du développement, c'est le milieu humain du bébé qui rend possible l'apparition de l'activité. Le développement de l'enfant est alors considéré comme un passage allant du biologique au psychique.

Pour Wallon, ce passage est possible grâce à trois notions fondamentales : le mouvement, l'émotion et l'imitation. L'imitation étant effective à partir du sixième mois de vie de l'enfant, je me centrerai sur les deux premières notions.

Le mouvement est une action sur le monde extérieur. Il permet au bébé la préhension, la manipulation et surtout l'expression. L'agitation motrice, les premiers cris et pleurs prennent sens dans l'établissement d'un lien avec l'autre : « *Chez le nouveau-né, les mouvements ressemblent à de simples décharges inefficaces de*

⁶⁴ Laval V., La théorie d'Henri Wallon In La psychologie du développement, Modèles et méthodes, Armand Colin, Campus, 2002.

l'énergie musculaire, où s'entremêlent, sans bien s'y combiner, des réactions toniques et cloniques, des spasmes et la brusque détente des gestes incoordonnés. »⁶⁵

Par l'interprétation de l'entourage, les premiers mouvements du bébé prennent une signification : il communique ses besoins, son plaisir et son inconfort. Le mouvement est indissociable de l'émotion puisqu'il en est la manifestation provoquant l'intervention des parents : *« Il s'établit ainsi de l'un à l'autre, une liaison graduellement plus spécifique selon les exigences de l'enfant et selon les circonstances (...). C'est là d'ailleurs un mode d'expression qui reste tout affectif, mais dont les nuances peuvent finalement répondre à toute la gamme des émotions et, par leur intermédiaire, à des situations variées, dont l'enfant prend ainsi une conscience qui peut être confuse et globale, mais véhémence (...). »⁶⁶*

Dès la naissance, le bébé se caractérise par sa précocité à manifester ses émotions qui peuvent être envisagées comme des modifications physiologiques en tant que réactions musculaires et dans la modification de paramètres internes observables et ressentis (rythme cardiaque, tonicité, pleurs, coloration de la peau). Elle est aussi un comportement social marquant l'entrée de l'enfant dans la vie psychique avant l'apparition du langage. Le bébé l'utilise comme un moyen d'agir sur autrui en toute réciprocité.

⁶⁵ Wallon H., Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant, *Enfance*, 1959, 3-4, p 236.

⁶⁶ Opus déjà cité prec. P 236.

2-Le développement sensori-moteur

Chez le bébé, le tonus est le support de son activité motrice spontanée, de ses coordinations sensori motrices et de sa vie relationnelle. Cette partie décrira l'organisation tonique et posturale du bébé et son rôle dans la construction de l'attachement.

2-1 L'évolution posturale dans la construction de l'attachement

« Les variations de sa tonicité sont l'un des premiers éléments qui nous entraînent vers la compréhension de la vie psychique du bébé. »⁶⁷

Le tonus est d'abord lié aux postures et aux mouvements puis il prend sa place de « passeur d'émotions » dans la communication avec l'environnement. Le positionnement et la forme du corps dans l'espace nous donnent à voir l'expression des affects de l'autre, nous plaçant ainsi dans une affectivité particulière. **Ainsi, le tonus, par sa nature physiologique, mécanique et psychologique, se comprend-il comme une interface entre le corps et le psychisme de l'individu.**

Le développement psychomoteur montre l'interrelation existant entre les progrès moteurs de l'enfant et le développement intellectuel et socio-affectif. Néanmoins, il suit des lois permettant la succession d'étapes.

Le développement se fait dans le sens céphalo-caudal, allant de la tête vers le bas de la colonne vertébrale. A la naissance, le bébé présente une hypotonie axiale qui, progressivement, par la myélinisation des fibres nerveuses, va laisser place à un plus grand contrôle moteur. Ses membres supérieurs et inférieurs sont hypertoniques. Sous l'effet de la maturation nerveuse dans le sens proximo-distal, du centre vers la périphérie, le contrôle musculaire et l'alternance flexion/extension deviendront possibles.

⁶⁷ Robert Ouvray S., L'enfant tonique et sa mère, Desclée de Brouwer, 2007, p 44.

Le nouveau-né a donc une forte tonicité musculaire que l'on peut évaluer par sa faible capacité d'extension. Cette tonicité va évoluer différemment selon les muscles concernés. Le tonus axial va augmenter permettant la tenue du dos alors que la tonicité des fléchisseurs va diminuer, permettant l'extension des membres nécessaire à la marche.

Le bébé dispose d'une motricité primaire de type réflexe revêtant trois formes⁶⁸ :

- **La motricité programmée** commune à tous les individus où seul le rythme d'acquisition varie. Elle est innée et son aboutissement est la station debout.
- **La motricité primaire de base** qui est une motricité sans apprentissage, caractérisée par de petits mouvements que l'enfant fait spontanément. Elle n'a pas d'autre fonction que l'entretien du tonus et la sensation motrice.
- **La motricité réactionnelle** qui s'appuie sur les réflexes donnant la possibilité au bébé de répondre aux sollicitations de l'entourage.

Cette motricité réflexe va donner au corps de l'enfant une forme allant d'abord dans le sens de l'enroulement et du regroupement des parties vers le centre. Sous l'effet de la maturation neurologique, l'extension apparaît et va s'accorder avec l'enroulement, rendant les mouvements d'ouverture et de fermeture possibles. En partant du décubitus dorsal, le bébé s'enroule et peut se redresser sur ses pieds. Pour Suzanne Robert Ouvray,⁶⁹ « *La forme corporelle d'enroulement/redressement paraît simple, mais nous sommes les seuls êtres vivants à pouvoir l'accomplir car elle nécessite une organisation motrice spécifique, basée sur des successions d'enroulements.* »

⁶⁸ Robert Ouvray S., L'enfant tonique et sa mère, Desclée de Brouwer, 2007.

⁶⁹ Robert Ouvray S., L'enfant tonique et sa mère, Desclée de Brouwer, 2007, p 55.

Inès est une petite fille née à 31 semaines et 2 jours par césarienne en raison d'une pré-éclampsie. Elle pèse alors 1kg 040. Elle est en couveuse. Elle est âgée de 32 semaines et 1 jour lorsque je la rencontre. Elle est installée en décubitus dorsal dans un cocoon. Elle est en proclive. Son sommeil est un peu agité. Ses mains touchent son visage et rencontrent le fil de la sonde d'alimentation. Elles sont ouvertes et cherchent sa bouche. Elle tète un court instant ses doigts. Ses jambes passent de la flexion à l'extension, ses pieds ne rencontrent pas d'appuis. Elle cherche à se regrouper, elle bâille et retrouve un sommeil calme. Ses mollets reposent sur le cocoon.

La mise en place du cocoon permet à Inès d'expérimenter des mouvements mais aussi de la contenir en offrant des points d'appuis lui permettant le regroupement.

Les réflexes archaïques qui sont à la base de la motricité du nouveau-né, témoignent, entre autre, de son intégrité neurologique. Ils sont la marque du fonctionnement cérébral sous-cortical du nouveau-né. Sur les 73 réflexes existants, seuls six d'entre eux ont une valeur significative pour le bilan neuromoteur⁷⁰ :

- **Le réflexe asymétrique du cou** ou le réflexe de l'escrimeur : en décubitus dorsal, la tête du bébé est tournée d'un côté, son bras côté visage est étendu, son bras occipital est fléchi.
- **Le réflexe de préhension ou le grasping** : au contact d'un doigt dans sa paume de main, le bébé serre fortement ses doigts.
- **Le réflexe de Moro** : En décubitus dorsal, lorsque l'on soulève rapidement le bassin du bébé, ses bras se mettent en extension, ses mains s'ouvrent puis ses bras se mettent en adduction avec une flexion des avant-bras. Tous les changements brusques de position provoquent ce réflexe.
- **La marche automatique** : Maintenu debout, le bébé redresse ses membres inférieurs et son tronc puis il effectue quelques pas sur la plante des pieds. Chez le prématuré, les pas se font sur la pointe des pieds.

⁷⁰ Ibid.

- **Le réflexe de succion** : Lorsque l'on caresse la joue d'un nouveau né ou que l'on effleure ses lèvres, il cherche à téter.
- **Le réflexe d'allongement croisé** : Lorsque l'on stimule, par frottement, la plante du pied en maintenant la jambe en extension, la jambe libre s'étend après une rapide flexion, les orteils se mettent en éventail puis le pied libre vient se superposer au pied stimulé.

Les trois fonctions principales de ces réflexes sont :

- **la protection de l'organisme** avec le réflexe asymétrique du cou empêchant l'enfant de passer du décubitus dorsal en décubitus ventral.
- **la fonction signalétique** : la disparition aux alentours de trois mois du réflexe asymétrique du cou marque la capacité du bébé à passer en décubitus ventral volontairement
- **la préparation à la motricité adulte** par les réflexes archaïques. Le réflexe de Moro deviendra le réflexe de sursaut.

L'enjeu de la maturation neuromotrice sera la diminution de la motricité réflexe et de la bipolarité tonique afin de coordonner les mouvements entre eux par rapport à l'axe vertébral.

2-2 L'intégration psychomotrice

Vers l'âge de deux mois, sous l'effet de la maturation neurologique, l'hyperflexion des membres diminue. La tête est tenue à trois mois et les pôles toniques sont équilibrés vers six mois. Le système tonique du nouveau-né s'organise en réaction motrice réflexe dans le champ de l'hypertonie.

Sa motricité et son affectivité étant combinées ainsi, la satisfaction de ses besoins fondamentaux fait baisser son hypertonicité. L'hypotonie est ressentie dans le passage de la contraction à la décontraction se liant à la relation. Une première forme de dualité tonique est vécue. A cela s'ajoute la dualité physiologique de l'hypotonie axiale et de l'hypertonie périphérique latentes.

En effet, les axes relationnel et physiologique se rejoignent et sont indissociables dans les manifestations tonico-émotionnelles du bébé. Il évolue entre un extérieur tendu et dur, né de tensions internes, et un intérieur détendu et mou, nourri par la satisfaction des besoins. Ces deux états organisent la vie du bébé durant les premières semaines de son existence.

Pour S.B. Robert-Ouvray⁷¹, on peut distinguer quatre niveaux d'organisation mettant en rapport les pôles opposés :

- **Le niveau tonique :**

C'est l'ensemble des dynamiques mettant en jeu des couples opposés : le squelette et l'action musculaire, les muscles agonistes et antagonistes.

Chez le bébé, ce jeu est géré par l'opposition tonique et c'est par le système proprioceptif que le bébé reçoit la majorité de ses sensations. La tonicité est à la base des réactions musculaires aux stimulations, c'est pourquoi elle est le premier palier d'intégration. Le bébé vit le passage hypertonie/hypotonie en lien avec la présence/absence de l'autre. Entre le niveau tonique et le niveau de la représentation, il y a la sensorialité qui prend appui sur l'opposition tonique.

- **Le niveau sensoriel :**

Selon son état, le bébé passe d'une hypertonicité dure et désagréable à une hypotonie molle et agréable. Ses sensations associées au tonus vont donner une tonalité, une couleur, aux expériences vécues par le nouveau-né. Deux grands pôles sensoriels dur-mou toujours en associés au plaisir/déplaisir émergeront de l'appui tonique tendu/détendu.

⁷¹ Robert-Ouvray S.B., Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité, Desclée de Brouwer, 2002.

- **Le niveau affectif :**

Les expériences de détente associées au plaisir surviennent par la présence de l'autre. Le passage du sensori-tonique à l'affectif permet de passer de la précommunication à la communication. Les états affectifs des deux partenaires peuvent être nommés : l'émotion devient le vecteur de la communication. C'est la mère qui parle des affects à son bébé qui, lui, en a une connaissance exclusivement sensorielle et tonique : « ***C'est la mère, qui à partir de ses propres niveaux intégrés peut introduire l'enfant dans le monde du signifiant en lui permettant d'étayer sur ses paliers corporels ses paliers psychiques.*** ».⁷² L'accès à ce palier n'est possible que si la mère est disponible psychiquement et physiquement pour soutenir la relation avec son enfant.

- **Le niveau représentatif :**

Chez le nouveau-né, des préreprésentations apparaissent à partir des stimulations internes et externes. Le processus d'intégration basé sur la dualité tonique sépare l'objet en deux : un bon et un mauvais objet. Pour S.B. Robert Ouvray, le clivage psychique étudié par Mélanie Klein, psychanalyste, a des racines corporelles basées sur l'opposition tonique physiologique et relationnelle. Pour M.Klein, les relations d'objet durant les quatre premiers mois de la vie sont clivées entre bon et mauvais. De plus, l'objet est un objet partiel et il y a donc une bipolarité psychique s'appuyant sur la dualité tonique du Moi et de l'Objet. Les expériences difficiles amèneront de mauvaises représentations.

Les pôles sont intriqués et s'appuient les uns sur les autres dans une continuité temporelle. L'intégration des extrêmes est vue comme un processus d'identification primaire permettant de poser des limites aux différents niveaux d'organisation. Chaque stimulation va être intégrée à partir de ces paliers constituant des séquences cohérentes au sein d'une expérience. Ces éprouvés tonico-émotionnels se transmettent mutuellement de la mère à l'enfant.

⁷² Opus déjà cité précédemment p 82-83.

Le dialogue tonico-émotionnel dans lequel sont plongés la mère et l'enfant donne du sens à l'expérience, assurant un sentiment de sécurité au bébé.

L'alternance, la fréquence et l'intensité des moments d'excitation et de détente donnés par la mère font office de pare-excitation, permettant au bébé d'intégrer des expériences sensori-toniques qu'elle saura intuitivement interpréter et réguler.

L'intégration psychomotrice est directement dépendante d'un rythme relationnel satisfaisant. L'hypertonie ressentie par le bébé, une fois mise en opposition avec les sensations propres à l'hypotonie, lui permet d'éprouver la détente et le plaisir.

Lorsque le rythme absence/présence de la mère est accordé avec ses capacités de contenance face aux stimulations, une sécurité de base est assurée. Le rythme créé va alors permettre à l'enfant de différer ses besoins sur des temps très courts au début puis qui s'allongeront progressivement : le début de la différenciation soi/autrui s'engage alors.

Toutes les parties du corps vont s'intégrer en fonction du vécu émotionnel. Ainsi, l'identité topologique et topographique de chaque partie se construit-elle de manière interdépendante. Ces rapports vont se complexifier en fonction des coordinations motrices et des affects. Le schéma corporel, c'est-à-dire la connaissance que le sujet a de son propre corps dans l'espace et de la relation entre ses différentes parties, se construit.

L'intégration psychomotrice est un processus dynamique permettant la différenciation somatique et la réorganisation du schéma corporel tout au long du développement psychomoteur de l'enfant.

Elles revêtent un sens spatio-temporel dans la mesure où leur orientation part du centre du corps pour aller vers l'extérieur par des mouvements de redressement. Pour S.B. Robert Ouvray, « *Le sens que l'enfant va donner aux objets extérieurs et à son*

propre corps dépendra du sens affectif selon lequel il aura intégré la coordination et l'orientation de son organisation psychomotrice. »⁷³

C'est donc très précocement, dès le début de la vie, que se construit l'intégration psychomotrice sous l'influence majeure de la qualité des relations mère /enfant. Cela va permettre au bébé de comprendre et d'accéder progressivement à la représentation de son corps ainsi qu'aux éléments de l'environnement. Les premières semaines, les premiers mois de la vie vont permettre au bébé de coordonner ses représentations de soi et de l'autre pour accéder à une représentation unifiée, totale, de soi et de l'objet.

La motricité du nouveau-né étant réflexe, comment va-t-elle induire les modalités relationnelles nécessaires à une harmonie psychomotrice et comment impactera -t-elle le développement ?

Parce qu'il est le réflexe à la base de la survie, qu'il rassemble tous les éléments fondateurs de la construction psychomotrice et qu'il est au cœur des liens d'attachement mère/enfant, j'appuierai mon étude sur le réflexe de succion.

2-3 L'expérience de la tétée dans la construction psychique

Le corps du bébé est un univers de découverte des pôles sensoriels et toniques opposés. Plus ces pôles ont été vécus dans un rythme satisfaisant, plus les limites sensorielles seront cohérentes et sa capacité à entrer en communication d'autant plus forte. Certaines expériences réunissant à la fois une demande physiologique et une demande relationnelle permettent au bébé de faire l'expérience de l'existence de deux sensations opposées dans un même temps. Ce couple d'opposé exige que le bébé se mette en lien avec l'extérieur. La mère représente alors un « agent externe d'intégration »⁷⁴.

⁷³ Opus cité précédemment, p 91.

⁷⁴ Opus cité précédemment, p 94.

L'exemple de la tétée montre les liaisons toniques et affectives existant entre le bébé et sa mère. Pour H.Wallon, la dépendance vitale du bébé à l'égard du milieu humain rend capitale la fonction expressive du mouvement : « *Les cris de l'enfant étant souvent calmés par le biberon deviennent le signe du désir alimentaire. L'attitude de la mère pouvant être d'acquiescement ou de refus, il s'élabore entre elle et lui tout un système de compréhension mutuelle par gestes, attitudes ou mimiques, dont la base est nettement affective.* »⁷⁵

La bouche est un lieu de mécanismes complexes. Ontogénétiquement, c'est le réflexe de Hooker qui fait passer l'embryon au stade de celui de fœtus. Ce réflexe permet le rapprochement main/bouche in utero et déclenche des mouvements linguaux et buccaux.

A la naissance, le réflexe de foussement associé au réflexe de succion, incluant le suçotement des doigts, est le seul comportement dirigé du bébé. Le réflexe de succion est présent aux alentours de la 35 S.A⁷⁶. Le bébé est capable de coordonner succion/déglutition et respiration. Il s'agit d'une oralité primaire mettant en jeu des structures neurologiques sous corticales. Ce réflexe est déclenché par des récepteurs cutanés péribuccaux.

Pour Spitz⁷⁷, l'activité de perception débute dans ce qu'il nomme la cavité primitive. Elle représente à la fois l'intérieur et l'extérieur, elle est un pont entre la réception interne et les perceptions externes. La combinaison faite par la cavité orale et la main serait le modèle de la première structure du moi : « *Je soutiens que la cavité buccale (...) est la première surface à être utilisée dans la vie pour une exploration et une perception tactiles. Elle est particulièrement bien dotée pour cela puisque les sens*

⁷⁵ Wallon H., Les étapes de la personnalité chez l'enfant, Enfance, 1963, 1-2, p74-75.

⁷⁶ Voyer M., Magny J.F. Prématurité : le préterme, Paris, ELSEVIER, 1998.

⁷⁷ Spitz R., Le berceau de la perception In De la naissance à la parole, la première année de la vie, PUF, 1968.

du toucher, du goût, du chaud et du froid, de l'odorat, de la douleur et même de la sensibilité profonde impliquée dans l'acte d'avaler y sont représentés. »⁷⁸

Or l'allaitement ou le biberon sont des moments d'intimité, de rapprochement physique où la mère et son bébé se retrouvent au cœur d'une expérience sensorielle et relationnelle riche. La mère offre alors un soutien postural spécifique au bébé : il est dans une posture d'enroulement avec une flexion de la nuque et du bassin ainsi qu'un soutien du dos rappelant la position fœtale.

En effet, in utero mais surtout vers la fin de la gestation, le dos est la surface de contact la plus importante puisqu'elle épouse les courbures de la paroi utérine. A la naissance et durant les premières semaines de vie, le bébé, lorsqu'il est dénudé, crie, pleure de manière plus ou moins importante. L'intégration du dos avec les autres éléments sensori-moteurs dans la construction des relations est donc majeure.

Le concept de peau psychique⁷⁹ d'Esther Bick, psychanalyste, rend compte des modes d'identification très précoces chez le nourrisson. Les observations psychanalytiques d'E.Bick montrent qu'un objet externe au sujet doit être introjecté, c'est-à-dire mis et maintenu en soi, afin qu'une liaison interne puisse exister, reliant entre elles les différentes parties de la personnalité. Les angoisses de morcellement seraient au cœur du vécu psychique précoce du bébé. Pour l'auteur, l'objet introjecté délimitera le dedans du dehors permettant la création d'une peau psychique.

Cet objet est l'interpénétration bouche/mamelon dans le soutien postural et dans la voix maternelle. Ce mode de fonctionnement se définit par l'importance extrême portée aux qualités sensorielles des objets dans un but d'absence de séparation physique. C'est un mode de relation en identification adhésive : elle serait dominante dans le début du développement normal du bébé. L'accrochage aux sensations permet de lutter contre les angoisses de séparation, de discontinuité d'être et de chute dans le vide.

⁷⁸ Opus déjà cité précédemment p 49.

⁷⁹ Boubli M., Psychopathologie de l'enfant, DUNOD, 1999.

L'intériorisation de la peau psychique serait sous la dépendance d'une relation orale suffisamment bonne, atténuant les vécus d'angoisse. Le soutien postural donné par la mère favorise le dialogue mère/enfant, permettant le contact intense des yeux du bébé avec le visage de sa mère. Elle interprète son bébé et ressent dans son corps ces états tonico-émotionnels initiant la construction d'une enveloppe de bien être. Une peau commune se constitue dans la relation symbiotique mère/enfant. Puis son effacement progressif marquera le dégagement de l'enfant de cette symbiose. Les fantasmes de peau arrachée, meurtrie, doivent être surmontés pour que l'enfant acquière le moi-peau.

Pour Geneviève Haag⁸⁰, psychanalyste, c'est l'association entre le contact du dos, l'interpénétration du regard et la voix maternelle dans toute son émotion, à laquelle s'ajoute l'interpénétration bouche/mamelon qui constitueraient la genèse de la peau psychique. La peau psychique peut être considérée comme une première organisation du moi rendant compte du sentiment de continuité de soi.

L'expérience de l'oralité apprend que ce que l'on désire n'est pas toujours soi et que l'expérience de la tétée n'est jamais totalement comme on le désire, ni quand on le désire. Le sein maternel ou le biberon n'étant pas toujours disponibles et ne faisant pas partie du bébé marque la première frontière du soi.

⁸⁰ Haag G., Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie, Neuropsychiatrie de l'Enfance, 36, 1, p 1-8, 1988.

Inès est née par césarienne à 31 semaines d'aménorrhée et 2 jours. Sa naissance a eu lieu en urgence. Elle est âgée, lorsque je la rencontre avec ses parents, de 34 semaines. Elle est alimentée par une sonde, sa maman souhaite l'allaiter. Elle met son poing à sa bouche et tète la tétine que son papa lui présente.

Il est alors proposé à sa maman « une tétée plaisir ». Elle met sa petite fille au sein en même temps qu'elle est alimentée par la sonde de manière passive. Inès, cajolée dans les bras sa maman et sous le regard de son papa tétera plusieurs fois pour leur plus grand bonheur. Ses parents resteront durant les deux heures que durera l'alimentation en sonde.

Ils pourront vivre tous les trois ce moment de plénitude et de découverte sensorielle qu'est l'expérience de la tétée.

Quelles traces mnésiques et corporelles peuvent garder les bébés nourris par sonde sans le bain sensoriel et affectif normalement associé au nourrissage ?

Quelles peuvent être les conséquences sur les liens d'attachement mais aussi sur l'investissement de la sphère orale ?

Quelles propositions peut on faire en tant que psychomotricien ?

3-Quel retentissement sur le développement psychomoteur ?

Cette dernière partie propose notamment de revenir sur les travaux de Bergès ainsi que sur les résultats d'une enquête nationale sur le devenir des grands prématurés à l'âge scolaire.

3-1 Le syndrome tardif de l'ancien prématuré

Dès 1958, Bergès et Lézine⁸¹ débutaient des recherches pour repérer quelles variables seraient susceptibles d'influencer le devenir de l'enfant prématuré et mettaient en évidence *le syndrome tardif de l'ancien prématuré*, se caractérisant par des retards du développement psychomoteur. Les conséquences les plus durables portaient surtout sur les fonctions praxiques et gnosiques, sur l'intégration du schéma corporel et sur la structuration spatiale. Leur rigueur méthodologique leur a permis de cerner la signification de ce syndrome non plus sous le seul angle lésionnel, mais sous l'angle des facteurs d'évolution et de relation.

En effet, la signification de ce syndrome ne pouvait pas être expliquée par l'état de l'équipement neuro-moteur de l'enfant tel qu'il avait été apprécié par l'examen neurologique mais il semblait malgré tout que le développement posturo-moteur avait un sens dans l'explication de ce syndrome. L'équipe de Bergès posait donc l'hypothèse que la présence et l'intensité des troubles concernant les fonctions cognitives, practognosiques et celles du schéma corporel seraient liés à des facteurs ne pouvant pas être expliqués suffisamment par l'état biologique et neurologique postnatal.

Leur recherche devait donc s'orienter vers l'importance des facteurs émotionnels liés à la prématurité dans l'environnement. Une attention particulière serait portée sur les aspects relationnels unissant la mère et son enfant et plus

⁸¹ Bergès J., Boisselier F., Harrisson A., Lézine I., Le syndrome de l'ancien prématuré ; recherche sur sa signification. Revue de Neuropsychiatrie Infantile, 1969, XVII, 11, 719-725

particulièrement sur des caractéristiques relationnelles particulières induisant, dans de nombreux cas, des dysharmonies car l'enfant exprime ses particularités au niveau de son corps propre en tant que lieu des praxies mais aussi en tant que lieu d'ancrage des perturbations du vécu personnel.

Les comportements comparés chez les enfants nés prématurés et chez les enfants nés à terme montrent ceci :

- Des difficultés d'alimentation (vomissements, anorexie, caprices fréquents) qui pendant les trois premières années de la vie sont sensibles : à 15 mois, **75% des prématurés ont des troubles alimentaires contre 8% chez les enfants nés à terme**. Ce chiffre tend à diminuer avec l'âge mais reste toujours supérieur chez les prématurés.
- Des problèmes de **propreté** importants au delà de 2 ans : **37% chez les prématurés contre 25% chez les enfants à terme**.
- Un retard de développement qui s'estompe sur les deux premières années de vie jusqu'à disparaître totalement.
- Des difficultés comportementales constatées qui, pendant les premières années, ont tendance à persister et à s'aggraver au-delà de 6 ans.

Les liens établis entre les troubles du comportement et l'état émotionnel des enfants ont donc permis de montrer le poids des troubles affectifs et en particulier les perturbations relationnelles par l'intermédiaire du corps propre dans le syndrome tardif de l'ancien prématuré.

3-2 Les conséquences relationnelles de la prématurité

Lors d'une hospitalisation prolongée comme dans le cas de la prématurité, les rapprochements corporels et l'établissement des premiers liens sont impossibles ou alors compromis. Si l'on part du postulat que les dégâts peuvent être engendrés par un maternage automatisé, sans émotion et sans investissement affectif, il est tout à fait pertinent de penser que le holding médical peut causer ces mêmes dégâts.

Chez l'enfant prématuré⁸², des particularités interactives dues à la séparation peuvent également mettre à mal les parents déjà en grande culpabilité par rapport à la prématurité de leur bébé. En effet, comparé à un enfant né à terme, les messages émis par le bébé prématuré sont plus difficiles à comprendre pour ses parents notamment parce que ses mouvements sont plus désordonnés, ses états de vigilance varient plus souvent.

D'après une étude menée par Alvarez en 2012, plusieurs facteurs pourraient expliquer la difficulté du bébé prématuré à être un partenaire actif dans l'interaction⁸³ :

- **La fréquence des anomalies neurologiques**
- **La très grande prématurité. Les anciens prématurés âgés de 3 ans initient moins souvent la relation et développent des capacités communicationnelles après les enfants nés à terme.**
- **Le fait que les mères touchent, regardent, sourient et parlent moins à leurs bébés dans l'interaction et ont des difficultés à s'ajuster à lui dans ses moments d'éveil.**

La rencontre douloureuse entre un enfant ayant souffert pendant les premières semaines de sa vie et ses parents durement mis à l'épreuve dans leur parentalité vient

⁸² Boubli M., Psychopathologie de l'enfant, 1999, DUNOD.

⁸³ Alvarez L., Conséquences psychologiques, développementales et relationnelles de la prématurité, une qualité d'interaction parents-bébé capitale, La revue du praticien, vol.62, 2012, p 368-370.

donc constituer une nouvelle entrave au développement de l'enfant mais aussi au développement des compétences parentales.

Il est aussi tout à fait pertinent de penser que l'anxiété parentale, leur détresse face à cette naissance viennent brouiller leur potentiel à « décoder » leur bébé. L'étude menée par Alvarez fait état des conclusions de trois publications sur le sujet. Il s'agit d'une étude prospective comparant une cohorte de 48 enfants nés entre 25 et 33 semaines à un groupe contrôle né à terme :

- **L'intensité de la réaction de stress post traumatique des parents** favorise la survenue de difficultés développementales chez l'enfant. Il serait plus fréquent dans le cas de prématurité légère et moyenne qui de ce fait mobiliserai moins l'attention des soignants.
- **Le stress maternel** interfère sur la qualité des interactions maternelles, un comportement intrusif est généralement retrouvé.
- **Le style maternel intrusif** est lié à un devenir péjoratif. Les prématurés ayant bénéficié d'un style maternel coopératif ont le même quotient de développement que des enfants nés à terme. Au contraire, ceux ayant bénéficié d'un style intrusif présentent un quotient de développement de moindre qualité.

La mise en place d'un style intrusif serait une façon pour les parents d'amorcer la relation bien que cela ne fasse que renforcer les comportements d'évitement. Le dialogue tonique avec le corps de sa mère a débuté plus tardivement, l'installation d'un rythme relationnel adapté n'est pas facilité et peut être à l'origine de distorsions dans la relation. Si une régulation ne s'opère pas au cours du troisième ou quatrième mois, le détournement du regard devient un signe d'installation d'une pathologie précoce.

3-3 Les troubles de la sphère orale chez l'enfant né prématuré

L'acte alimentaire, comme je l'ai déjà expliqué, est complexe et ne peut se réduire à son seul aspect diététique. Des travaux récents⁸⁴ montrent que le recours à une alimentation passive au delà de trois semaines peut induire un évitement du contact facial avec un recul et des pleurs lorsque l'on approche un objet près de la bouche du bébé. Les enfants nés entre 32 et 37 semaines et qui sont nourris par sonde pendant plus de quinze jours, développent souvent une hypersensibilité orale et un retard de développement de l'alimentation s'observant à posteriori. L'enfant mange en petites quantités, la mastication est laborieuse, le temps du repas s'allonge de manière significative.

Le réflexe nauséux ou processus inverse de la déglutition, permet au bébé de repousser tout aliment différent du lait. Après ce type d'alimentation, il y a le risque que s'installe un réflexe hypernauséux en réponse à toute approche buccale.

Une dysoralité peut apparaître⁸⁵ et avoir différents degrés de gravité, interférant avec certaines étapes du développement touchant l'alimentation, le babillage, la mastication ou la prononciation des premiers mots.

Le manque de stimulations orales régulières pendant la première année de la vie peut par conséquent entraîner un amoindrissement, voire un arrêt de la compétence succion/déglutition/respiration. Il apparaît qu'un petit nombre d'enfants, lors du sevrage de la sonde gastrique, développeraient une anorexie mentale associée à un retard psychomoteur dû à l'absence de stimulation.

Même si ces troubles sont peu fréquents, leur impact au sein de la relation parents /enfant est très important. Ils mettent à mal la fonction maternelle dans son rôle nourricier, venant amplifier la blessure narcissique consécutive à la prématurité de l'enfant.

⁸⁴ Bellis F., et al. De l'oralité heureuse à l'oralité difficile, Prévention et prise en charge dans un pôle de pédiatrie, Spirale, n°51, 2009, p 55-61.

⁸⁵ Auvray B., Place de l'oralité des prématurés dans les services de néonatalogie d'Aquitaine, Mémoire pour le certificat de la capacité en orthophonie, 2011.

3-4 Le devenir des enfants prématurés à l'âge scolaire

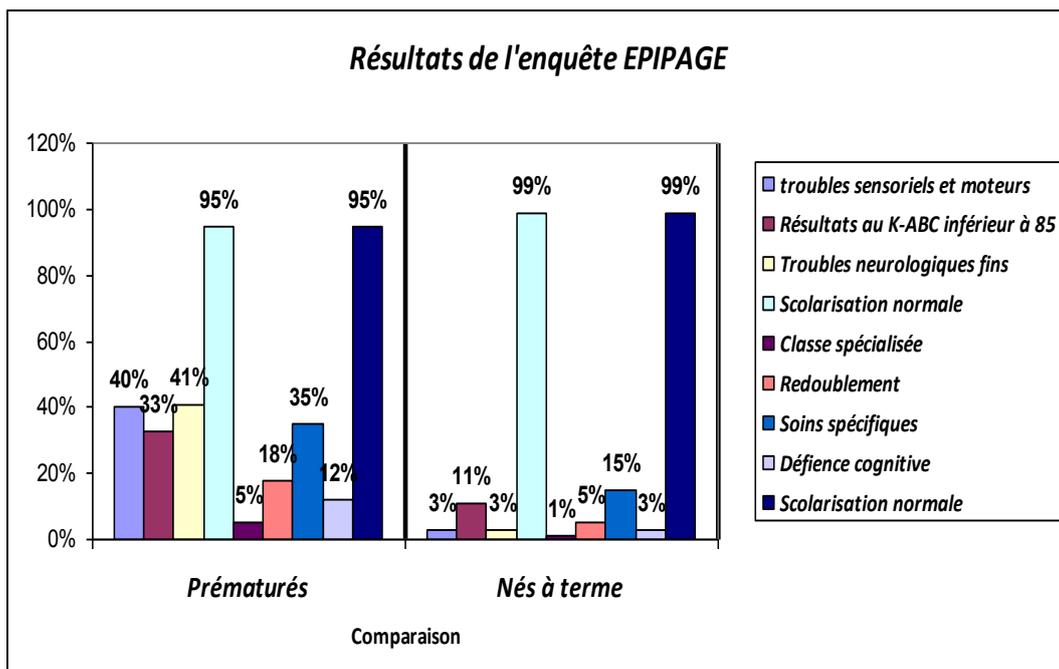
L'étude EPIPAGE⁸⁶ (étude EPIdémiologique sur les Petits Ages Gestationnels) est une enquête de cohorte prospective débutée en 1997 et menée en France par l'INSERM dans neuf régions. Les objectifs de cette étude étaient de fournir des informations précises sur les conséquences de la grande prématurité et de mettre en évidence les facteurs influençant le devenir des enfants.

Les bébés inclus sont nés à moins de 33 semaines (N=2 382). Deux échantillons d'enfants nés à 33-34 semaines (N=457) et à 39-40 semaines (N=666) sont inclus également. Le suivi est réalisé par des questionnaires adressés aux familles deux mois après la sortie de l'hôpital, à neuf mois, un an, deux, trois, quatre et huit ans. A cinq ans, un bilan de l'état de santé et du développement est réalisé dans des centres créés pour les besoins de l'étude.

Sur les plans moteur, sensoriel, cognitif et comportemental, à l'âge de cinq ans, les résultats montrent⁸⁷ :

⁸⁶ Ancel P.Y., et al, Devenir à l'âge scolaire des enfants grands prématurés. Résultats de l'étude EPIPAGE, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 16/17, mai 2010, p198-200.

⁸⁷ Le K-ABC est un test psychologique qui essaie de définir comment l'enfant s'y prend pour résoudre des problèmes et quelle est son habilité à le faire.



Cette étude a pu montrer que les troubles du développement sont majorés par le faible âge gestationnel. Les résultats mettent en évidence les problèmes posés par la prise en charge dès la naissance et cela tout au long de la petite enfance. Une seconde étude, Epipage 2, a commencé en 2011 et suit plus de 4000 enfants grands prématurés jusqu'à l'âge de 12 ans.

Hypothèses

Pour le bébé prématuré, le passage de la vie foetale à la vie aérienne s'effectue dans la précipitation. Son environnement est très médicalisé, il subit un rythme de soins parfois intrusifs et douloureux. **Il s'agit donc d'une période très sensible pour cet enfant en devenir.** Elle se définit comme un intervalle de temps pendant lequel « (...) des conditions anormales de développement peuvent induire des changements fonctionnels qui n'appartiennent pas au répertoire adulte normal. »⁸⁸

Dans cet univers très médicalisé où le corps de l'enfant est l'objet de toute l'attention de l'équipe médicale, quelle va être la place et la spécificité du psychomotricien par rapport aux soignants ?

Ces conditions de vie sont surstimulantes par les excès qu'elles font vivre à l'enfant comparées aux caractéristiques du milieu intra-utérin. **Elles dépassent alors les capacités d'adaptation du bébé et alimentent les situations de stress qui ont un retentissement sur le développement neuro-cérébral de l'enfant.**

L'approche psychomotrice est centrée sur le corps en relation. Or, en néonatalogie, le corps du bébé est malmené, parfois douloureux et surtout immature. Comment donner alors à l'enfant la possibilité de ressentir son corps sur un mode différent que celui donné par les soins médicaux ?

⁸⁸ Vasseur R., Delion P., Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans, ERES, 2010.

Il paraît déterminant pour le développement du bébé de favoriser ses relations avec son entourage. **Dans cette perspective, il faut alors envisager son environnement sur le plan sensoriel et postural afin que le bébé puisse être disponible et s'engager dans la relation et donc dans un attachement harmonieux avec ses parents.** Offrir au bébé la possibilité de mettre au premier plan sa capacité à faire du lien, c'est aussi permettre à ses parents de s'investir dans leur relation avec lui.

Pour le psychomotricien, l'enjeu n'est pas de se substituer aux parents mais de les amener à rencontrer leur enfant afin de mettre leurs émotions au service de la relation. **La psychomotricité pourrait alors servir de trait d'union, être médiatrice entre le bébé et ses parents, pour comprendre leurs difficultés, leur singularité et les soutenir par un regard différent.**

Quelles propositions peut on faire en tant que psychomotricien pour favoriser la disponibilité relationnelle du bébé ? Quels seront les effets de ces propositions sur le lien mère/enfant ?

Quelles pistes de travail peut-on proposer en tant que stagiaire psychomotricienne en situation expérimentale ? Comment faire ces propositions à l'équipe sans paraître intrusive ?

Partie Clinique

I- La réalité d'un service

1 – La néonatalogie

Le service de néonatalogie où j'effectue mon stage est un service de niveau 2B⁸⁹ accueillant des nouveaux-nés à terme et des prématurés de plus de 31 semaines d'aménorrhée. Ce service peut prendre en charge :

- Des bébés nécessitant une réanimation de courte durée.
- Des grands prématurés pour les transférer par le Service d'Aide Médicale Urgente vers un service de réanimation néonatale.
- Des nouveaux-nés en détresse vitale avant un transfert.

1-1 Présentation des lieux

La néonatalogie est située au sein du Pôle Femme/Mère-Enfant à proximité des salles de naissance, de l'hospitalisation de maternité, de l'unité Kangourou et du bloc opératoire.

Le service offre une capacité d'accueil de 13 lits répartis de la façon suivante :

- Une salle dédiée aux soins intensifs ayant quatre places.
- Une chambre d'isolement.

⁸⁹ Le niveau de prise en charge des maternités va du niveau 1 au niveau 3. Le niveau 2B comprend une maternité et un service de néonatalogie dispensant une surveillance continue et des soins spécifiques pour les nouveaux-nés à risque ou ceux dont l'état s'est déstabilisé après leur naissance. Il y a, sur le même lieu et dans une proximité immédiate, une maternité adaptée aux complications maternelles ainsi qu'un accueil des bébés modérément prématurés ainsi qu'une unité de soins intensifs.

- Huit chambres individuelles.
- Deux chambres mère/enfant.
- Deux chambres hôtelières destinées aux parents d'un bébé hospitalisé dans le pôle Femme/Mère-Enfant.
- L'unité Kangourou concerne les bébés nécessitant des soins de courte durée : *« Afin de privilégier la relation mère/enfant, les soins de courte durée aux enfants nés dans l'unité d'obstétrique et qui sont atteints d'affections sans gravité ne nécessitant pas une hospitalisation en unité de néonatalogie, peuvent être réalisés dans le secteur d'hospitalisation (...). (Décret d'octobre 1998).*

Les critères d'admission sont les suivants :

- Un terme gestationnel compris entre 35 et 37 semaines.
- Un poids de naissance compris entre 2000 et 2500 grammes.
- Une surveillance de dextrose⁹⁰ rapprochée.
- Une surveillance d'ictère⁹¹ et photothérapie⁹².
- Un syndrome de sevrage.
- Une infection materno-fœtale⁹³ asymptomatique et traitement antibiotique.

⁹⁰ Elle concerne le maintien d'une glycémie adaptée chez des nouveaux-nés à risque, nés prématurément ou avec un faible poids de naissance.

⁹¹ Il s'agit d'un symptôme très fréquent chez les nouveaux-nés. Il est le résultat de l'accumulation dans le sang de bilirubine. La peau, les muqueuses et la sclérotique prennent une coloration jaune. Il peut évoluer, dans certains cas, en un ictère nucléaire entraînant des troubles neurologiques importants.

⁹² La photothérapie est une exposition à une lumière bleue ou blanche en couveuse afin de traiter l'ictère.

⁹³ L'infection materno-fœtale est une infection néonatale précoce transmise de la mère au fœtus.

1-2- L'équipe soignante

L'équipe médicale est supervisée par un pédiatre, chef du département de pédiatrie et référent en néonatalogie où exercent cinq pédiatres, un médecin assistant et des internes.

Le pédiatre a la responsabilité administrative et médicale de l'unité, il définit le projet de service. Chaque jour, il effectue deux visites, accueille toutes les entrées, prescrivant les traitements, les soins, les examens à dispenser et décide enfin des sorties. Il établit les protocoles avec l'équipe paramédicale et participe à la formation permanente de l'équipe et des internes. Il assure les gardes sur place. Il reçoit les parents sur rendez-vous ou bien leur donne des nouvelles de leur enfant lors de ses visites.

L'équipe paramédicale est composée d'une cadre de santé, de 19 infirmières puéricultrices (IDE), de 10 aides soignantes (AS) et auxiliaires de puériculture (AP) et de 4 agents de services hospitalier (ASH). Des élèves peuvent accompagner les infirmières et les aides soignantes.

La cadre de santé est responsable de la gestion du personnel, de sa formation et de son évaluation. Elle fait le lien entre la direction administrative et la direction médicale, organise les soins et participe aux choix de nouveau matériel et de nouvelles techniques. Elle reçoit les parents avec le pédiatre et peut intervenir auprès d'eux à la demande de l'équipe. Elle prend part à la sortie de l'enfant avec l'équipe, l'assistante sociale et la Protection Maternelle Infantile si besoin est. Elle travaille en partenariat avec le Centre d'Action Médico-Social Précoce, le réseau périnatal et la PMI.

Les infirmières et les puéricultrices travaillent en binôme soit avec une autre IDE soit avec une AS ou une AP. Elles exécutent les soins relevant de leur champ de compétence et prennent en charge les bébés de leur entrée jusqu'à leur sortie. Au-delà de leur savoir-faire technique et de leur rôle administratif, elles ont un rôle relationnel très important puisqu'elles sont les principales interlocutrices des parents. Elles mettent tout en œuvre pour favoriser l'établissement du lien parents/enfant en les accompagnant tout au long de l'hospitalisation.

Les aides soignantes et les auxiliaires de puéricultures font les soins dits de « nursing » et entretiennent l'environnement du bébé. Elles ont un rôle éducatif auprès des parents en établissant avec eux des contacts privilégiés par l'apprentissage des soins à donner à l'enfant. Elles assurent le fonctionnement de la biberonnerie, l'entretien et la désinfection du matériel spécifique du service.

Selon les besoins, une diététicienne, une assistante sociale, une kinésithérapeute et une psychologue peuvent être amenées à intervenir.

1-3- Le travail en réseau

Le service de néonatalogie collabore avec :

- **La Protection Maternelle Infantile**

C'est un système de protection de la mère et de l'enfant dont la création date de 1945. Elle s'occupe, notamment, de mesures de prévention médico-sociales pour la santé des futurs parents et des enfants ainsi que du dépistage des handicaps chez l'enfant de moins de 6 ans.

La Protection Maternelle Infantile est informée de l'hospitalisation de chaque nouveau-né en néonatalogie le jour de son entrée afin que les puéricultrices du secteur géographique du domicile parental puissent intervenir auprès des familles.

- **Le Centre d'Action Medico-Social Précoce**

Le C.A.M.P.S est chargé de la prévention, du dépistage et de la prise en charge du handicap et des troubles du comportement chez les enfants de moins de 6 ans. Un pédiatre du Centre Hospitalier assure les consultations avec l'ergothérapeute du C.A.M.P.S pour les enfants prématurés à l'âge de 6 mois (âge corrigé)⁹⁴. Plusieurs années auparavant, une psychomotricienne est intervenue, de manière ponctuelle,

⁹⁴ L'âge corrigé est l'âge que l'enfant aurait s'il était né à terme. Pour le calculer, on soustrait l'âge gestationnel de l'âge du terme, on obtient le nombre de semaines de prématurité que l'on soustrait à l'âge chronologique. Cela permet de tenir compte de la maturation neurologique lorsque l'on évalue le niveau de développement de l'enfant.

pour les bébés prématurés présentant des troubles de la sphère orale. Actuellement, le service de néonatalogie et le C.A.M.P.S ont commencé un travail de réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour envisager une collaboration.

- **Le Centre Hospitalier Spécialisé**

Il s'agit d'un établissement public de santé mental. Les deux hôpitaux sont amenés à travailler ensemble lorsque le service de néonatalogie accueille des patientes suivies en psychiatrie ou présentant des difficultés importantes suite à la naissance de leur enfant.

- **Le Centre Hospitalier Universitaire**

Lorsqu'il y a des transferts, soit pour un rapprochement familial, soit pour des complications médicales, des interventions chirurgicales ou pour des consultations spécialisées, les centres hospitaliers travaillent ensemble pour adapter au mieux la prise en charge du bébé.

1-4- Le projet de service

Actuellement, le projet du service est en cours d'écriture. Néanmoins, deux axes de travail sont ciblés :

1. Mettre en place les soins de développement : Sous ce terme, sont regroupées toutes les interventions médicales et paramédicales visant à améliorer la qualité de vie du nouveau-né hospitalisé afin de réduire les complications médicales et les perturbations du développement. Ils concernent principalement :

- La réduction des surstimulations environnementales (bruit, lumière).
- La diminution des manipulations et des soins invasifs par un regroupement des interventions et une réassurance apportée au bébé.

- Le positionnement dans les couveuses par l'utilisation de matériel adapté, contenant le bébé en favorisant son confort, son éveil et sa maturation neurologique et en prévenant les déformations orthopédiques et crâniennes.

Les soins de développement font partie d'une prise en charge personnalisée du bébé, s'adaptant aux étapes de son développement tout en prenant en compte ses capacités d'adaptation au milieu mais aussi ses limites par une reconnaissance de ses comportements spécifiques

Actuellement, le service propose aux parents, dès que cela est possible, de prendre leur enfant en peau à peau. Il s'agit d'un moment privilégié pour les parents et l'enfant. Ces moments en peau à peau peuvent aussi servir à initier l'allaitement maternel puisque le bébé, placé dans cette position, sent l'odeur du lait maternel. De plus, la proximité physique favorise la sécrétion de lait

Le bain enveloppé est pratiqué par plusieurs soignants et est proposé aux parents, seuls ou en présence d'un soignant. Le nouveau-né est enveloppé dans un linge et est placé dans l'eau où l'on effectue sa toilette. Ce soin vise à donner un sentiment d'enveloppe et de sécurité au bébé.

2. Favoriser le lien parents/enfant

Comme je l'ai exposé dans ma partie théorique, les liens d'attachement sont malmenés au cours de l'hospitalisation du nouveau-né prématuré. Une réflexion et des actions sont donc menées au sein de l'hôpital pour permettre aux parents d'être impliqués auprès de leur bébé.

Alice est née au terme de 32 semaines et 2 jours par césarienne. Elle est le premier enfant du couple. Sa maman vient tous les matins s'occuper d'elle. Elle lui donne un jour sur deux son bain dans la couveuse. Ce matin, l'infirmière lui propose que ce soit moi qui l'accompagne pour le bain, ce qu'elle accepte.

Les gestes de la maman d'Alice sont tendres, légèrement tremblants face à sa fille qui pèse presque deux kilos aujourd'hui. Lorsqu'elle lui retire sa couche, elle lève les jambes d'Alice ce qui déclenche chez son bébé le réflexe de Moro. Je lui explique la nature de ce réflexe, elle s'inquiète : « Est-ce que cela peut lui faire mal ? ». Je lui explique l'intérêt pour Alice d'être tenue et soulevée en gardant une certaine flexion afin qu'elle se sente en sécurité.

Durant tout le temps du bain, Alice est restée dans son cocoon enveloppé dans une serviette de bain, toujours dans un objectif de bien être et de sensation d'unité corporelle. Je l'explique à sa maman. Alice est détendue, elle sourit beaucoup et éclatera de rire aux dires de sa maman.

Le bain enveloppé fait partie des soins de développement. Ici, on peut voir qu'il fait partie d'une prise en charge globale du bébé en association étroite avec les parents. Les soins de développement n'ont d'intérêt que s'ils se conjuguent entre eux et qu'ils sont expliqués aux parents. Ils sont les premiers acteurs, après leur bébé, du développement de leur enfant.

Le psychomotricien peut donc être une présence auprès des parents et de l'enfant, présence sur laquelle ils peuvent s'appuyer pour prendre de l'assurance. Expliquer les réactions motrices du bébé, l'intérêt du positionnement leur permet alors de s'en saisir, améliorant ainsi la qualité de leur relation.

II- La psychomotricité : un autre regard

1- La psychomotricité en situation expérimentale

1-1 Place du stagiaire

Mon stage a débuté au mois d'octobre 2012 et s'est terminé à la fin du mois d'avril 2013 à raison d'une journée par semaine. Durant le premier mois de mon stage, j'ai suivi les horaires des infirmières du matin soit de 6h30 à 14h. J'ai assisté aux transmissions, moment où l'équipe fait part des informations importantes à l'équipe prenant le relais et j'ai pu suivre une infirmière et assister aux soins. J'ai également observé les visites du médecin ou de l'interne. Mon premier travail a été de me présenter à toutes les personnes du service. La situation expérimentale m'a semblée difficile les premiers temps : Quelle légitimité avais-je ? De plus, le soin aux nouveaux-nés convoque immédiatement des représentations de fragilité, de savoir-faire spécifique mais aussi de toute puissance. Il est alors difficile, en tant que stagiaire, de faire des propositions sans être intrusive et sans que l'équipe ne se sente attaquée dans sa pratique.

Même si la psychomotricité était quelque peu connue du service, j'ai expliqué quel était le travail du psychomotricien ainsi que ses lieux d'exercice. Plusieurs personnes m'ont demandé si j'allais « agir » ou « seulement observer ». Ma première réponse a été de dire que j'allais observer. En tant que stagiaire, et particulièrement dans la situation expérimentale, l'observation de l'environnement, du rythme et de la prise en charge des bébés me paraît centrale. Selon la définition donnée par le Larousse, l'observation est « *l'action de regarder avec attention les êtres, les choses, les événements, les phénomènes pour les étudier, les surveiller, en tirer des conclusions.* ». ⁹⁵

⁹⁵ Le Petit Larousse Illustré, 2007.

Suivre les infirmières m'a donc permis de recueillir à la fois des informations médicales et relationnelles sur la prise en charge des bébés et de leurs parents mais aussi de participer ponctuellement aux soins de nursing. Suite à cette étape d'intégration à l'équipe, j'ai changé mes horaires, passant alors sur une période 9h-14h.

Si les deux premiers mois de mon stage ont été centrés sur l'observation du milieu hospitalier en tant que système, ce second temps fut dirigé sur l'observation directe des nouveaux nés et de leurs parents. Là encore, il n'est pas évident de ne pas être dans l'agir lorsque tout le monde autour de soi est dans un mouvement perpétuel.

Il m'a fallu une certaine détermination et une confiance dans le bien-fondé de mes actions pour m'autoriser à passer du temps sinon tout mon temps à observer un bébé dans sa couveuse ou lors du bain, suscitant alors des interrogations dans l'équipe : *Ca va ? Tu ne t'ennuies pas trop ? Il dure combien de temps ton stage ? Tu ne vas rien faire alors ?*

La rencontre avec des nouveaux-nés prématurés ne va pas de soi. Leur aspect physique renvoie à leur grande fragilité, renforcée par l'appareillage important qui les entoure. Il m'a fallu du temps avant de pouvoir les toucher sans appréhension. Leurs moments d'éveil sont courts et peu nombreux sur une journée, de plus, ils sont souvent sollicités pour les soins, il n'était pas question pour moi d'imposer ma présence.

Même si cette période a été quelque peu difficile, elle m'a permis de m'interroger sur la place du psychomotricien dans un service de néonatalogie mais aussi de comprendre quelles pouvaient être les besoins des bébés, les demandes des parents et du personnel soignant et quelles étaient mes prérogatives pour y répondre.

Au mois de décembre, afin de m'ouvrir sur la pratique psychomotrice, j'ai rencontré une psychomotricienne travaillant en néonatalogie dans un hôpital voisin. Elle m'a reçue et m'a notamment expliquée le cheminement amenant un service à intégrer la psychomotricité. Il s'agirait d'une volonté des pédiatres, nourrie par leur conception du soin, de placer le corps de l'enfant, non plus uniquement comme un objet purement médical mais comme un être en devenir soutenu par la relation

mère/enfant et où chaque soignant doit s'adapter au patient. Cette ouverture sur l'extérieur m'a aussi permis de voir que ce type de conception est « effectivement et efficacement » applicable dans un service de néonatalogie et que le soin peut s'envisager différemment : en partenariat avec les parents.

La question des nouvelles orientations pédiatriques était soulevée et se retrouvera plusieurs fois au centre de mon stage. Comme je l'ai évoqué précédemment, le service de néonatalogie souhaite retrouver un partenariat avec le C.A.M.P.S. A la demande de la cadre de santé, je l'ai accompagnée lors d'une rencontre ayant lieu avec son homologue du C.A.M.P.S. et nous avons pu échanger sur la collaboration ayant déjà existée entre une psychomotricienne de la structure et le service de néonatalogie. L'équipe devra être sensibilisée et soutenue par le chef de service pour mieux comprendre l'intérêt d'une intervention extérieure. C'est toute la délicate question à la fois de l'intégration mais aussi de la mise en avant de sa spécificité professionnelle sans être dans l'intrusion ni dans la remise en cause des pratiques existantes.

Ces rencontres avec d'autres professionnelles m'ont permis de réfléchir et d'ajuster mon attitude afin d'avancer dans ma réflexion. Affirmer sa spécificité théorique et pratique tout en restant dans l'écoute attentive de chacun est aussi l'enjeu d'une telle expérience.

Au mois de janvier, une partie de l'équipe a été formée par une kinésithérapeute externe à l'hôpital, au positionnement des bébés dans les couveuses pourtant spécifiquement prôné par les psychomotriciens. La cadre de santé m'a alors sollicitée pour participer au compte-rendu à faire au reste de l'équipe n'ayant pas été formé. Il s'en est suivi une collaboration débouchant sur la réalisation d'un document (Cf. annexe I) présenté lors d'une réunion. Ce premier acte a permis à l'équipe de comprendre le rôle concret du psychomotricien et son intérêt dans le service. **J'ai pu apporter mes connaissances théoriques pour la réalisation du document et expliquer tout l'enjeu du positionnement des bébés ainsi que l'intérêt des cocoons sur lesquels je reviendrai.**

Pour moi, en tant que stagiaire, ce travail m'a apportée à la fois une reconnaissance de ma future profession et a marqué le passage de la simple observation à une action pensée et réfléchie de l'exercice de la psychomotricité.

Partant du constat que les liens d'attachement sont difficiles à construire durant l'hospitalisation, j'ai orienté ma réflexion et mes actions autour de cette problématique.

1-2- Une place pour la psychomotricité

1-2-1-Le positionnement des nouveaux-nés dans les couveuses

La mise en place de cocoons dans le service est née sous l'impulsion des formations faites par une partie de l'équipe il y a quelques années. Chaque enfant est dans un cocoon placé dans sa couveuse : un tissu roulé et contenu dans un jersey est disposé autour de lui. Plus spécifiquement, lorsque les bébés sont dans un berceau chauffant en proclive⁹⁶, ils sont alors installés dans une surcouche en tissu accrochée au matelas du berceau afin qu'ils ne glissent pas. Selon la sensibilité ou la formation de chaque soignant, les cocoons ne sont pas de qualité identique, leur faisant perdre de leur intérêt et surtout de leur efficacité.

L'installation des nouveaux-nés prématurés dans les cocoons répond à plusieurs objectifs :

- **Physiologique** : par la prévention des raccourcissements musculaires et des déformations articulaires en stimulant la flexion active du tronc et des membres du nouveau-né mais aussi pour encourager l'équilibre entre flexion et extension.
- **Bien-être** : en favorisant la sensation de contenance et de sécurité par le regroupement, en permettant au bébé d'être à la fois dans des positions symétriques mais aussi dans un rapprochement des membres vers l'axe médian.
- **Relationnel** : par l'augmentation des interactions et de la motricité spontanée due à un état favorisé de détente du bébé.

⁹⁶ La position proclive désigne le fait que le bébé, lorsqu'il est allongé, est incliné d'environ 30 degrés. Sa tête est plus haute que ses membres inférieurs.

La première compétence du nouveau-né est sa capacité à établir du lien avec autrui. L'hospitalisation et les soins entravent ses capacités relationnelles ainsi que son sentiment de sécurité. Le positionnement sur le modèle de la position fœtale permet à l'enfant d'être disponible pour interagir dans des moments d'éveil calme mais renforce aussi son sentiment de sécurité par la contenance et les limites physiques qui lui sont données. L'interaction positive dans laquelle les liens d'attachement trouvent leur ancrage est favorisée.

En état de pesanteur, le nouveau-né prématuré n'a pas la capacité de se regrouper en flexion physiologique, une position d'ouverture sera adoptée positionnant ses articulations de manière non physiologique. Chez un enfant n'ayant pas de séquelles neurologiques un retour à la norme s'opèrera à posteriori, à contrario, chez un enfant porteur d'une infirmité motrice cérébrale⁹⁷ les conséquences seront très lourdes. Selon A. Grenier⁹⁸, les postures vont se fixer entraînant des déformations à l'origine des troubles de la marche.

Le risque de développer un handicap neuromoteur étant souvent incertain, le positionnement physiologique doit être mis en place pour tous les bébés hospitalisés et cela, jusqu'à ce qu'ils puissent maintenir eux-mêmes les postures d'un bébé né à terme .

Lors de la réunion d'équipe, j'ai pu revenir sur les positionnements théoriques⁹⁹ essentiels à la bonne mise en œuvre de notre objectif. J'ai donc défini les

⁹⁷ L'infirmité motrice cérébrale résulte de lésions cérébrales précoces, non héréditaires et stabilisées responsables de déficiences motrices prédominantes. Des troubles variables de la posture et du mouvement sont associés au handicap moteur. La prématurité est une des causes néonatales de l'IMC.

⁹⁸ Grenier A., Prévention des déformations précoces de hanche chez les nouveaux-nés à cerveau lésé, Annales de pédiatrie 35, 6, 423-427, 1988.

⁹⁹ Martel M.J., Milete I., Les soins du développement. Des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré. CHU de Ste Justine, 2006.

positionnements de base à respecter, car « impactant » le développement psychomoteur:

- **Rechercher la position regroupée** par la flexion des membres supérieurs et inférieurs en favorisant le contact main/bouche sur le modèle de la position fœtale en donnant toujours un appui au niveau de la voûte plantaire.
- **Respecter le sens physiologique des articulations en évitant les positions mettant en extension et en rotation les hanches et les genoux.** Les articulations des épaules ne doivent pas se retrouver dans la position dite « du chandelier » : en décubitus dorsal ou ventral, les bras sont le long de la tête, les coudes sont en rotation externe.
- **Alterner le décubitus ventral, dorsal et latéral** en gardant la symétrie tête/cou/tronc dans le souci de prévenir la plagiocéphalie¹⁰⁰ mais aussi afin d'offrir au nouveau-né la possibilité d'exercer sa motricité spontanée.
- Lorsque le bébé est installé, **observer les signes comportementaux montrant sa sensation de confort ou d'inconfort** sur le moment mais aussi quelque temps après le positionnement. En effet, il faut garder en tête que le nouveau-né nous guide dans le positionnement final. Il s'agit d'un soin individuel où des aménagements peuvent être faits pour s'adapter à chaque nouveau-né.

Dans un deuxième temps, nous avons fait une séance pratique de fabrication de cocoons où chacune a pu montrer sa façon de faire, poser des questions et faire des suggestions. Les cocoons ont une vraie fonction de contenance, les matières utilisées leur donnent une consistance souple et ferme à la fois afin que le bébé puisse trouver ses appuis.

Suite à cela, le service s'est réorganisé : Les sur-couches utilisées dans les berceaux ont été retirées. En effet, si leur fonction première était d'empêcher le bébé de glisser, elles empêchaient toute activité motrice spontanée, favorisant une position nocive,

¹⁰⁰ La plagiocéphalie est un aplatissement du crâne due à une pression externe prolongée pouvant être causée par un couchage permanent sur le dos. On parle de plagiocéphalie positionnelle.

dite celle du « batracien » : les genoux et les chevilles sont en rotation externe, leurs faces extérieures reposent en ouverture complète.

Le positionnement des bébés fait partie du travail du psychomotricien : Il relie les connaissances portant sur le développement psychomoteur à la dimension psychique du nouveau-né, piliers de l'intégration psychomotrice. Le psychomotricien doit pouvoir intervenir dès la naissance pour que ces mesures préventives puissent avoir un effet réel sur le long terme. Bien sûr, ce savoir doit être transférable et transféré, ce qui est une autre des missions du psychomotricien dans un service de néonatalogie.

Les changements dans le service ont été bien acceptés. Néanmoins, il s'agit d'un travail de fond où il est nécessaire de rappeler régulièrement l'intérêt et les grands principes du positionnement au personnel soignant, qui, pris dans un rythme de travail très soutenu, peut parfois être hésitant dans la réalisation de ce type de soins chronophages.

Victor est né au terme de 26 semaines d'aménorrhée, il pesait 1kg 040. Pendant son hospitalisation dans le service de réanimation du C.H.U, il a été intubé. La prise de médicaments de type sédatifs est conjointe à l'intubation entraînant un syndrome de sevrage. Lors de son transfert dans le service de néonatalogie, ses parents ne l'ont pas vu depuis une semaine. En effet, il ne leur était pas possible de se rendre régulièrement au C.H.U situé à plus de 100 kilomètres de leur domicile. Leurs retrouvailles sont très émouvantes, la maman prendra Victor dans ses bras pendant environ une demi heure.

A son départ, Victor est remis dans sa couveuse où il se met à pleurer. Il s'agite, cherche son pouce et essaie d'arracher sa sonde gastrique. Le toucher est difficile puisqu'il sursaute lorsque l'on pose la main sur lui. Cependant, un contact ferme au niveau des pieds associé à un contact sur la tête arrive à l'apaiser. Il accepte la tétine qu'il suce frénétiquement. Avec l'infirmière qui s'occupe de lui, nous l'installons dans un cocoon. Il est en décubitus dorsal, le cocoon est en contact avec l'ensemble de son corps, il peut y appuyer ses pieds. Afin de lui proposer la meilleure contenance possible, il est enveloppé dans un drap. Il arrive à retrouver son calme et à s'endormir.

Lorsque sa maman revient, elle demandera à l'infirmière pourquoi Victor est installé ainsi. Des explications lui seront fournies : le besoin de sécurité et de contenance de son petit garçon du fait de son hospitalisation a justifié les moyens mis en place. Ce sera plus clair pour cette maman, lui permettant d'adapter ses réponses émotionnelles et comportementales dans son interaction avec Victor.

Dans un souci de prise en charge personnalisée du nouveau-né et de ses parents, il est important que ceux-ci soient informés de tous les moyens mis en place. L'installation du bébé dans un cocoon et son enveloppement font partie intégrante de sa prise en charge pour son confort, le rendant alors disponible pour interagir.

Le psychomotricien a alors le rôle de formateur auprès de l'équipe soignante afin de lui donner un « bagage » indispensable pour pouvoir penser, expliquer et réaliser ce type de soins. Ce transfert du savoir est nécessaire puisque ce sont les infirmières qui accueillent les premières l'enfant puis ses parents.

1-2-2 L'observation psychomotrice

L'observation psychomotrice des nouveaux-nés dans le service de néonatalogie est, pour moi, une part importante du travail du psychomotricien puisqu'elle sert au repérage des manifestations de souffrance et de bien-être chez le bébé. Mes observations se sont portées principalement sur deux types de situations :

- Lors des soins, lorsque l'enfant est changé, baigné ou nourri et qu'il est en interaction avec la personne qui s'occupe de lui.
- Lors de son sommeil ou dans des moments d'éveil calme : l'enfant est en couveuse ou dans son berceau.

J'ai centré mes observations sur les différentes modalités comportementales et relationnelles dont le bébé dispose pour s'exprimer :

- **Son état tonique** : ses variations, ses possibilités de relâchement musculaire, son vécu émotionnel, la qualité du dialogue tonico-émotionnel.
- **Son développement postural** : l'enroulement, le regroupement, la coordination œil-main-bouche.
- **La qualité du regard** : au niveau du contact et de son maintien dans la relation, dans ses capacités d'exploration.
- **Son niveau de vigilance** : le degré d'éveil et son évolution.
- **Ses capacités d'attention** : leur progression, la fatigabilité.

Les échelles de développement sont aussi des outils permettant de situer l'enfant de manière objective dans les étapes de son évolution afin de s'adapter à ses possibilités. Cependant, lors de mon stage, je n'ai pas utilisé ces échelles. En effet, n'ayant pas de psychomotricien avec moi pour me familiariser avec ce type de matériel, j'ai préféré m'en tenir aux observations psychomotrices.

Suite à ce travail d'observation, j'ai pu proposer plusieurs interventions ciblées sur le toucher :

- **Le portage** : Il permet de modifier la position du corps du bébé dans l'espace, en sollicitant son appareil vestibulaire. Cela donne au bébé la perception de son corps pris dans une relation à l'autre. Son tonus peut s'ajuster et il peut initier des mouvements comme le rapprochement de ses mains vers son visage. La sensation de contenance corporelle et d'enveloppe lui permet de retrouver un sentiment de sécurité et cela dans la relation à l'autre.
- **Le toucher contenant** : Poser une main sur la tête de l'enfant et une main au niveau de son bassin peut faire rapidement baisser son niveau de tension. Les paroles accompagnant ces gestes renforcent le sentiment d'apaisement pour le bébé. Lors de soins douloureux, il est préférable pour l'enfant de lui proposer du toucher contenant afin d'amoinrir la sensation douloureuse, désorganisante sur le plan corporel.
- **Des mobilisations douces** : Elles consistent à proposer au nouveau-né une mobilisation lente et douce des parties de son corps afin qu'il puisse expérimenter des perceptions nouvelles mais aussi pour qu'il puisse vivre mieux ses désagrémements corporels, par exemple, en amenant sa main vers son visage pour qu'il puisse sucer son pouce, ou bien en l'aidant à se regrouper.

Avant toute intervention, j'ai pris le temps de rencontrer le bébé, de lui expliquer ce que j'allais lui proposer afin qu'il s'habitue à mon contact. Ces interventions sont d'autant plus significatives si elles ont lieu en présence des parents. Les sensibiliser au langage de leur enfant facilite les interactions de qualité influençant le processus d'attachement.

1-2-3 Le cahier de vie

Dès le début de mon stage, j'ai constaté que beaucoup de parents n'avaient pas la possibilité d'être auprès de leur bébé lors de son hospitalisation entravant alors les liens d'attachement. Plusieurs raisons peuvent expliquer cela :

- La distance géographique entre leur lieu d'habitation et le centre hospitalier.
- La présence d'un ou plusieurs enfants en bas âge au domicile, l'absence de mode de garde ou de soutien familial.
- Des raisons médicales faisant suite à l'accouchement rendant les déplacements difficiles.
- Des difficultés sociales et psychologiques quant à l'investissement de cette naissance prématurée.

De ce fait, les événements importants dans la vie du bébé, comme la prise du premier biberon ou la sortie de la couveuse, sont vécus en l'absence des parents. Ces différents espace/temps sont consignés sur le plan médical dans le dossier de l'enfant mais les parents n'en gardent pas la trace.

Suite à la lecture d'un article sur le sujet ¹⁰¹ confirmant mes observations, j'ai proposé à la cadre de santé de réaliser des cahiers de vie (Cf. annexe II) pour chaque bébé né prématurément et hospitalisé dans le service. Après avoir présenté ce projet lors d'une réunion d'équipe, et une fois celui-ci validé, nous avons formé un groupe de travail avec deux infirmières.

Nous avons défini deux fonctions principales à ce cahier:

- Offrir aux parents la possibilité d'un espace qu'ils s'approprieraient pour raconter la venue de leur enfant dans leur vie.
- Proposer un mémento où les parents pourront noter les rendez- vous à prendre dès la sortie de l'enfant.

¹⁰¹ Buchs-Renner I., Iacobelli S., Regards, paroles, espaces de pensée autour du bébé prématuré, de ses parents et de l'équipe de réanimation néonatale, Spirale n°51, 2009, p 25-33.

Nous avons beaucoup discuté pour réaliser mais aussi rendre pérenne cet outil : Qui commence à écrire, doit-on mettre une photo du bébé avec l'infirmière qui l'accueille, comment préserver l'intimité du contenu écrit par les parents ?

Il a donc été décidé que les infirmières commenceraient l'écriture du cahier en y notant les informations formelles, puis que le cahier serait remis aux parents en leur expliquant qu'il leur appartient et qu'ils peuvent le conserver.

Nous souhaitons que les parents puissent s'y investir le plus facilement possible, c'est pourquoi nous avons choisi de présenter ce cahier de vie à la façon des livres de naissance, afin qu'il soit perçu non pas comme un objet relevant du domaine médical, mais comme un bien personnel.

Dans la pratique psychomotrice au sein d'un service de néonatalogie, il me semble, compte-tenu de la complexité des situations, que tout doit être mis en œuvre pour préserver la relation parent/enfant. Il est vrai que la réalisation des cahiers de vie aurait pu être faite par d'autres professionnels. Cependant, notre regard de psychomotricien sur les liens d'attachement mère/enfant est spécifique, d'autant plus dans un service médical. J'ai donc pour ma part, pensé ce cahier de vie comme un support à la relation et à l'investissement parental.

Conclusion et Discussion

Lorsque j'ai proposé au mois de juin 2012 un stage expérimental au centre hospitalier, je ne connaissais que l'aspect théorique de la profession de psychomotricien en néonatalogie. Grâce à ce stage et au soutien dont j'ai bénéficié, j'ai pu entrevoir une partie de l'étendue de notre mission:

Auprès des nouveaux-nés et de leurs parents :

- ✓ Rôle central à donner aux parents dans le développement de leur enfant.
- ✓ Aménagement de l'environnement.
- ✓ Prévention posturale.
- ✓ Portage physique et psychique.
- ✓ Toucher contenant.
- ✓ Adaptation des soins aux particularités de l'enfant.

Toutes ces actions se mettent au service du processus d'attachement en favorisant les interactions. Penser l'environnement du bébé en fonction de sa maturation neurologique et de ses potentialités est fondamental pour pouvoir réunir les conditions de bien-être facilitant la relation.

Le psychomotricien doit être au service du processus d'attachement mère/enfant par les propositions faites au bébé et par son accompagnement auprès des parents.

Auprès des soignants

- ✓ Compréhension et connaissance des soins de développement.
- ✓ Impact des soins sur le processus d'attachement mère/enfant.

Un partenariat doit pouvoir s'établir entre l'équipe soignante et le psychomotricien pour qu'une approche spécifique et singulière de l'enfant puisse exister. C'est un travail de collaboration à construire sur le long terme qui ne doit pas remettre en cause les pratiques quotidiennes mais les penser à la lumière des connaissances actuelles.

Table des matières

Remerciements.....	3
Avant-propos.....	7
Sommaire	9
Introduction	11
Problématique	15
Partie théorique	17
I- La naissance prématurée	17
1-Définitions	18
2-Etiologie	19
3- Un bébé en devenir.....	20
3-1 La maturation neurologique et l'environnement	20
3-2 Les capacités sensori-motrices.....	21
3-2-1 Le développement sensoriel et perceptif: ses particularités chez le bébé prématuré.....	21
3-3-2 La motricité	26
3-4 Les niveaux de vigilance.....	29
4- La prise en charge médicale	31
4-1 Un bébé sous surveillance	31
4-2 Un environnement étrange.....	35
5- Etre parent d'un bébé prématuré.....	37
5-1 L'impact traumatique de la naissance prématurée	37
5-2 Le regard sur le corps du bébé hospitalisé	40
5-3 Le deuil en néonatalogie	41

5-4 La rencontre en néonatalogie	42
II- De l'attachement mère/enfant à l'intégration psychomotrice.....	43
1-Du biologique au psychique	43
1-1 Les premiers liens.....	43
1-2 La fonction maternante	46
1-3 Les interactions précoces.....	48
1-4 Le mouvement comme support de la communication émotionnelle.....	50
2-Le développement sensori-moteur	52
2-1 L'évolution posturale dans la construction de l'attachement.....	52
2-2 L'intégration psychomotrice	55
2-3 L'expérience de la tétée dans la construction psychique.....	59
3-Quel retentissement sur le développement psychomoteur ?	64
3-1 Le syndrome tardif de l'ancien prématuré	64
3-2 Les conséquences relationnelles de la prématurité.....	66
3-3 Les troubles de la sphère orale chez l'enfant né prématuré	68
3-4 Le devenir des enfants prématurés à l'âge scolaire	69
 Hypothèses.....	 71
 Partie Clinique	 73
I- La réalité d'un service	73
1 – La néonatalogie.....	73
1-1 Présentation des lieux	73
1-2- L'équipe soignante	75
1-3- Le travail en réseau	76

1-4- Le projet de service	77
II- La psychomotricité : un autre regard.....	81
1- La psychomotricité en situation expérimentale.....	81
1-1 Place du stagiaire	81
1-2- Une place pour la psychomotricité	84
1-2-1-Le positionnement des nouveaux-nés dans les couveuses	84
1-2-2 L'observation psychomotrice.....	89
1-2-3 Le cahier de vie.....	91
Conclusion et Discussion	93
Table des matières.....	95
Annexe I : La bientraitance des bébés : Les soins individualisés de développement..	99
Annexe II : Le cahier de vie.....	111
Bibliographie	117

Annexe I : La bientraitance des bébés : Les soins individualisés de développement

BIENTRAITANCE
DES BEBES

Les soins individualisés de
développement

Click to add notes

Slide 1 of 22 165%

La bientraitance du bébé

- La traitance correspond aux connaissances de l' époque actuelle et aux croyances et cultures.
- La bientraitance est subjective en fonction des croyances et des cultures.
- **La bientraitance est une démarche collective pour identifier l' accompagnement le meilleur possible pour le bébé dans l' adaptation la plus juste à ses besoins.**

Click to add notes

Slide 2 of 22 165%

BIENTRAITANCE.ppt

165%

Search in Presentation

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Paragraph Insert Format Slide Show

Text Picture Shape Media Arrange Quick Styles Play

Les compétences du bébé à terme

- Les compétences sont le bagage physiologique et cérébral que le bébé possède au moment de sa naissance.
 - Compétences physiologique ou génétique : ou pré-programmées
 - **Compétences sensori-tonico-motrices : favorisées par l'environnement et sont le support des premières interactions.**

Click to add notes

Slide 3 of 22 165%

BIENTRAITANCE.ppt

165%

Search in Presentation

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Paragraph Insert Format Slide Show

Text Picture Shape Media Arrange Quick Styles Play

- Ces compétences donnent au bébé le DROIT de DECIDER de :
 - Téter ou non
 - Dormir ou non
 - Bouger ou non
 - Pleurer ou non
 - ...

Sa 1^{ère} première compétence : CRÉER DU LIEN

Click to add notes

Slide 4 of 22 165%

BIENTRAITANCE.ppt

165%

Search in Presentation

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Paragraph Insert Format Slide Show

Text Picture Shape Media Arrange Quick Styles Play

Les compétences sensori-tonico-motrices :

- Les capacités sensorielles in utéro:
 - Le toucher : premier sens à se développer
 - Le vestibulaire : équilibre et position du corps dans l'espace – 2^{ème} sens
 - L'olfactif et le gustatif : 3^{ème} sens
 - L'auditif : 4^{ème} sens
 - La vue : 5^{ème} sens

La création des liens s'appuie ces capacités sensorielles.
La sur-stimulation de ces sens nuit au développement du bébé prématuré (sursaut, comportement de retrait, stress...)

Click to add notes

Slide 5 of 22 165%

BIENTRAITANCE.ppt

165%

Search in Presentation

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Paragraph Insert Format Slide Show

Text Picture Shape Media Arrange Quick Styles Play

L'éveil des sens chez le fœtus :

- **Le bébé prématuré perçoit le toucher.** Le système de perception tactile se développe tôt au cours de la vie intra-utérine. Les récepteurs cutanés sont présents dès la 7^{ème} semaine de gestation autour de la bouche, à 11 semaines sur l'ensemble du visage, de la paume des mains et de la plante des pieds, à 20 semaines sur tout le corps et les muqueuses. Au 6^{ème} mois de grossesse, tout le corps est rempli de récepteurs et le processus de maturation des voies nerveuses conductrices est en cours d'achèvement. De plus, la surface de la peau sur le corps est plus importante par rapport aux autres organes sensoriels, ce qui pourrait expliquer la grande sensibilité au toucher du nouveau-né, même prématuré.
- Le toucher est le seul sens qui est toujours réciproque.

Click to add notes

Slide 6 of 22 165%

BIENTRAITANCE.ppt

165%

Search in Presentation

Font: 44

Paragraph

Insert: Text, Picture, Shape, Media, Arrange, Quick Styles

Format

Slide Show: Play

- **Le bébé prématuré est sensible aux mouvements et à la position de son corps.** Le système vestibulaire capte les messages issus de nos mouvements propres et nous renseigne sur l'orientation de notre corps dans l'espace. Ce système est mis en place dès la 7ème semaine de gestation et les réflexes vestibulaires seraient présents chez le fœtus à partir de la 25ème semaine. Chez le nouveau-né, le système vestibulaire est mature.

Click to add notes

Slide 7 of 22 165%

BIENTRAITANCE.ppt

162%

Search in Presentation

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Paragraph

Insert: Text, Picture, Shape, Media, Arrange, Quick Styles

Format

Slide Show: Play

- **Le bébé prématuré sent.** L'odorat se développe tôt et est fonctionnel dès la 25ème semaine de gestation chez le fœtus. L'enfant prématuré peut donc sentir l'odeur de sa mère et de son père lorsqu'il est touché, tenu dans leurs bras ou porté en peau à peau. Le bébé développe une mémoire des odeurs. Dès sa naissance, le nouveau-né, il reconnaît l'odeur de sa maman.

Click to add notes

Slide 8 of 22 162%

BIENTRAITANCE.ppt

162%

Search in Presentation

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Font Paragraph Insert Format Slide Show

Text Picture Shape Media Arrange Quick Styles Play

- **Le bébé prématuré goûte.** Les premiers bourgeons gustatifs sont observables dès la 12^{ème} semaine de gestation, et dès la fin du 3^{ème} mois, tout le système gustatif est fonctionnel. In-utéro, le fœtus déguste le liquide amniotique dont le goût varie selon l'alimentation de la mère. L'enfant prématuré, dont le système gustatif est fonctionnel, doit patienter un certain temps avant de pouvoir boire son lait au sein ou au biberon (cela nécessitant la bonne coordination de la respiration, de la déglutition et de la succion, généralement acquise vers 34 SA). Dès la naissance, le nouveau-né différencie le sucré, le salé, l'acide et l'amer.

Click to add notes

Slide 9 of 22 162%

BIENTRAITANCE.ppt

162%

Search in Presentation

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Font Paragraph Insert Format Slide Show

Text Picture Shape Media Arrange Quick Styles Play

- **Le bébé prématuré entend.** L'univers sonore du fœtus est composé de bruits internes et externes. Certains sons sont ainsi perçus de l'intérieur (battements du cœur de la mère, bruits intestinaux...) et d'autres de l'extérieur, atténués par le tissu maternel (voix de la mère, du père...). Le système auditif est anatomiquement complet à la naissance, mais il est devenu fonctionnel autour de la 24^{ème} semaine de grossesse. A la naissance, le bébé reconnaît la voix de ses parents.

Click to add notes

Slide 10 of 22 162%

162%

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Paragraph Insert Format Slide Show

Text Picture Shape Media Arrange Quick Styles Play

- **Le bébé prématuré voit** même si le système visuel est le dernier à se former. Les paupières s'ouvrent dès la 25^{ème} semaine de gestation, à 30 semaines apparait le réflexe des pupilles à la lumière, à 32 semaines le réflexe des yeux à l'éblouissement. A 37 semaines, le prématuré peut orienter les yeux et la tête vers une lumière douce. Le nouveau-né distingue les formes et les contrastes. Il est myope à sa naissance, ne voit pas bien les détails mais voit de très près et de façon floue. Il peut fixer un visage ou un objet immobile pendant un court laps de temps.

Click to add notes

Slide 11 of 22 162%

165%

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Paragraph Insert Format Slide Show

Text Picture Shape Media Arrange Quick Styles Play

Les compétences tonico-motrices

- In utéro, le fœtus adopte une position de flexion dite physiologique. Elle est nécessaire pour le développement normal des mouvements, du contrôle global du corps et donc de la maturation neurologique du corps.
- Chez le nouveau-né prématuré, cette flexion n'a pas eu lieu, car elle s'acquière lors des deux dernières semaines de la grossesse. Par son immaturité musculaire et neurologique, le nouveau-né prématuré subit la pesanteur.

Click to add notes

Slide 12 of 22 165%

BIENTRAITANCE.ppt

162%

Search in Presentation

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Paragraph Insert Format Slide Show

Text Picture Shape Media Arrange Quick Styles Play

- Le TONUS du bébé prématuré est fonction de son âge gestationnel. Sa prématurité entraîne une hypotonie du corps et une hypertonie des membres supérieurs et inférieurs.
-

Click to add notes

Slide 13 of 22 162%

BIENTRAITANCE.ppt

162%

Search in Presentation

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Paragraph Insert Format Slide Show

Text Picture Shape Media Arrange Quick Styles Play

- Tous ces éléments de compétences sont en cours de développement chez le bébé prématuré.
- Il est donc nécessaire d'adapter notre pratique de soins en tenant compte de ces particularités.
- Une des pratique essentielle est le positionnement des bébés prématurés.

Click to add notes

Slide 14 of 22 162%

BIENTRAITANCE.ppt

165%

Search in Presentation

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Paragraph Insert Format Slide Show

Text Picture Shape Media Arrange Quick Styles Play

Objectifs des positionnements

- Orthopédique :
 - prévenir les raccourcissements musculaires et les déformations articulaires.
- Confort :
 - sensation de contenance et de sécurité favorisé par le regroupement.
- Eveil :
 - augmente les interactions parce que l'enfant est plus détendu.
 - Favorise la motricité spontanée.

Click to add notes

Slide 15 of 22 165%

BIENTRAITANCE.ppt

165%

Search in Presentation

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Paragraph Insert Format Slide Show

Text Picture Shape Media Arrange Quick Styles Play

Action : le cocon



Click to add notes

Slide 16 of 22 165%

BIENTRAITANCE.ppt

165%

Search in Presentation

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Paragraph Insert Format Slide Show

Text Picture Shape Media Arrange Quick Styles Play

- Dans le ventre de sa maman, le bébé est en appui au niveau de sa nuque et des fessiers..
- L' enroulement du bébé dans le ventre de sa maman lui permet de se tourner.
- Lorsqu' il est né, l' enroulement est indispensable au développement des schèmes moteurs (retournement, redressement...)

Click to add notes

Slide 17 of 22 165%

BIENTRAITANCE.ppt

162%

Search in Presentation

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Paragraph Insert Format Slide Show

Text Picture Shape Media Arrange Quick Styles Play



Click to add notes

Slide 18 of 22 162%

BIENTRAITANCE.ppt

165%

Search in Presentation

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Font Paragraph Insert Format Slide Show

Text Picture Shape Media Arrange Quick Styles Play



Positions décubitus latéral

Click to add notes

Slide 19 of 22 165%

BIENTRAITANCE.ppt

165%

Search in Presentation

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Font Paragraph Insert Format Slide Show

Text Picture Shape Media Arrange Quick Styles Play



Click to add notes

Slide 20 of 22 165%

BIENTRAITANCE.ppt

162%

Search in Presentation

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Paragraph Insert Format Slide Show

Text Picture Shape Media Arrange Quick Styles Play



Click to add notes

Slide 21 of 22 162%

BIENTRAITANCE.ppt

165%

Search in Presentation

SmartArt Transitions Animations Slide Show Review

Paragraph Insert Format Slide Show

Text Picture Shape Media Arrange Quick Styles Play

Points d'appui

- Se rapprocher de la position fœtale
- Favoriser le regroupement
- Repérer les points d'appui : tête, bassin, fesses, pieds
 - Appuis sous la tête, les fesses, les pieds...
- Le cocon doit entourer tous le corps

Click to add notes

Slide 22 of 22 165%

Annexe II : Le cahier de vie

Mon cahier de vie en néonatalogie



Je m'appelle

je suis né (e) le

à heures

Je pèse

je mesure

Chers parents,

Ce cahier vous est remis dès l'arrivée de votre bébé dans le service de néonatalogie. Il est personnel. Vous pouvez choisir de le laisser dans la chambre de votre enfant ou bien de le garder avec vous.

Ce cahier est un espace qui vous est proposé pour partager ce qui entoure la naissance de votre enfant. Vous pouvez vous l'approprier en l'illustrant de photos, d'écrits personnels afin de garder un souvenir de ces premiers jours de vie.

Puis, vous trouverez à la fin de votre cahier une page pour noter les informations importantes et les rendez-vous concernant la santé de votre bébé à sa sortie de néonatalogie.

Mais avant, quelques mots sur le service de néonatalogie qui accueille votre bébé ou vos bébés.

L'équipe qui prend soin de votre (vos) bébé(s) est composée de :

- Les médecins pédiatres
- Les internes
- Le cadre de santé
- Les infirmières
- Les aides-soignantes et les auxiliaires de puériculture
- Les élèves infirmières et aides soignantes
- Les agents de services hospitaliers
- Les kinésithérapeutes
- Les diététiciennes

Pour vous accompagner également pendant le séjour, la psychologue et l'assistante sociale du pôle femme-mère / enfant peuvent vous conseiller ou vous aider.



Est-ce que mes parents pourraient me décrire mon premier berceau ?
Mon doudou ?
Et tout ce qui m'entoure ?



Lors de mon séjour,
j'ai été accueilli dans la chambre n° :

et/ou le box n° :



PHOTO DE
MA COUVEUSE
OU DE MON BERCEAU

Chers parents...

*Tous les appareils utilisés
dans ce service spécifique
finissent par faire
beaucoup de bruit.
Ne vous en préoccupez pas.*

*Regardez-moi plutôt :
j'ai besoin de votre amour et
de votre attention
bienveillante.*





Papa, Maman,
Parlez-moi de moi : mes tétées, mon bain, mes sourires, mes mimiques,



Papa, maman,
Parlez-moi des visites que j'ai reçues :





**Papa, maman,
Parlez-moi des grands moments de mon séjour... de vos émotions...**



Ca y est ! Je rentre à la maison

Mon alimentation :

Quelques conseils :

- Je dors sur le dos dans une chambre dont la température est comprise entre 18 et 20 degrés.
- Je n'ai pas besoin d'oreiller, ni de cale bébé. Je dois être libre de mes mouvements.
- Quand je suis éveillé (e), installez-moi de préférence sur une surface dure (tapis d'éveil, nattes.....) dans un espace protégé avec mes jouets.
- Je prends mon bain dans une eau à 37 degrés. Quelques minutes me suffisent car je me refroidis très vite.

Mes prochaines consultations :

Rendez-vous avec le pédiatre : Dr le à

Tel secrétariat de pédiatrie n°



Si besoin, vous reviendrez pour des examens complémentaires :

R.D.V avec le à
R.D.V avec le à
R.D.V avec le à

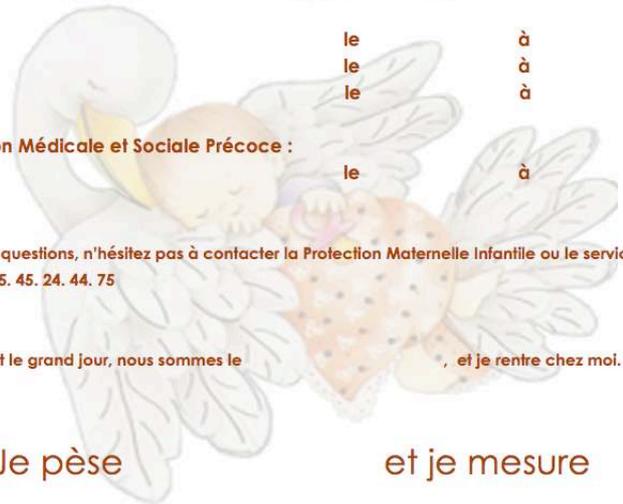
Centre d'Action Médicale et Sociale Précoce :
R.D.V avec le à

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter la Protection Maternelle Infantile ou le service de néonatalogie au 05.45.24.44.75

Aujourd'hui, c'est le grand jour, nous sommes le , et je rentre chez moi.

Je pèse

et je mesure



Bibliographie

ABADIE V., Développement de l'oralité In GOULET O., VIDAILHET M., Alimentation de l'enfant en situation normale et pathologique, DOIN, Progrès en pédiatrie 13, 2012, 1-6.

ANCEL P.Y., et al, Devenir à l'âge scolaire des enfants grands prématurés. Résultats de l'étude EPIPAGE, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 16/17, mai 2010, p198-200.

ANNEQUIN D., Douleur de l'enfant : Une reconnaissance tardive. La Recherche. L'actualité des sciences, 2000, n°336, p 42.

ALVAREZ L., Conséquences psychologiques, développementales et relationnelles de la prématurité, une qualité d'interaction parents-bébé capitale, La revue du praticien, vol.62, 2012, p 368-370.

AUVRAY B., Place de l'oralité des prématurés dans les services de néonatalogie d'Aquitaine, Mémoire pour le certificat de la capacité en orthophonie, 2011.

BELLIS F. et al. De l'oralité heureuse à l'oralité difficile. Prévention et prise en charge dans un pôle de pédiatrie, Spirale, n°51, 2009, 55-62, ERES.

BEN SOUSSAN P., « Ils me l'ont enlevé » : les séparations précoces à l'hôpital, In Parents et bébés séparés, sous la direction de BEN SOUSSAN P., SYROS, 1996, 119-14

BERGES J., BOISSELIER F., HARRISON A., LEZINE I., Le syndrome de l'ancien prématuré ; recherche sur sa signification. Revue de Neuropsychiatrie Infantile, 1969, XVII, 11, 719-725.

BORGHINI A., MULLER NIX C., Un étrange petit inconnu, La rencontre avec l'enfant prématuré, ERES, 2008.

BOUBLI M., Psychopathologie de l'enfant, DUNOD, 1999.

BOWLBY J., Attachement et Perte, Puf, Paris, 1978.

BUCHS-RENNER I., IACOBELLI S., Regards, paroles, espaces de pensée autour du bébé prématuré, de ses parents et de l'équipe de réanimation néonatale. Spirale n°51, 2009, p 25-33.

BULLINGER A., GOUBET N., Le bébé prématuré, acteur de son développement, Enfance, 1, 1999.

DE SCHONEN S., SANGRIGOLI S., Développement cérébral et cognitif, In LECUYER R. , Le développement du nourrisson, DUNOD, 2004, 57-101.

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé., La situation périnatale en France en 2011. Octobre 2011.

DRUON C., A l'écoute du bébé prématuré, Une vie aux portes de la vie, FLAMMARION, 2005.

GRANIER DEFERRE C., SCHALL B. Aux sources fœtales des réponses sensorielles et émotionnelles du nouveau né. Spirale, n°33, 2005.

GRENIER A., Prévention des déformations précoces de hanche chez les nouveaux-nés à cerveau lésé, Annales de pédiatrie 35, 6, 423-427, 1988.

GEY M., Au delà du corps-machine : l'expérience extrême du sujet hospitalisé, Champ psychosomatique, 2006/4, n°44.

HAAG G., Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie, Neuropsychiatrie de l'Enfance, 36, 1, p 1-8, 1988.

INSERM. Grande prématurité : dépistage et prévention du risque. Paris, INSERM, 1997.

LARROQUE B., Devenir à 5 ans des anciens grands prématurés, INSERM, 2008.

LAVAL V., La théorie d'Henri Wallon In La psychologie du développement, Modèles et méthodes, Armand Colin, Campus, 2002.

LEBOVICI S., STOLERU S., Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste, les interactions précoces, Bayard, 2003.

MARTEL M.J., MILETTE I., Les soins du développement, Des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré , Editions du CHU de Ste Justine, 2006.

MELLIER D., Les programmes de stimulation adressés aux bébés prématurés In RIVIERE J., La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant, SOLAL, 2003.

MELLIER D., Les bébés nés prématurément : quels risques pour le développement psychologique ? In LECUYER R., Le développement du nourrisson, DUNOD, 2004, 309-347.

MONTAGNER H., L'imprinting, l'attachement, le lien in Pierrehumbert B., L'attachement, de la théorie à la clinique, Eres, 2005.

PFISTER R.E et al. Transition de l'alimentation passive à l'alimentation active chez le bébé prématuré, Enfance, 2008/4 Vol. 60 : 317-335.

ROBERT-OUVRAY S B., L'enfant tonique et sa mère, HOMMES ET PERSPECTIVES, 1995.

ROBERT-OUVRAY S.B., Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité, Desclée de Brouwer, 2002.

RANGON C.M., FORTES S., GRESSENS P., Le développement précoce du cerveau, In LECUYER R. , Le développement du nourrisson, DUNOD, 2004.

SPITZ R., Maladies de carences affectives chez le nourrisson In De la naissance à la parole, la première année de la vie, 1968, PUF.

STERN D.N., Le sens d'un soi subjectif : II. L'accordage affectif In Le monde interpersonnel du nourrisson, PUF, 1989.

TOURETTE C., GUIDETTI M., Introduction à la psychologie du développement : Du bébé à l'adolescent, ARMAND COLIN, 2002.

TREBAOL G., La néonatalogie en histoire, Revue Entendre, Prématurité et surdité, n°161, 1994.

VASSEUR R., DELION P., Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans, ERES, 2010.

VOYER M., MAGNY J-F., Prématurité : Le préterme, Paris, ELSEVIER, 1998.

WALLON H., Les étapes de la personnalité chez l'enfant, Enfance, 1963, 1-2, p74-75.

WALLON H., Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant, Enfance, 1959, 3-4, p 236.

WINNICOTT D., La préoccupation maternelle primaire (1956) In La mère suffisamment bonne, petite Bibliothèque Payot, 2006.

WINNICOTT D., La théorie de la relation parent-nourrisson (1960) In De la pédiatrie à la psychanalyse, Sciences de l'Homme Payot, 1969.

ZUPAN SIMUNECK V et Coll., Avancées médicales et progrès techniques en réanimation néonatale, ELSEVIER MASSON, 2007.

Les photos utilisées pour ce mémoire son toutes libres de droit.