



HAL
open science

**”Quand les regards se croisent...” Intérêts d’une
consultation conjointe pédiatre-psychomotricien dans le
cadre du suivi de la grande prématurité**

Maylis Normand

► **To cite this version:**

Maylis Normand. ”Quand les regards se croisent...” Intérêts d’une consultation conjointe pédiatre-psychomotricien dans le cadre du suivi de la grande prématurité. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00868901

HAL Id: dumas-00868901

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00868901>

Submitted on 2 Oct 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 VITOR SEGALEN BORDEAUX 2

Institut de formation en psychomotricité

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

« Quand les regards se croisent ... »

Intérêts d'une consultation conjointe pédiatre-psychomotricien
dans le cadre du suivi de la grande prématurité

Maïlys NORMAND

Née le 1^{er} aout 1990 à L'Isle d'Espagnac

Juin 2013

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Mademoiselle Séverine Ricard, psychomotricienne en néonatalogie, pour m'avoir guidée et accompagnée comme elle a pu le faire, tout au long de ce stage et de la rédaction de mon mémoire. Toujours disponible et prête à répondre à toutes mes questions, elle a su m'apporter tous ses conseils et sa pratique auprès des nouveaux-nés.

Je remercie Madame Moira Brissaud, psychomotricienne en néonatalogie et réanimation pédiatrique, pour le partage de son expérience, son accompagnement précieux, et sa disponibilité qu'elle a su m'apporter dans les services tout au long de mon stage.

Je tiens à remercier particulièrement, tous les pédiatres et les familles, parents, nouveaux-nés, qui m'ont permis de participer à toutes les consultations conjointes. C'est grâce à ces consultations, riches en partage, que j'ai eu l'envie d'écrire ce mémoire. Merci aussi aux équipes des différents services qui m'ont très bien accueillie toute cette année.

Je remercie toute ma famille, et surtout mes parents et ma sœur sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci de m'avoir soutenue, portée et accompagnée dans mes études.

Et enfin, merci à cette magnifique promo et à tous les professeurs et intervenants que j'ai pu rencontrer pendant ces années d'études. Merci à mes amis, pour leur soutien et leur motivation qu'ils ont su m'apporter pendant ces années.

À mes grands-parents adorés ... MM

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
PARTIE I : LA PREMATURITE	10
A. GENERALITES	10
1. <i>Définition.....</i>	<i>10</i>
2. <i>Etiologie</i>	<i>11</i>
3. <i>Conséquences de la prématurité</i>	<i>12</i>
4. <i>Le quotidien en unité de néonatalogie : les soins de développement.....</i>	<i>14</i>
B. CONSEQUENCES DE L'HOSPITALISATION SUR LE DEVENIR PSYCHOMOTEUR DES ENFANTS PREMATURES	19
1. <i>Impact de la prématurité sur le développement psychomoteur du nouveau-né</i>	<i>19</i>
2. <i>Intérêt du dépistage précoce : un enjeu pour la plasticité cérébrale.....</i>	<i>21</i>
C. BEBE PREMATURE, PARENTS PREMATURES.....	22
1. <i>Les interactions précoces</i>	<i>23</i>
2. <i>Du côté de la mère.....</i>	<i>28</i>
3. <i>Du côté du père</i>	<i>28</i>
PARTIE II : ROLE DU PSYCHOMOTRICIEN AU SEIN DES UNITES DE NEONATALOGIE.....	31
A. SERVICE DE REANIMATION NEONATALE ET PEDIATRIQUE.....	31
1. <i>Présentation du service</i>	<i>31</i>
2. <i>Interventions psychomotrices</i>	<i>31</i>
B. SERVICE DE NEONATALOGIE.....	39
1. <i>Présentation des services</i>	<i>39</i>
2. <i>Interventions psychomotrices</i>	<i>40</i>
a. <i>Confort et prévention posturale du bébé prématuré</i>	<i>41</i>
b. <i>Les interventions spontanées.....</i>	<i>43</i>
c. <i>Evaluation psychomotrice</i>	<i>44</i>
C. GUIDANCE PARENTALE.....	46
D. TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE.....	49

PARTIE III : LA CONSULTATION CONJOINTE : UN OUTIL DE PREVENTION.	51
A. UNE HISTOIRE ET UN CONTEXTE PARTICULIERS	51
1. <i>Historique</i>	51
2. <i>Cadre</i>	53
a. Le calendrier	54
b. Un lieu bien pensé	54
c. Les binômes	56
B. LES OBJECTIFS DU SUIVI EN CONSULTATION CONJOINTE	57
C. AU CŒUR DE LA CONSULTATION	59
1. <i>La notion d'âge corrigé</i>	59
2. <i>Le déroulement de la consultation</i>	59
a. La première année	61
b. La deuxième et troisième année	65
c. De 4 à 7 ans	66
D. L'ALLIANCE PEDIATRE-PSYCHOMOTRICIEN : LES ENJEUX DE CE PARTENARIAT DANS LA PREVENTION PRECOCE	69
PARTIE IV : DISCUSSION	74
CONCLUSION.....	77
BIBLIOGRAPHIE.....	79
ANNEXES.....	81

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé a défini une naissance prématurée comme étant une naissance survenant avant 37 semaines d'aménorrhée (SA), ou 35 semaines de gestation. Alors qu'une naissance dite à terme est de 41 SA (ou 39 semaines de gestation). On estime à 15 millions le nombre de naissance de bébés prématurés chaque année dans le monde¹, ce qui représente plus d'un bébé sur dix. En France et en 2005, les statistiques de la prématurité font état de 7,5% des naissances alors qu'à l'heure actuelle, il est question de 8,1%. Ce chiffre est en constante augmentation depuis plus de 15 ans.

Le problème des naissances prématurées est donc devenu un *problème de santé publique* en France et dans le monde.

Pour ma troisième année de formation en psychomotricité, j'ai donc effectué un stage dans un service de néonatalogie et de réanimation pédiatrique qui accueille des nouveaux-nés prématurés et/ou présentant une ou plusieurs pathologie(s) nécessitant une hospitalisation. Sur mon lieu de stage, j'ai été amenée à rencontrer les nouveaux-nés prématurés ou non dans ces différents services, et à observer le suivi des grands prématurés, post-hospitalisation, dans les consultations conjointes pédiatre/psychomotricienne à l'hôpital des enfants.

Les nouveaux nés prématurés, arrivés le plus souvent dans un contexte d'urgence et de souffrance, nécessitent des soins techniques et une surveillance pointue. Ainsi, dans ces unités, le psychomotricien a une place à part entière.

En effet, la psychomotricité va s'intéresser au développement psychomoteur, affectif, sensoriel du bébé. Le psychomotricien va ainsi avoir une action de prévention, d'intervention spontanée selon l'état de l'enfant et d'évaluation de l'évolution de l'enfant par rapport à son âge gestationnel et son âge corrigé. Il va aussi avoir un rôle d'information de la famille et de réassurance auprès des parents.

La prématurité n'entraîne pas seulement une immaturité sur le plan neurologique et physiologique du tout-petit. Elle a aussi des répercussions sur le développement psychomoteur à plus ou moins long terme avec certains troubles et handicaps retrouvés fréquemment chez ces bébés.

¹ Organisation Mondiale de la Santé

² Etude EPIPAGE (Etude épidémiologique sur les petits âges gestationnels), B.Larroque et Al., The Lancet, Mars 2008

³ Daniel MELLIER, *Le développement de l'enfant né prématuré*, Solal Editeurs, 2011 - p.57

Mais alors que deviennent tous ces bébés prématurés en sortant de leur hospitalisation ?

Si la plupart de ces enfants ont un devenir semblable à celui des enfants nés à terme, les plus immatures, nés en dessous de 33 SA, sont encore exposés à des risques de troubles du développement. Environ un enfant sur dix nés en dessous de 33 semaines présente une IMC et un enfant sur trois est suivi dans des centres spécialisés ou par un kiné, un psychologue, psychiatre, psychomotricien².

La naissance prématurée pose la question du devenir de l'enfant et de sa famille au-delà de la période d'hospitalisation. Dans ce cadre, la consultation pédiatre-psychomotricien est destinée à accompagner et dépister les séquelles éventuelles, autant neuromotrices que psychoaffectives.

Je me suis donc vivement intéressée au suivi de ces enfants prématurés qui est effectué lors des consultations conjointes pédiatre-psychomotricien.

Comment ce partenariat pédiatre-psychomotricien, en consultation des grands prématurés, agit pour améliorer le devenir de ces enfants ? Quel est l'enjeu de ce programme d'intervention précoce ?

Afin de répondre au mieux à ces questionnements, il m'a semblé important d'évoquer dans un premier temps la prématurité et tout ce que ca peut amener comme hypothèses. Ce qui m'a permis ensuite d'aborder le rôle du psychomotricien en néonatalogie, primordial pour aborder le suivi des grands prématurés en consultation conjointe.

Puis j'ai souhaité retracer l'historique des consultations afin de traiter en suivant le cadre et tout ce qu'implique ce binôme spécifique pédiatre/psychomotricien. Dans la dernière partie de mon mémoire, j'ai voulu aborder les limites de ces consultations et de vous faire part de mon ressenti.

² Etude EPIPAGE (Etude épidémiologique sur les petits âges gestationnels), B.Larroque et Al., The Lancet, Mars 2008

*« Le bébé est un être de langage,
c'est à condition de ne jamais l'oublier, lorsqu'on le côtoie,
qu'il est possible de prétendre à un accueil humain »*

Myriam SZEJER, psychanalyste

Partie I : La prématurité

A. Généralités

1. Définition

La plupart des femmes accouchent au terme d'une grossesse de 9 mois, soit 40 semaines d'aménorrhées environ. Sachant que l'Organisation Mondiale de la Santé considère le terme normal d'une naissance pouvant aller de la 37^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) à la fin de la 41^{ème} semaine d'aménorrhée, ceci signifie qu'en dessous de 37 SA, il s'agit donc d'une naissance dite prématurée. Cette notion de prématurité recouvre quatre sous-catégories :

- L'extrême prématurité ou prématurissime : 24-25 SA
- Très grande prématurité : 26-27 SA
- Grande prématurité : 28-32 SA
- Prématurité simple : 33-37 SA

Malgré le fait que la politique de prévention des accouchements prématurés se soit efficacement développée en France par des recommandations de santé tels que : l'alimentation, le tabac, l'alcool, l'exercice physique, le suivi médical, il n'en reste pas moins que l'incidence de la prématurité reste en augmentation légère.

En effet, « la situation actuelle tient aux progrès techniques en médecine néonatale qui, d'une part, ont permis de sauver des enfants toujours plus petits et immatures, d'autre part, ils autorisent la détection toujours plus fine des complications de la grossesse et de la souffrance fœtale ou maternelle »³. Les progrès médicaux permettent aussi aujourd'hui de réanimer des nourrissons dont l'âge gestationnel est de moins en moins élevé et par conséquent dont le pronostic vital est très engagé. La viabilité⁴ extra-utérine étant définie actuellement au plan international par une naissance ≥ 22 SA ou un poids de naissance ≥ 500 grammes.⁵

³ Daniel MELLIER, *Le développement de l'enfant né prématuré*, Solal Editeurs, 2011 - p.57

⁴ Il s'agit de l'aptitude d'un être vivant à vivre (Dictionnaire Medecine)

⁵ 51ème congrès national d'anesthésie et de réanimation. Médecins. Urgences vitales > Menace d'accouchement hors prématuré © 2009 Elsevier Masson SAS

Au vu de ces avancées il est tout de même nécessaire de se poser certaines questions éthiques, notamment en ce qui concerne le devenir de ces enfants. Des tables rondes sont organisées régulièrement afin de débattre des limites, des avantages et des inconvénients dans la réanimation néonatale. D'après la loi du 4 mars 2002 et l'article sur le consentement éclairé, les parents sont informés de l'état de santé de leur bébé à la naissance et leur consentement leur est demandé pour une éventuelle réanimation ou non compte tenu de l'évaluation des séquelles à venir.

2. Etiologie

La prématurité tient à diverses causes. La plupart des naissances prématurées se produisent spontanément, mais certaines résultent d'un déclenchement précoce des contractions ou d'un accouchement par césarienne, que ce soit pour des raisons médicales ou non.

On différencie cependant la prématurité spontanée de la prématurité provoquée :

La prématurité spontanée : c'est la conséquence d'un début de travail imprévu. La mise en travail se fait sans l'intervention humaine ou médicamenteuse. La prématurité spontanée représente 60 à 70 % des naissances prématurées et est induite par plusieurs facteurs de risques :

- Les grossesses multiples : il s'agit d'un phénomène naturel mais qui est beaucoup plus important lorsque les femmes ont recours à des techniques d'assistance médicale à la procréation (fécondation in vitro).
- Les malformations utérines
- L'hydramnios : excès de liquide amniotique
- La rupture prématurée des membranes
- Causes infectieuses

De plus, d'autres facteurs peuvent en être responsable tels que l'âge de la mère (inférieur à 18 ans ou supérieur à 35 ans), la mauvaise surveillance de la grossesse, l'abus de toxiques (tabac, alcool...), les antécédents d'accouchement prématuré et les conditions de vie pendant la grossesse (travail difficile, longs trajets, classe socio-économique défavorisée...).

Enfin, il existe des accouchements spontanés qui pourraient être induits par le fœtus lui-même, en réaction à un environnement défavorable.

La prématurité provoquée ou induite : elle fait suite à une décision médicale. L'accouchement est alors déclenché et réalisé lorsque la poursuite de la grossesse est menaçante pour la santé de la mère ou lorsqu'il est estimé que le risque pour l'enfant né avant terme est moins grand que s'il reste in utero. La prématurité induite représente 30 à 40 % des naissances prématurées.

Voici les différentes causes de ce type de prématurité :

- Le placenta praevia : localisation anormale du placenta
- L'hématome rétroplacentaire : hémorragie entre le placenta et l'utérus
- Le retard de croissance intra-utérin (surtout si celui-ci est évolutif et à l'origine d'un arrêt de la croissance)
- Des signes de souffrance fœtale
- Un diabète déséquilibré de la mère
- La toxémie gravidique ou pré-éclampsie

3. Conséquences de la prématurité

Grâce aux progrès de la Néonatalogie, le nouveau-né prématuré est capable de continuer sa maturation somatique en dehors du corps de sa mère. Mais, du fait de sa prématurité, le nouveau-né va présenter un grand nombre d'immaturités à différents niveaux. À la naissance, les organes de l'enfant prématuré n'ont pas tous eu le temps de se développer jusqu'à leur terme. C'est pourquoi l'enfant nécessite une prise en charge et des soins spécifiques plus ou moins longs.

La thermorégulation : Le bébé prématuré ne sait pas encore réguler sa température. Il est ainsi très souvent placé dans un incubateur (couveuse) ou sur des tables chauffantes qui maintiendront sa température à 37 °C. Cela permet également d'éviter qu'il se déshydrate, grâce à une atmosphère très humide. L'enfant en sortira le jour où il sera capable de maintenir sa température, et non, contrairement à ce que l'on croit, à partir d'un poids ou d'un âge donné.

Immaturité pulmonaire : Celle-ci se traduit par l'absence d'une substance indispensable dans le poumon : le surfactant, qui tapisse la surface des alvéoles pulmonaires. Lorsqu'un accouchement prématuré de moins de 34 SA est prévisible, on administre à la mère des corticoïdes afin d'accélérer la maturation des cellules qui fabriquent le surfactant. En cas de détresse respiratoire durant les toutes premières heures de vie du nouveau-né, un surfactant artificiel peut lui être administré par l'intermédiaire d'une sonde d'intubation.

Immaturité cardio-respiratoire : Les prématurés font fréquemment des pauses respiratoires (apnées) qui peuvent entraîner une diminution de la quantité d'oxygène transporté par les globules rouges et des ralentissements de la fréquence cardiaque (bradycardies). Ils sont donc, dans un premier temps, systématiquement reliés à un appareil (scope) qui mesure en continu la quantité d'oxygène transportée par les globules rouges, les fréquences cardiaques et respiratoires. La mesure du taux d'oxygénation se fait à l'aide d'un capteur lumineux indolore placé au niveau de la main ou du pied; celle des fréquences cardiaques et respiratoires, par des électrodes placées sur la peau (au nombre de 3).

Dans les cas plus sévères, il est parfois nécessaire d'assister, voire de prendre en charge la respiration de l'enfant (ventilation assistée ou artificielle). Ce dernier est alors relié à un respirateur au moyen de canules nasales (sondes) qui sont introduites dans les narines sur 1 cm, ou au moyen d'une sonde d'intubation – un tuyau introduit par une narine jusque dans la trachée de l'enfant.

Immaturité digestive : Les différentes composantes de la fonction digestive sont d'autant plus immatures que l'enfant est prématuré. En effet c'est la coordination succion-déglutition-respiration qui est mise à mal. Il est donc nourri au moyen d'une sonde gastrique – un petit tube en plastique relié à une pompe, qui arrive directement dans l'estomac. Ce tube est maintenu au niveau de la lèvre supérieure à l'aide d'un sparadrap appelé « moustaches ». Cette technique est assez intrusive pour le bébé et cet acte minutieux pour les puéricultrices.

Une infection digestive touche souvent le nouveau-né prématuré : l'entérocolite. En effet, du fait que le système immunitaire et digestif du bébé prématuré est moins compétent, sa motricité et sa barrière intestinale sont immatures et la sécrétion de mucus intestinal est diminuée. Tout cela rend donc perméable aux bactéries accrues et aux ischémies digestives qui sont donc plus fréquentes.

« L'entérocolite nécrosante est 100 fois plus fréquente chez le prématuré avec un pic de fréquence de survenue entre 32 - 35 semaines d'aménorrhée »⁶.

Immaturité hépatique : Certains prématurés ont un ictère (jaunisse) dû à l'immaturité d'une des fonctions du foie : le métabolisme et l'élimination de la bilirubine. La conséquence est l'accumulation de bilirubine dans le sang, dont une partie est toxique, notamment pour le cerveau. On prévient très aisément cette pathologie grâce à la photothérapie : l'enfant est exposé, nu et les yeux protégés par un bandeau, à l'action des rayons d'une lampe bleue qui va accélérer l'élimination de la bilirubine.

Immaturité immunitaire : Cette immaturité est source d'infections plus ou moins fréquentes et graves. C'est pourquoi, dans les services de néonatalogie, les précautions d'asepsie sont draconiennes : port de masque, utilisation d'une blouse spéciale, lavage fréquent des mains avant et après chaque manipulation, asepsie des soins, des prélèvements ... et interdiction pour l'entourage, en dehors des parents et de la fratrie, d'approcher l'enfant (ce qui est parfois frustrant pour l'entourage proche, qui devra attendre que l'enfant soit suffisamment stable pour qu'il puisse quitter momentanément le service de néonatalogie). Cependant, dans certains services, les frères et sœurs ainsi que les personnes ressources pour la famille peuvent être autorisés à faire de courtes visites.

Immaturité du système nerveux central : cette immaturité expose le bébé aux risques d'hémorragies intracérébrales dans les régions très vascularisées ou de lésions anoxiques et/ou ischémiques dans les régions peu vascularisées, pouvant être à l'origine de séquelles plus ou moins importantes.

4. Le quotidien en unité de néonatalogie : les soins de développement

Au début des années 80, le Dr Heidelise Als, psychologue spécialisée en neuro-développement) à l'hôpital des enfants de Boston, collabore avec le docteur T.Brazelton sur l'étude des bébés séjournant en unité néonatale. Ce sont eux qui forment l'hypothèse que les stimulations y sont trop nombreuses.

⁶ L'ENTEROCOLITE ULCERO-NECROSANTE DU NOUVEAU-NE - Z. LAHLOU, A. HABZI, S. BENOMAR
Service de Soins Intensifs et Néonatalogie, Hôpital d'Enfants, Casablanca - Maroc

C'est alors que le Dr Als développe une théorie : la théorie synactive du développement et propose un ensemble d'interventions dans l'unité néonatale : le NIDCAP, Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program, traduit au Québec par « soins de développement ».

Pour développer sa théorie synactive, elle va appuyer son raisonnement sur le fait que le fonctionnement de l'enfant se divise en 5 sous-systèmes : **annexe 1**

- Autonome : représente les fonctions physiologiques. Plus le nouveau-né est immature ou malade et plus il va utiliser ses énergies pour essayer de garder un équilibre dans ce sous-système
- Moteur : il inclut les comportements associés à la posture, le tonus, le mouvement du corps
- Veille/Sommeil : correspond à l'état de conscience c'est-à-dire à l'habileté du nouveau-né à atteindre différents niveaux de conscience situés entre l'état de sommeil et l'état d'éveil
- Attention/Interaction : l'enfant va chercher à maintenir une attention et à entrer en interaction avec son environnement
- Autorégulation : il fait office d'ancrage entre les 4 autres sous-systèmes afin de retrouver un équilibre. Cependant, cette capacité d'auto régulation est souvent absente quand le nouveau-né est très immature ou malade

En France, les notions de soins de développement ont été directement inspirées de ce programme NIDCAP. « Il s'agit d'un programme d'évaluation systématique des comportements du nouveau-né par des observations avant, pendant et après les manipulations/interventions, dans le but d'adapter à son niveau de développement les soins offerts et l'environnement qui entoure ce dernier ».⁷

La qualité de vie du nouveau né ne se réduit pas à l'absence ou la présence de séquelles. En effet, les naissances prématurées sont de plus en plus précoces, et obligent à protéger l'enfant. Cela se réalise en intervenant le mieux possible en aménageant les rythmes et les qualités de son environnement pour qu'ils répondent au mieux au besoin de cohérence recherché par le nourrisson en développement.

⁷ M-J MARTEL et I.MILLETTE, *Les soins de développement, Des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*, Editions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2006, p.131

Il s'agit là des « soins de développement » pratiqués maintenant dans la plupart des services de néonatalogie et qui ont pour objet d'individualiser les soins au maximum en essayant d'y inclure les parents en les initiant à l'observation du comportement, des compétences et des rythmes de leur enfant.

Ces soins « visent à réduire le stress du nouveau-né malade ou prématuré admis dans une unité néonatale et à lui offrir des conditions optimales afin qu'il poursuive la trajectoire de son développement »⁸.

Tout d'abord, il me semble important d'en savoir un peu plus sur la sensorialité de ces enfants ; sensorialité qui est à la base des soins de développement.

Le système sensoriel est régi par le système nerveux périphérique. Ce dernier coordonne aussi le système moteur. Les organes quand à eux sont sous la dépendance du système nerveux autonome.

*« La relation du nouveau-né au monde humain et au monde physique passe par les différents sens »*⁹.

C'est durant le troisième trimestre de la grossesse, entre la 24^{ème} et la 40^{ème} semaine, que le système nerveux du fœtus subit ses plus grandes transformations.

In utero, les stimulations perçues par le fœtus sont atténuées par le mur utérin et sont adaptées pour favoriser la maturation du système nerveux sensoriel. Ce système se compose de 6 sens :

- Le toucher : il est le premier à se développer. Les récepteurs cutanés apparaissent à la 7^{ème} semaine de gestation et recouvre le corps entier à la 20^{ème}. Ainsi, au fur et à mesure que le sens du toucher se développe, le fœtus est capable de nouvelles expériences (suce son pouce, son cordon ombilical, touche son visage)
- Le mouvement : il s'agit du système vestibulaire. Le fœtus est en apesanteur dans le ventre de sa mère donc non soumis à la gravité. Le liquide amniotique, dans lequel il baigne, lui émet des vibrations qui stimulent sa sensation de mouvement. Cependant, cette fonction sensorielle ne se finalise qu'au terme de la grossesse en parallèle avec la fonction auditive permettant plus tard à l'enfant d'acquérir l'équilibre et de déterminer la position de son corps dans l'espace.

⁸M-J MARTEL et I.MILLETTE, *Les soins de développement, Des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*, Editions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2006, p.23

⁹L. VAIVRE DOURET, *La qualité de vie du nouveau né*, Edition Odile Jacob, 2003, p.194

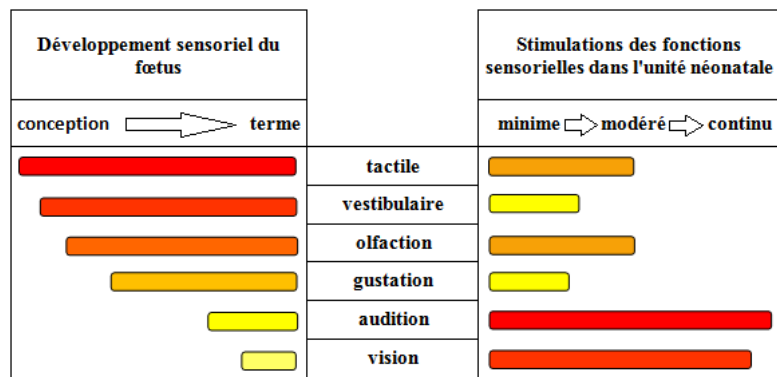
- L'odorat : c'est le troisième sens à se développer. « A la 30^{ème} semaine de gestation, le fœtus est en mesure d'apprécier les sensations olfactives apportées par le liquide amniotique et il est sensible au parfum du liquide dans lequel il baigne »¹⁰.
- Le goût : cette fonction est mature à partir de la 30^{ème} semaine de gestation par l'appréciation au cours de ces semaines des 4 saveurs : le sucré, le salé, l'acide, l'amer.
- L'ouïe : il s'agit du sens le plus minutieux chez le fœtus et ne se met en place que vers la 30^{ème} semaine aussi, malgré la présence des structures externes osseuses entre la 8^{ème} et la 15^{ème} semaine de gestation.
- La vue : il est le dernier sens à se mettre en place du fait de l'obscurité du ventre maternel. Mais le fœtus perçoit les différentes variations de lumière si la mère s'expose au soleil ou non.

Ainsi, le bébé, même prématuré, possède des capacités sensorielles très précoces. Il convient donc d'adapter au mieux les soins afin d'éviter toute sur-stimulation douloureuse ou inadéquate et de préserver ces différents sens afin de les intégrer au mieux dans un environnement adapté à l'enfant. Il s'agit donc dans ces soins de développement de comprendre et de s'adapter aux réactions dites de stress du nouveau-né.

Le psychomotricien, n'a pas de soins purement médicaux à appliquer aux nouveaux nés prématurés, mais notre pratique se fait dans une constante adaptation et un ajustement perpétuel de nos interventions auprès d'eux.

C'est pourquoi, ce travail des soins de développement dans les unités de néonatalogie se fait en collaboration entre les équipes soignantes et les psychomotriciennes des services. La réflexion de ce travail s'est basée sur le développement postural et sensori-moteur des enfants prématurés avec la mise en place de supports adaptés à leur confort et à leur bien-être.

¹⁰ M-J MARTEL et I.MILLETTE, *Les soins de développement, Des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*, Editions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2006, p.27



Comparaison entre la progression du développement sensoriel et les stimuli sensoriels retrouvés en unité néonatale (White et coll., 1994)

Je détaillerai plus tard les interventions de la psychomotricienne au sein des unités mais il s'agit là de préciser qu'elle applique les soins de développement par des gestes et des attitudes au quotidien. Tout simplement en ouvrant et en refermant délicatement les portes des chambres, elle évite de parler près des portes et discutent posément avec les parents quand l'enfant est endormi. Lors des interventions, elle descend les stores afin de diminuer la luminosité et propose aux parents « d'humaniser » le service de néonatalogie et plus spécifiquement les chambres des bébés en leur soumettant l'idée d'apporter des musiques, un vêtement de la maman avec son odeur pour mettre dans le berceau. Toute l'équipe soignante vise donc à protéger les « sur-stimulations » ou dystimulations de l'enfant né prématurément pour respecter ses conditions de maturation sensorielle et pour favoriser au mieux la relation parents/enfants qui est déterminante pour son bon développement.

Et qu'en est-il de la prévention des troubles de l'oralité du point de vue de la psychomotricité ?

La psychomotricité peut agir en prévention de ces troubles par de l'aide auprès de l'enfant, dans le but qu'il retrouve ses sensations de plaisir de la sphère orale en lui donnant la possibilité d'investir cette zone corporelle et afin de l'intégrer dans son schéma corporel. Cette redécouverte du plaisir de succion doit se faire pendant les temps de nourrissage fait par la sonde, pour stimuler ce réflexe qui peut se perdre s'il n'est pas maintenu et ainsi permettre au bébé d'assimiler la sensation de satiété avec la stimulation de la sphère orale.

Dans les unités de néonatalogie, ce sont les kinésithérapeutes ou les puéricultrices qui sont spécialisés dans les troubles de l'oralité. Lors des tétées au biberon, les puéricultrices invitent les mamans à stimuler les zones oraux-buccales de leur bébé avant de commencer.

Le fait d'intégrer la mère à ces stimulations permet les interactions qui auraient eu lieu lors de l'allaitement. Ceci permet à la mère de projeter son enfant comme un être compétent dans l'allaitement. Les joues, les lèvres, la langue, sont stimulées afin de donner à l'enfant un sentiment de corps unifié.

B. Conséquences de l'hospitalisation sur le devenir psychomoteur des enfants prématurés

1. Impact de la prématurité sur le développement psychomoteur du nouveau-né

L'étude Epipage 1¹¹ a été menée sur des enfants nés en 1997 grands prématurés dans 9 régions de France. Elle a permis d'évaluer des nouveaux nés prématurés de 22 à 32 SA et de mettre en avant la présence de déficiences d'ordre moteur, qui sont les infirmités motrices d'origine cérébrale. Il a été constaté dans cette étude que 9% des enfants grands prématurés étaient atteints d'une déficience motrice, 12% présentaient des déficiences intellectuelles (modérées à sévères). Pierre-Yves Ancel, coordonateur de cette étude, tient à expliquer ces pourcentages : « Heureusement, les séquelles les plus graves n'en touchent que 5%.

Et si on compare ce chiffre à celui des enfants nés à terme (12% atteints de séquelles), on constate que tout n'est pas expliqué par la prématurité ».

En fin de compte, cette étude a pu montrer que malgré les progrès médicaux accomplis, la mortalité et la morbidité néonatales restaient élevées et les handicaps fréquents. Près de 40% des grands prématurés présentaient un trouble moteur ou sensoriel ou un retard intellectuel à 5 ans. Et de ce fait, elle a mis en exergue de nouvelles connaissances sur les causes de la grande prématurité et le rapport conséquences/bénéfices de certains traitements a été revu.

Comme j'ai pu le souligner précédemment, la situation a évolué. La prématurité a augmenté mais la survie de ces enfants nés trop tôt s'est améliorée par l'amélioration des pratiques obstétricales et l'évolution des unités de néonatalogie.

Un autre projet a donc découlé de cette première étude avec pour objectifs de connaître le devenir des grands prématurés au-delà des premières semaines de vie.

¹¹ Etude épidémiologique sur les petits âges gestationnels – Mars 2008

C'est pourquoi l'étude Epipage 2 a été créée en mars 2011 afin de mieux connaître et prendre en charge la grande prématurité.

Les travaux menés chez ces enfants apporteront des informations sur leur devenir à long terme, au regard des progrès accomplis ces dernières années. « Ils constitueront une aide précieuse aux équipes médicales dans la prise en charge et le suivi des enfants et des familles. Ils participeront également à l'amélioration des connaissances sur les facteurs influençant la santé, la croissance et le développement d'enfants à risque, et pourraient déboucher sur de nouvelles pistes de prévention ». Pierre Yves Ancel.

Les conséquences de la prématurité peuvent être des complications telles que les lésions cérébrales qui correspondent à des hémorragies intraventriculaires¹² et des leucomalacies périventriculaires¹³. Ces complications sont fortement liées aux atteintes motrices comme la diplégie ou quadriplégie spastiques¹⁴, ce qui est regroupé sous le terme de paralysie cérébrale, et aux atteintes sensorielles qui sont le plus souvent celles de la vision ou de l'audition. Les atteintes motrices coïncident avec les retards intellectuels ou les troubles de l'apprentissage plus tard.

Le nouveau-né prématuré est soumis à des contraintes physiques et psychiques. Il possède une faible tonicité qui ne lui permet pas de se regrouper en position fœtale de flexion et d'enroulement qui sont pourtant nécessaire à sa maturation neurologique. Ainsi, toutes les postures qui lui sont imposées bousculent, freinent la mise en place de son tonus et de sa motricité. Il se peut alors que ses acquisitions posturales statiques telles que la station assise et la marche, et dynamiques comme la préhension, les praxies, soient perturbées. Ce sont des retentissements qui apparaissent dans les apprentissages de l'enfant.

Malgré les soins de développement mis en place, les stimulations sensorielles restent parfois trop importantes pour le nouveau-né prématuré. Elles vont donc perturbées son organisation physique et psychique. On peut alors se demander si ces expériences négatives ont un impact sur l'architecture cérébrale ?

¹² Saignements qui pénètrent les ventricules du cerveau

¹³ Nécroses de la substance blanche qui sont responsables des Infirmités Motrices Cérébrales

¹⁴ Paralysies cérébrales infantiles

2. Intérêt du dépistage précoce : un enjeu pour la plasticité cérébrale

Dans la construction du cerveau, il faut distinguer 3 étapes importantes :

- La production des neurones : elle est très importante pendant les premiers mois de la grossesse. Cependant, parmi les milliards de cellules produites, toutes ne survivront pas. Ce qui détermine cette mort neuronale sont les différents stimuli environnementaux et c'est cette destruction plus ou moins importante qui va déterminer d'une certaine façon le fonctionnement du cerveau. « Apprendre, c'est éliminer » Jean-Pierre Changeux¹⁵.
- La migration neuronale : la moindre cellule a une place précise dans le système nerveux. Ce sont les cônes de croissance qui finalisent leur place. L'alcool et le tabac sont des facteurs responsables des troubles de cette migration neuronale.
- La synaptogénèse : ce processus correspond à l'établissement des liaisons des différentes connexions entre elles. Le réseau final établi sera responsable du fonctionnement cérébral et donc du comportement.

Ces trois systèmes se regroupent sous le terme de « plasticité cérébrale ». La plasticité cérébrale est donc la capacité du système nerveux central à modifier sa structure et sa fonction en réponse à des contraintes internes ou externes.

Elle est « la propriété du cerveau qui permet la modification de la structure, du réseau de connexions et donc des modifications fonctionnelles. »¹⁶

Les différents réseaux de connexions neuronales sont dépendants de la stimulation, de l'exercice et de l'entraînement, donc soumis à l'environnement.

« Un dépistage précoce pour une prise en charge précoce »¹⁷

L'un des éléments permettant de justifier le dépistage précoce est donc cette notion de plasticité cérébrale. Un repérage avancé des compétences et des capacités neuro-développementales des enfants nés prématurément est nécessaire.

¹⁵ Neurobiologiste français connu pour ses travaux sur le système nerveux notamment

¹⁶ topo_c._alberge_akp_mip_06.06.091

¹⁷ Stéphane Marret - Service de Pédiatrie néonatale et réanimation - Centre d'Education fonctionnelle de l'Enfant, Hôpital Universitaire de Rouen et EA 4309 «Endothélium micro-vasculaire et lésions cérébrales néonatales»

Le dépistage de certaines anomalies ou incapacités permet de proposer une prise en charge précoce adaptée à chacun en fonction du type d'anomalie repérée pour permettre à l'enfant d'utiliser au mieux ses capacités pour évoluer et se construire.

Le principe du dépistage précoce est d'évaluer sous forme d'examen clinique, et ce de façon rigoureuse et répétée, l'enfant tout au long de son développement psychomoteur mais aussi sous forme d'écoute des parents afin de compléter les observations des soignants et d'ajouter un autre regard.

Ce dépistage précoce vise donc à repérer une déficience pour en diminuer l'impact en réajustant l'environnement. Il a pour objectif d'améliorer les aptitudes et les performances de l'enfant et d'accompagner l'entourage de l'enfant.

« La vie des tissus et le bon état des diverses fonctions qui, pour le nourrisson, fournissent au moi un soutien silencieux mais vital, continuent également à être assurée par l'environnement »¹⁸. Il faut noter ici, le lien qui unit le concept de plasticité cérébrale, détaillé précédemment, avec l'approche psychanalytique de Winnicott à propos de sa théorie du développement précoce de l'enfant.

On peut donc dire que la qualité des stimulations auprès du nouveau-né prématuré et l'adaptation de son environnement à ses besoins, sont fondamentales.

C. Bébé prématuré, parents prématurés

Dans cette partie, je vais vous exposer brièvement les apports théoriques concernant la parentalité et tout ce qu'elle engendre. J'étofferai ces théories dans la suite de mon mémoire par des vignettes cliniques qui mettront en lien direct la psychomotricité, les nouveaux-nés et leurs parents.

Les progrès médicaux et techniques actuels ont un impact spécifique autant sur le bébé que sur les parents. Alors que le terme des enfants prématurés diminue jusqu'à 24 semaines et en dessous dans certains cas, la question de leur avenir psychique en terme de séparation est essentielle. On se doit donc de considérer l'impact d'un monde hyper technique sur les parents et ce bébé, au sein de ce monde, qu'ils y rencontrent et découvrent.

¹⁸ WINNICOTT, De la pédiatrie à la psychanalyse, Petite Bibliothèque de Payot, 1975, p.230

Ainsi, lors d'une naissance prématurée, la transition vers une parentalité harmonieuse peut se trouver lourdement affectée. La construction des premiers liens peut être bouleversée par cette naissance à risque qui vient mobiliser douloureusement la sphère familiale.

Voilà ici l'importance de la capacité parentale à lire les besoins de l'enfant et à y répondre d'une manière cohérente. J'ai pu observer lors de mon stage la capacité des parents à surmonter les expériences anxieuses initiales au cours du séjour hospitalier.

Un événement de la sorte est triplement générateur de traumatismes :

- Chez l'enfant : par l'exposition obligée aux soins multiples et au stress environnant
- Chez les parents : par les angoisses, les peurs et l'incertitude entraînées par les troubles potentiels ou réels du bébé
- Sur la relation parents-bébés : par les obstacles à la construction du lien qu'il génère

1. Les interactions précoces

La conception de la relation mère-nourrisson s'est modifiée parallèlement à l'évolution des connaissances sur le fonctionnement de chaque partenaire, et leur rôle respectif dans la dynamique interactive. Ainsi, on est passé de la théorie de la mère « toute puissante » et d'un bébé passif à une mère organisatrice de l'interaction avec la reconnaissance du rôle du bébé, partenaire dorénavant actif dans la relation. Le couple mère-enfant vit pendant quelques mois en état de symbiose. L'un et l'autre sont indissociables, ainsi tout comportement de l'un des partenaires provoque une modification chez l'autre, et ainsi de suite. L'interaction s'envisage dans un continuum d'échanges où chacun agit et réagit.

Serge Lebovici dit que les interactions précoces sont à concevoir comme un « processus duquel la mère entre en communication avec son bébé en lui adressant certains messages, tandis que le nourrisson, à son tour, répond à sa mère à l'aide de ses propres moyens »¹⁹. Il s'agit donc de phénomènes dynamiques qui se développent entre un des parents et son enfant. Les signaux utilisés entre eux sont propre au stade de développement de l'enfant.

¹⁹ S.LEBOVICI, *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste*, Bayard Jeunesse, 2003, p.95

Malgré l'environnement technique qui est présent dans les services de néonatalogie, les premiers échanges entre la mère et l'enfant se font par la parole, le portage, la chaleur, l'odeur, le toucher ... Le nouveau-né reçoit des stimuli diverses et émet en fonction de ses capacités, des messages à son tour. Lebovici écrit que les « capacités sensorielles du nouveau-né (...) font que les comportements de la mère à son égard ne sont pas seulement des « soins » mais également les fondements initiaux des premières situations interactives. »²⁰.

L'entrée en communication du parent avec son nouveau-né prématuré fait apparaître des difficultés. Les enfants prématurés ont des états de vigilance et une réactivité très variable.

La prématurité est un facteur de risque de difficultés interactives. C'est une notion importante à prendre en compte dans la prévention précoce du suivi du grand prématuré que nous verrons plus tard.

Il existe trois niveaux d'interactions :

- Comportementales : il s'agit d'un ensemble d'échanges directement observables entre la mère et son bébé suivant trois registres : corporel, visuel, vocal. Je vais faire référence ici au terme décrit par Winnicott de « holding » et de « handling ».
- Affectives : elles correspondent au partage des affects entre le bébé et ses parents. Je décrirai ici la notion d' « accordage affectif » décrit par Stern.
- Fantasmatisques : quelle est la place des fantasmes maternels dans l'élaboration de la vie mentale du bébé et de la mère elle-même ? Lebovici dit qu'il coexiste trois bébés dans ces interactions.

Les interactions comportementales regroupent les interactions corporelles, visuelles et vocales :

Interactions corporelles :

- *Holding* : porter un enfant, c'est l'aider à intégrer au mieux les stimulations venant du dehors et de son corps propre, afin qu'il puisse exister seul sur ses propres appuis moteurs et psychiques. Les expériences angoissantes peuvent être de nature physiologique, sensorielle ou concerner le vécu psychique du

²⁰ S.LEBOVICI, *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste*, Bayard Jeunesse, 2003, p.96

corps. Ainsi, le portage est un savoir-faire corporel et psychique mais surtout c'est un savoir-être.

Suzanne Robert-Ouvray parle quand à elle de *holding psychomoteur* : il prend en compte en plus l'organisation psychomotrice et tonique du bébé. La motricité du nouveau-né fait partie intégrante de son développement psychoaffectif.

- *Handling* : il s'agit de la manipulation du nouveau-né, la façon dont on agit sur lui dans le cadre des soins. Ces soins sont investis de différentes façons par les parents et englobent de nombreuses sensations auditives, visuelles et tactiles pour l'enfant. Dans les services de néonatalogie, les parents sont vivement encouragés à faire les soins tels que le bain, et à incorporer, quand la maturité du nourrisson est suffisante, des massages dans un but d'apaisement et d'intégration de leur corps. Les soins sont continuellement accompagnés de parole. C'est par le handling que le nouveau-né va pouvoir différencier son corps de l'environnement.

Ajuriaguerra quand à lui parle de « dialogue tonique » permettant des ajustements corporels interactifs entre l'enfant et sa mère. Il y a de réelles interactions entre les postures du parent et du bébé ce qui entraîne donc des interactions entre leurs tonus musculaire.

Les interactions visuelles :

Selon Winnicott, quand le bébé regarde le visage de sa mère, il se voit en reflet dans son visage : c'est la notion de « miroir ». Ces interactions représentent les temps de regard réciproque, les véritables échanges entre les partenaires. Au cours de la tétée, dès la naissance, le nourrisson fixe le regard de sa mère. Ces interactions sont primordiales dans la construction de l'enfant.

Les interactions vocales :

Elles permettent de traduire les besoins et les affects du nouveau-né suscitant l'expression de ses désirs. Les cris et les pleurs sont les premiers langages du bébé. Le « cordon ombilical acoustique » (Sander et Julia en 1966) favorise le rapprochement spatial mère-bébé. Dans ces interactions vocales, l'importance de l'intonation signifie une manière d'entrer en relations avec le bébé.

La qualité des échanges mère-bébé apparaissent dans les soins quotidiens, dans les activités qui rythment les journées et nuits du nouveau-né.

Dans le cas d'un nouveau né prématuré, les interactions comportementales entre les parents et leur enfant sont du même ordre que celles décrites précédemment :

- Le portage : malgré son apparente fragilité et l'ajustement du nourrisson dans leurs bras
- Le regard : grande importance car malgré son immaturité, le nouveau-né prématuré est capable de capter le regard de ses parents.
- Les cris, les pleurs : ceux du prématuré ne sont pas les mêmes que ceux d'un bébé né à terme. Certaines mamans relatent même qu'elles n'ont pas entendu pleurer leur bébé. Il entend tout aussi bien la voix de ses parents et sait la discriminer des autres.

En fonction de l'ajustement entre la mère et son bébé, les interactions seront harmonieuses ou dysharmonieuses. Cependant, il faut prendre en compte que les interactions comportementales sont fonction du degré de prématurité du nouveau-né. Dans les services de réanimation notamment, il est difficile pour les parents d'interagir avec leur bébé du fait d'une intubation, des incubateurs et des perfusions ... Le portage est compliqué, le contact œil-œil est gêné par les vitres et les voix sont parasitées par les machines.

Les interactions affectives sont décrites dans la notion d'« accordage affectif » décrite par Stern. Il atteste d'une vie émotionnelle partagée. Lorsque la mère reproduit les gestes ou les mimiques de son enfant, elle imite les mêmes comportements, mais elle n'éprouve pas pour autant la même expérience émotionnelle. Plus que la simple imitation, l'accordage affectif témoigne de « la réalisation d'un échange intersubjectif à propos d'affect »²¹. Selon Stern, les conduites d'accordage peuvent être observées dès les premières interactions mère-nourrisson. Dans le cas de la prématurité, ces interactions peuvent être touchées si l'hospitalisation est de plusieurs mois, donc pour les grands prématurés ou nouveaux-nés hospitalisés pour pathologies diverses. On peut donc observer dans ces situations des interactions affectives puisque le bébé grandit et se développe dans cet environnement si particulier.

²¹²¹ D.STERN, *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Presses Universitaires de France, 1999, p.182

La richesse des interactions affectives est alors le signe que les interactions précoces se déroulent bien malgré le cadre difficile dans lequel l'enfant débute sa vie.

Les interactions fantasmatisques ont beaucoup intéressé Lebovici. Dans ces travaux il a pris en compte l'évolution de la vie psychique de la mère et du bébé. L'interaction fantasmatisque va donner sens à l'interaction comportementale. Il dit que dans l'interaction mère-enfant coexistent trois bébés :

- Le bébé réel : c'est celui que la mère sent bouger dans son ventre, celui qui a reçu un bagage génétique.
- Le bébé imaginaire : il est le fruit du désir de la grossesse des deux parents. Il s'agit du bébé rêvé, idéalisé par les parents.
- Le bébé fantasmatisque : il provient de l'histoire familiale de la mère résultant de la résolution de la problématique œdipienne et découlant d'un désir maternel dès l'enfance avec son propre père, par identification à la mère.

Quand le bébé prématuré est présenté pour la première fois aux parents, Lebovici explique que le désir qu'il survive peut être entremêlé à des désirs de mort très culpabilisants. En effet, les parents se sentent souvent responsables de la prématurité de leur enfant, ce qui confirme les craintes fantasmatisques de ne pas être capables d'être parents.

La prématurité est vécue comme un échec de leur parentalité, le bébé étant inquiétant, persécuteur. Ainsi, le processus de construction identitaire des nouveaux-nés grands prématurés risque d'être altéré par ce vécu difficile des parents.

Etre futur parent, c'est un travail de remaniement des liens chez les deux parents, en lien avec son histoire personnelle, familiale et conjugale.

Les parents, partagés entre bonheur et surprise sont alors confrontés à des angoisses très particulières. La question de savoir si le bébé va vivre, s'il aura des complications et des séquelles, s'il va devoir rester longtemps à l'hôpital préoccupe l'esprit des parents, qui s'étaient sûrement imaginé vivre la naissance de leur enfant plus sereinement. De plus, l'image que la société a d'un prématuré est souvent très négative, conditionnée notamment par les reportages télévisés qui prennent souvent en exemple des cas de prématurité extrême, des enfants très petits et très maigres, alors que la majorité des prématurés ne ressemblent pas à cela. Il est alors bien compréhensible que les parents soient angoissés face à un accouchement prématuré.

2. Du côté de la mère

C'est au cours des derniers mois de gestation que se fait l'accès à la fonction maternelle. Ce fœtus est à l'origine de bouleversement de l'image du corps de la mère et perturbe son rythme d'activité. La grossesse est un travail de contenance, de transformation, de mise en représentations et d'organisation de l'inconnu qui sollicite les futures mères.

Alors que la grossesse est un temps ralenti, concentré, il se fige brusquement et il y a alors l'apparition de l'urgence. Il y a arrêt soudain de la grossesse, les rituels sociaux tels que les cadeaux, les visites sont en suspens ...

C'est ensuite un moment de séparation plus ou moins long qui commence. Certains mères sont présentes tous les jours, d'autres, pour cause de problèmes de distances, ne peuvent être présentes au quotidien.

3. Du côté du père

La grossesse est un moment pour lui qui l'amène dans le réel de son histoire individuelle et qui l'interpelle sur sa représentation de la femme-mère.

A la naissance, c'est le père qui est le premier à rendre visite à son enfant dans le service de soins intensifs. Il découvre alors tout l'environnement aseptisé et hypertechnique dans lequel va vivre son nourrisson pendant plusieurs semaines. Il va alors tenter d'intégrer toutes les informations qui lui sont données sur l'état médical de son enfant, les conseils des puéricultrices, les explications des infirmières sur les appareils reliés à son bébé ...

Lorsque la naissance a lieu dans un contexte d'urgence ou de césarienne, le père va aussi avoir pour rôle de présenter le bébé à la mère. « C'est le père qui joue le rôle initiateur, habituellement tenu par la mère dans une naissance à terme »²².

« Le père, dans toutes les naissances, à terme ou prématurée, « tient » et « contient » le couple mère-enfant. »²³. Les parents prématurés vivent donc des moments bouleversants, risquant de perturber leur relation avec leur bébé et de rendre difficile l'établissement du lien d'attachement. Il s'agit pour eux de « vivre au jour le jour ».

²² C.DRUON, *A l'écoute du bébé prématuré*, Flammarion, 2010, p.45

²³ C.DRUON, *A l'écoute du bébé prématuré*, Flammarion, 2010,, p.47

CONCLUSION PARTIE I

La pratique psychomotrice sur laquelle se base le travail des nouveaux nés hospitalisés, bien qu'elle se compose de différents apports théoriques, n'en reste pas moins une pratique à part entière, bien distincte des autres professions.

Je pense que la particularité de notre travail en psychomotricité dans une telle unité porte sur nos connaissances neuromotrices, neurosensorielles, mais aussi sur des connaissances concernant le développement psychoaffectif et relationnel du nouveau-né. Toutes ces données définissent le développement psychomoteur de l'enfant. Le psychomotricien intervient avec ses outils, notamment l'évaluation psychomotrice qui lui permet de se faire rapidement une idée du développement de l'enfant sans faire un bilan psychomoteur complet. Son regard précis est une qualité qui lui permet de s'adapter à tous les contextes.

Toutes les situations sont intéressantes à observer. Que ce soit pendant un temps de sommeil agité, un change, un co-soin, etc. Le développement de l'enfant s'apprécie pendant tous les moments clefs de son quotidien et c'est ce que le psychomotricien repère dans les services de néonatalogie.

Je trouve que le travail du psychomotricien se trouve au carrefour de plusieurs disciplines, en s'appuyant sur diverses théories qui seront la base de sa propre théorie psychomotrice. C'est ainsi que le psychomotricien se différencie des autres professions avec lesquelles un **travail en collaboration sera primordial**.

Mais alors, quels sont la place et le rôle du psychomotricien en néonatalogie ?

***« L'urgence du psychomotricien
c'est de prendre le temps
de l'instant présent »***

Françoise Hamel, psychomotricienne

Partie II : Rôle du psychomotricien au sein des unités de néonatalogie

A. Service de réanimation néonatale et pédiatrique

1. Présentation du service

Il s'agit du service de réanimation néonatale et pédiatrique situé dans l'enceinte de l'hôpital des enfants. Ce service est composé de 18 lits. Tous les enfants accueillis présentent une détresse vitale ou un risque de décompensation brutale, nécessitant des techniques médicales spécifiques telle que l'intubation. La population accueillie va de la naissance à l'adolescence. Les prématurés présents dans ce service sont les prématurissimes.

Je pourrais dire que la philosophie de ce service se base sur le confort du bébé, la lutte contre la douleur, l'harmonisation des pratiques et l'intégration de la famille au quotidien. L'abord thérapeutique de l'enfant ne peut faire l'économie de la prise en charge de sa famille. En effet, un accueil spécifique, spécialisé et personnalisé est prévu pour ces parents. Ainsi, une salle de repos est à leur disposition afin qu'il puisse manger et avoir un lieu calme sans les bruits des machines, ni les allers-retours des soignants. Le service est bien entendu sensibilisé aux soins de développement, où les soignants adaptent les soins et l'environnement aux capacités de chaque enfant. Ils vont réaliser les soins avec une prise en charge individualisée centrée sur l'observation de l'enfant.

2. Interventions psychomotrices

Dans le cadre du service de réanimation néonatale et pédiatrique, j'ai pu suivre un enfant en particulier toutes les semaines. Cette prise en charge met en avant la pratique du psychomotricien dans ce type de service. C'est pourquoi, j'ai décidé de vous l'exposer.

Lucas est un petit garçon que je rencontre sur mon lieu de stage dans le service de réanimation néonatale et pédiatrique. Tout au long de cette prise en charge, je suis présente en tant qu'observatrice et c'est à la fin de chaque séance que je confronte mon regard à celui de la psychomotricienne.

ANAMNESE

Lucas est un garçon né le 6 mai 2012 à terme mais présentant une omphalocèle géante²⁴ dont il a été opéré à sa naissance. C'est un bébé trachéotomisé et qui a subi une intervention chirurgicale à cœur ouvert à 7 mois de vie. Il est alimenté par sonde gastrique depuis sa naissance et jusqu'à aujourd'hui encore.

Les parents sont présents auprès de Lucas quotidiennement, participant activement lors des soins. Leur présence est toujours bienveillante et propose ainsi un soutien permanent pour Lucas. Ils le stimulent selon son état et sa disponibilité. Son grand frère, âgé de 5 ans, lui rend visite régulièrement et peut alors jouer avec son petit frère.

Je suis amenée à le suivre depuis le mois de janvier dans ce service.

PROJET THERAPEUTIQUE

La prise en charge psychomotrice a débuté en juin 2012. Lucas était alors âgé d'un mois. Voici le projet thérapeutique mis en place par la psychomotricienne et l'équipe pluridisciplinaire du service de réanimation pour les premiers mois de sa vie.

C'est par l'observation de soins que la psychomotricienne a pu pointer l'émergence d'une motricité spontanée, distale, asymétrique, nécessitant :

- un aménagement de son environnement technique de soins
- un soutien postérieur de son axe plus ferme plus soutenant
- une approche globale corporelle et relationnelle très progressive.

²⁴ L'omphalocèle est due à l'absence de fermeture de la paroi ventrale de l'embryon avant 9 semaines de gestation soit 11 semaines d'aménorrhée. Elle se caractérise par la présence d'un sac prolongé par le cordon ombilical, contenant des viscères abdominaux.

Bargy.F. L'omphalocèle. Encyclopédie Orphanet, Septembre 2002

Dans un premier temps, était proposée à Lucas une séance par semaine, puis il a été prévu d'intensifier le suivi en psychomotricité et pluridisciplinaire suite au bilan que la psychomotricienne a fait au mois de décembre. Je vous le présente brièvement par la suite.

Le fait d'intensifier le suivi permettra d'accompagner Lucas dans ses progrès.

Du fait de l'état clinique compliqué de Lucas, la psychomotricienne intervient de façon spontanée et au jour le jour suivant son état et sa disponibilité.

Bilan psychomoteur effectué au mois de décembre :

Lucas est âgé de 7 mois.

Au niveau du confort, Lucas ne bénéficie plus de cocon mais d'un oreiller lui assurant un soutien suffisant complété par un linge sous le siège.

Sa motricité spontanée est de plus en plus dynamique et Lucas initie lui-même l'exploration de son environnement proche. Cette exploration de son environnement de soins, des jeux mis à sa disposition dans son lit, s'accompagne d'un regard et d'une tonicité avec les soignants ou ses parents. La psychomotricienne note une hypotonie des membres inférieurs importante, avec une dissociation entre le haut et le bas du corps. Cependant, Lucas apprécie lorsqu'on le sollicite au niveau de ses jambes, lui permettant une perception plus globale de son corps. Il peut commencer à participer, sourit et peut ensuite s'agiter de façon plus tonique.

Lucas apprécie plusieurs types de positions :

- En position latérale : il peut la maintenir et explorer les jeux proposés avec ses mains. Il peut basculer sur le dos sans s'éparpiller et de façon active. Cependant, il ne peut pas encore pivoter seul du dos sur le côté. Néanmoins, il participe au changement de position quand la psychomotricienne initie le mouvement par son bassin.
- En position ventrale : du fait de sa maladie, elle ne lui est proposée que pour dormir et reste une source de confort pour lui.
- Station assise : non acquise donc il faut qu'elle soit bien soutenue. La psychomotricienne peut noter qu'il faut du temps à Lucas pour qu'il prenne appui sur son siège et soit confiant. Il a besoin de se tenir aux mains du soignant ou de ses parents pour se rassurer. Cette station assise lui permet de tourner légèrement la tête et de regarder avec un début de tenue de tête.

Les appuis latéraux et médians ne sont pas encore possibles mais sont à initier lors des changements de positions proposées quotidiennement lors des soins, lors des séances de psychomotricité. Il est alors important de pivoter Lucas sur le côté avant de le redresser ou de le porter afin qu'il participe avec son axe et travaille ses appuis.

Au niveau de sa préhension, on peut voir qu'elle est plus précise et globalement symétrique. Lucas attrape bien au niveau latéral, de mieux en mieux au niveau médian. Il peut de temps en temps porter à la bouche un jouet.

Il aime être dans l'interaction, sourit, rit, et nous montre quand il est inquiet. Il est possible parfois que Lucas ne maintienne pas l'échange quand il est fatigué, quand il y a trop de stimulations.

Du fait de sa trachéotomie, Lucas n'émet pas de sons. Tout se passe par la communication non verbale. Et c'est ce qui m'a frappée dès le début de mon observation des séances.

Dorota Chadzynski, psychomotricienne et psychologue clinicienne, nous dit qu' « il faut apporter du sens au sens (sensorialité) et donner un sens (une direction) pour comprendre vers quelles expériences se dirigent l'enfant en priorité »²⁵. En effet, les émotions sont le carburant du développement de l'enfant et les progrès de ce développement se font grâce aux interactions avec le milieu, qui sont autant de variations toniques à l'origine des émotions.

La communication non verbale qu'il engage avec les soignants ou ses parents témoignent de la moindre de ses émotions. La compréhension et l'interprétation que chaque personne autour de lui en fait, permettent de lui donner une réponse, l'amènent à se construire et à progresser malgré son état clinique sévère.

Ainsi, afin de nous faire comprendre que c'est trop pour lui, Lucas va manifester des mouvements répétitifs de la tête qui vont entraîner une perte de contact. Les mimiques sont nombreuses, riches d'émotions et guidantes pour les parents et les soignants.

²⁵Dorota CHADZYNSKI, *Les enfants dans une « impasse » de construction, Apports du bilan sensori-moteur A.Bullinger en psychomotricité*, ERES, Enfances et Psy, n°42, p.110

Projet à partir du mois de janvier :

Après ce bilan au 7^{ème} mois, et dans le cadre du suivi en psychomotricité, les nombreux progrès de Lucas pointent la nécessité d'ouvrir son espace d'éveil pour lui permettre plus d'expériences sensori-motrices dans le but :

- D'initier le déplacement
- Travailler sa tonicité axiale
- Travailler sur ses appuis médians

Le projet thérapeutique est alors retravaillé :

Une séance par jour lui sera proposée selon son état clinique, et sa disponibilité. Cette prise en charge est complémentaire à la prise en charge de kinésithérapie motrice. Lucas pourra ainsi bénéficier d'un espace plus ludique, et autre que son lit : le tapis d'éveil (disposé dans sa chambre avec un miroir le surplombant).

Cela nécessite une logistique importante afin que l'environnement technique de soins suive. La mise en place de cet espace pour un moment d'éveil, apporte une nouvelle dimension dans le quotidien de Lucas et de ses parents.

Prise en soin de janvier à mars :

Nous sommes au mois de janvier et Lucas a 8 mois :

Ma première rencontre avec Lucas se passe au mois de janvier et il s'agit de l'une des premières séances au tapis. Sa maman est présente pour le rassurer mais je note que toute l'équipe est très attentive à son vécu. Cette séance et celles qui s'en suivent témoignent des nombreux progrès de Lucas. En effet, la tenue de tête est acquise sur quelques minutes avec le plaisir d'être tenu assis. De plus, la psychomotricienne va utiliser comme médiateur le ballon afin de faire quelques échanges avec Lucas qui sont possibles quand Lucas est sur le côté. Il peut pousser la balle avec ses mains, la rattrape. Le geste est encore peu précis, la coordination visuo manuelle est asymétrique. Le tapis étant disposé face à un miroir et Lucas en position latéral face à ce dernier, on observe des jeux de mains le laissant libre à des jeux comme taper sur la balle.

Dès que Lucas exprime des signes de fatigue et d'inconfort, les séances s'arrêtent. Il nous marque ce retrait par des mouvements répétitifs de la tête.

L'aménagement de l'espace et de l'environnement permettent maintenant à Lucas une exploration plus large et donc plus de possibilités de mouvements. L'investissement du tapis d'éveil sur le dos sans soutien postérieur est apprécié, et permet une prise de conscience des appuis de son corps. Appuis dont Lucas peut se saisir pour pousser et commencer des déplacements : pivoter sur le côté gauche et ramper sur le dos avec une exploration visuelle à gauche. Cet investissement du tapis permet à Lucas de prendre conscience de son bas du corps. Il est alors en pleine exploration de ses jambes.

Comme je l'ai dit précédemment, la psychomotricienne utilise le ballon pour travailler avec Lucas. En effet, il est ludique dans l'échange avec l'autre et permet de pousser, d'attraper, de taper et d'imiter. Un ballon plus volumineux avec des piquots est apporté par la maman, ce qui l'oblige à une exploration tactile plus fine, du bout des doigts. Cette exploration sensorielle lui est proposée sous ses pieds. Lucas s'en saisit et peut jouer avec ses jambes de façon symétrique.

Il est noté une réelle asymétrie de l'exploration visuo motrice du côté droit : Lucas va alors toucher avec moins de spontanéité avec la main droite. L'engagement corporel spontané est pauvre. Il est alors nécessaire de guider Lucas au niveau axial, avec des sollicitations répétées au niveau tactile et visuel, afin que Lucas puisse par lui-même, en différé, explorer en prenant des appuis.

Mais, toutes les séances ne se font pas au tapis puisqu'elles requièrent une grande source d'énergie de la part de Lucas mais aussi de l'équipe pour mettre tout le matériel technique au sol. La psychomotricienne propose donc en alternance des séances dans son lit où Lucas est maintenu assis. Ce sont généralement des séances de courte durée, durant lesquelles elle va lui proposer des jouets autour de lui ainsi qu'une boîte à fouiller où il prend le temps de regarder, puis spontanément va vider la boîte avec plaisir : ses gestes sont alors saccadés, avec une alternance main droite, main gauche. Elle lui chante aussi des comptines avec un livre parfois en appui, et je peux noter que Lucas est attentif, écoute et regarde. Les sourires sont nombreux et les moments d'attention de plus en plus longs.

L'environnement technique de soins s'allège, car le cathéter est enlevé²⁶ et les temps en respiration spontanée sont possibles (l'assistance respiratoire par la trachéotomie est arrêtée, lui permettant de respirer seul pendant quelques heures, on dit qu'il est donc en respiration spontanée).

Pendant les séances suivantes, la psychomotricienne a pu travailler sur l'exploration visuo motrice à droite et aussi dans sa globalité. Mais on note que Lucas se rend moins disponible avec le soignant et exprime le besoin de ne pas être sollicité. Sa maman peut alors l'apaiser et le rassurer par sa seule présence : câlin, bercement, portage.

Nous sommes au mois de mars et Lucas a 10 mois :

L'état clinique de Lucas s'étant dégradé à plusieurs reprises par des malaises, le rythme des séances en psychomotricité a été freiné, laissant à Lucas le temps de se reposer et de reprendre des forces auprès de sa famille. On peut quand même apprécier, à la fin du mois de mars, que Lucas peut désormais être installé dans un fauteuil coque, le maintenant en position assise.

Une nouvelle façon d'interagir lui est alors proposée : positionné dans son fauteuil à un bureau, la psychomotricienne se met en face de lui et sa maman, toujours présente, se met à sa droite pour le rassurer. Cette position ne lui a été proposée qu'une seule fois mais a permis d'apprécier plusieurs choses.

En effet, sans même avoir initié quoique ce soit, Lucas nous fait des sourires et nous témoigne son enthousiasme par une agitation tonique des jambes sur son fauteuil et de ses mains sur la table. La psychomotricienne va alors continuer dans ce sens en lui proposant des jouets de part et d'autre du bureau. Lucas peut saisir un objet dans chaque main, les taper l'un contre l'autre, et commence à apprécier le jeter par terre du jouet du côté droit où est positionnée sa maman. Il n'a pas encore acquis la permanence de l'objet mais on note un regard soutenu et dirigé lorsqu'il a jeté son jouet au sol. Cependant, il ne va pas attendre qu'il revienne et va donc en prendre un autre sur la table pour recommencer.

Cette notion de permanence de l'objet a été décrite pour la première fois par Piaget et signifie que l'enfant admet qu'un objet continue d'exister lorsqu'il quitte le champ perceptif. Il dit que ce stade est initié vers les 8 mois et est acquis normalement à 12 mois. Lucas est donc en pleine expérience de cette étape primordiale pour la construction spatio-temporelle de son développement.

²⁶ Dispositif médical consistant en un tube destiné à être inséré dans la lumière d'une cavité du corps ou d'un vaisseau sanguin et qui permet le drainage ou l'infusion de liquides, ou encore un accès pour d'autres dispositifs médicaux

Cette prise en charge de Lucas pendant mon stage, m'a permis de retenir deux facteurs clefs pour un projet thérapeutique en psychomotricité avec ce type d'enfant : la patience et l'adaptation. En effet, par mon observation du travail de la psychomotricienne, j'ai pu noter que la patience et l'adaptation au rythme de l'enfant sont nécessaires pour ne pas aller trop vite avant que la stabilisation ne soit acquise.

De plus, c'est l'évolution des projets qui permet d'offrir de nouveaux points d'appuis adaptés à Lucas. Cette évolution des projets thérapeutiques n'est possible que par la réalisation d'observation ce qui nécessite d'être dans l'ici et le maintenant, et de prendre le temps.

Lucas a bénéficié d'un examen neuromoteur, par la neuropédiatre du CAMSP au mois de mars et avril, permettant d'affiner le projet de soins pluridisciplinaire.

Pendant cette prise en charge de Lucas, étant placée en tant qu'observatrice, j'ai pu apprécier toutes les qualités d'une communication non verbale avec un tout petit. Le retrouver chaque semaine pour une séance fut un réel plaisir pour moi en voyant tous les progrès qu'il a pu faire.

Au-delà de l'intérêt théorico-clinique que cette étude de cas a pu m'apporter, elle fut pour moi une réelle remise en cause de mon propre système de communication. Engagée dans cette prise en charge et sollicitée à plusieurs reprises par Lucas, j'ai compris l'utilité de la maîtrise de ses communications non verbales pour sa prise en soin. Et c'est en analysant ce qu'elles induisent dans les interactions que l'on peut s'adapter à cette communication corporelle. Ainsi, impliquées dans la relation avec l'enfant, les communications non verbales véhiculent l'attitude thérapeutique du psychomotricien.

B. Service de néonatalogie

1. Présentation des services

Pendant mon stage, j'ai pu aller dans deux services différents : l'un qui se situe à la maternité et l'autre à l'hôpital des enfants.

- Service de la maternité : 21 lits + 3 chambres mère-enfant

Il est le service le plus récent et a donc été aménagé en fonction des soins de développement. Il s'agit d'un service de soins intensifs de niveau 3 et est composé de trois secteurs : rose, vert, violet. Les chambres sont individuelles mais dans chaque secteur se trouve une chambre double afin de pouvoir rassembler les jumeaux.

La luminosité est adaptable dans tout le service et les bruits sont atténués. Tous les scopes sont reliés au bureau central de chaque unité, sur un écran, afin que les soignants puissent intervenir peu importe l'endroit où ils se trouvent.

Les nouveaux nés qui arrivent dans ce service sont principalement des prématurés. Ils ont donc besoin d'une surveillance quotidienne au point de vue respiratoire et cardiaque. L'autre type de population de ce service sont les nouveaux nés à terme mais ayant une pathologie particulière.

A l'arrivée du nouveau-né dans le service et de ses parents, un livret d'accueil leur est remis leur expliquant le fonctionnement du service, l'environnement mis en place pour s'adapter aux enfants ainsi que des conseils pour les aider à accompagner leur enfant tout au long de son hospitalisation.

- Service de néonatalogie de l'hôpital des enfants : 27 lits dont 7 chambres individuels mère-enfant

Les populations qui y sont accueillies sont des nouveaux-nés prématurés ainsi que ceux nés à terme mais atteints d'une pathologie.

La différence majeure entre ces deux services est que les bébés qui vont à celui de la maternité sont en plus grande immaturité ou souffrance respiratoire, cardiaque.

Ces deux services ont une idée commune : celle que le nouveau-né est une personne possédant une histoire et des compétences. Ainsi, étant hospitalisé, il est en état de souffrance physique et psychique du fait de la séparation avec sa mère. Il est indispensable pour ces services de prendre en compte l'histoire de la famille et de la grossesse car chaque enfant est différent.

Ces unités ont donc pour objectifs d'offrir à l'enfant des soins médicaux et paramédicaux nécessaires à la prise en charge globale de ses besoins, d'aider à la création, au maintien et au développement du lien mère-enfant. Il faut donc apporter aux parents les informations nécessaires à la prise en charge de leur enfant afin qu'ils quittent le service en toute sérénité.

2. Interventions psychomotrices

La psychomotricité auprès du bébé se base sur les compétences sensori-motrices de ce dernier ainsi que sur le soin relationnel autour de lui. Il s'agit de s'occuper de son confort sur l'instant présent, par des interventions spontanées, ainsi que de son devenir neuro-moteur, psychomoteur et orthopédique, par des séances tout au long de son hospitalisation ainsi que des évaluations psychomotrices. Des entretiens avec les parents sont réguliers tout au long de l'hospitalisation de leur enfant.

Le nouveau-né prématuré est soumis à des contraintes physiques et psychiques. En tant que psychomotricien, on va donc agir dans la globalité et la continuité des soins.

Avant de vous présenter les diverses interventions auprès du bébé, il me semble important de vous préciser que ces interventions ne sont possibles qu'après des temps d'observation du bébé.

Esther Bick, par sa méthode d'observation, nous dit que « l'examen du bébé doit se baser sur la recherche des compétences propositives (...) C'est pourquoi il faut dépasser le stade de la recherche de l'acte moteur indépendant, ou de la réponse réfléchie aux stimulations, pour reconnaître plutôt, ce que l'enfant sait faire, pour voir les propositions qu'il nous suggère ».²⁷

En effet, par son corps, son regard, sa posture, ses gestes, le bébé s'exprime. Ainsi, une observation attentive voire répétitive de l'enfant et/ou des interactions avec les parents permet d'établir un projet thérapeutique pour l'enfant et de pouvoir trouver les moments les plus adaptés pour lui.

²⁷ Roselle SANDRI, L'observation du nourrisson selon Esther Bick et ses applications, Cesura, 2008, p.101

Du fait que nos interventions ne soient pas vitales, il est donc nécessaire de trouver le bon moment dans l'emploi du temps de ces petits afin de ne pas bousculer leurs rythmes quotidiens. Il n'y a pas donc pas de moment fixe dans une journée, il s'agit alors pour la psychomotricienne de s'ajuster, d'observer, de patienter pour être en accord avec le bébé et ne pas gêner les soins médicaux très présents dans ces unités.

Je pense qu'il y a donc quelques paramètres à prendre en compte pour ne pas intervenir :

- Juste après des soins douloureux ou si le bébé a plusieurs examens prévus dans une même journée, il ne sert à rien de le surcharger de stimulations
- Si l'équipe soignante nous transmet qu'il n'est pas très bien, désature à plusieurs reprises depuis quelques heures ...
- Si c'est l'heure de la tétée ou du nourrissage à la sonde
- Si l'enfant dort

Cependant, pendant ces temps là, il est très intéressant d'observer comment l'enfant est positionné, s'il arrive à s'apaiser tout seul après un soin douloureux par exemple. Ces observations spontanées donnent des indices précieux sur l'évolution de l'enfant pour la psychomotricienne.

a. Confort et prévention posturale du bébé prématuré

La faible tonicité du bébé prématuré, ne lui permet pas de retrouver la posture fœtale de flexion et d'enroulement, nécessaire à sa maturation neurologique. En effet, du fait qu'il soit né trop tôt il n'a pas eu cette contenance en flexion in-utéro suffisamment longtemps. Il passe alors brutalement d'un milieu aquatique, contenant à un milieu « terrien » où il est soumis à la pesanteur qui tend à l'écraser. Du fait de son tonus insuffisant, il va alors développer un schème en extension, contraire à son développement neuromoteur. Mais lorsque ce bébé se rapproche du terme de naissance, le tonus se renforce aussi dans le sens caudo-céphalique. Il est alors primordial d'éviter au plus tôt les schèmes d'hyperextension décrits comme attitude « en chandelier » lorsqu'il est en décubitus dorsal, les épaules sont en rotation externe, l'enfant ne peut plus rapprocher ses bras du corps, et ses mains du visage (**annexe 2**).

D'autres positions dites « pathologiques » peuvent être observées chez ces nouveaux nés prématurés, notamment celles de « grenouille écrasée » en position de décubitus ventrale ou dorsal. Les cuisses, genoux, pieds sont en complète rotation externe et les genoux remontent sur le côté du corps jusqu'aux hanches. Le bassin repose ainsi à plat sur le matelas (**annexe 3**). Ainsi que la position en opisthotonos : c'est une contraction généralisée des muscles extenseurs. La tête est rejetée en arrière, l'extension axiale est privilégiée à l'enroulement (**annexe 4**).

Un bébé bien positionné est un bébé prêt à interagir avec son environnement. Il sera alors beaucoup plus confortable, apaisé et surtout disponible pour entrer en communication avec son entourage. Il pourra alors se détendre et être libre de ses mouvements.

Diverses études se sont penchées sur les problèmes engendrés par ces postures anormales, acquises dès le début de l'hospitalisation du nouveau-né. Le positionnement des bébés prématurés a été mis en place à des fins préventives, et s'appuie sur les travaux du Docteur A. Grenier dans les années 1980.

Dans les services, la psychomotricienne et l'ensemble des soignants vont utiliser un outil très efficace pour prévenir ce maintien postural : le cocon. Ils peuvent être faits à partir de draps, de langes, roulés ou pliés suivant le besoin. Mais il existe également des dispositifs déjà préformés composés de micro billes, de mousse ou de gel. Peu importe le cocon choisi, l'important est que le bébé soit contenu et maintenu par ce dernier, et ce, dans les différentes positions afin qu'il reçoive toutes les informations proprioceptives et afin d'éviter les déformations crâniennes (plagiocéphalie):

- En décubitus dorsal : la triade tête, nuque, épaule est préservée, assurant un maintien de la tête dans l'axe sans empêcher pour autant le bébé de tourner sa tête des deux côtés. La tête est semi-fléchie, les épaules sont ramenées en avant, permettant un rapprochement des bras le long de l'axe médian et facilitant l'association main-visage, main-bouche. Les hanches sont maintenues en légère abduction et les genoux situés en dessous du niveau des hanches. **Annexe 5**
- En décubitus ventral : cette position est utilisée qu'en cas de problème de digestion puisqu'avec la mort subite du nourrisson, seule la position allongée sur le dos est préconisée pour éviter tous les risques. Au sein du cocon, les bras sont en flexion et les cuisses fléchies.

Les coups de pieds sont soutenus par un petit rouleau pour éviter l'hyper extension des pieds. L'axe du tronc est respecté et la tête tournée sur un côté. **Annexe 6**

- En décubitus latéral : l'enfant est placé sur un côté, le dos appuyé contre un lange roulé. Le cocon passe entre les jambes avec celle du dessus en semi-flexion. L'axe vertébral et la tête de l'enfant sont maintenus en enroulement, permettant à l'enfant de voir ses mains et de les ramener à sa bouche. **Annexe 7**

Geoffrey est né à 27 SA et 1 jour et pesait 950 grammes à la naissance. Il a 37 SA quand je le rencontre pour une séance de psychomotricité. En décubitus dorsal sur la table à langer, Geoffrey s'essouffle très vite, il est encore très polypnéique²⁸ pour son terme. On peut noter une asymétrie haut/bas du corps dans sa motricité spontanée, avec un faible investissement du bas du corps et des mouvements de faible amplitude. Il tourne préférentiellement sa tête du côté gauche.

Après cette observation, la psychomotricienne décide de remettre Geoffrey dans un cocon. Nous le recouchons donc dans son berceau, dans son cocon, sur le dos, afin qu'il ait la tête dans l'axe et dans le but de favoriser sa motricité globale.

b. Les interventions spontanées

Les interventions spontanées font parties intégrantes de l'approche psychomotrice en néonatalogie. Elles s'effectuent à tout moment de la journée :

- lorsque le bébé pleure
- se disperse seul dans son berceau
- est en situation d'inconfort postural
- quand les soignants sollicitent la psychomotricienne pour le placement dans un cocon après un change
- quand il faut faire des soins à 4 mains

²⁸ C'est une augmentation de la fréquence respiratoire. On observe une accélération des mouvements de la cage thoracique du bébé.

Le bébé à terme, comme prématuré, utilise son corps pour communiquer, manifester son stress ou son état de bien être. Lors des interventions auprès du bébé, il est nécessaire d'observer d'emblée son comportement, ses mimiques pour adapter ses propositions.

Pendant ces interventions spontanées la psychomotricienne doit rester attentive aux signes de stress du bébé qui témoignent d'un inconfort, d'une sur-stimulation et d'une irritabilité à ce moment là : éternuements répétitifs, bâillements, réflexe de Moro, mains dans le visage...

« Toute stimulation inadaptée, en qualité ou en intensité, entraîne des réactions de défense, de retrait et de fermeture »²⁹. En effet, si le nouveau-né prématuré n'a pas encore la capacité suffisante pour gérer les stimuli de son environnement, il émet des comportements qui sont des signes de stress.

Marianne est née à 29 SA et est âgée de 33 SA quand je la rencontre. La psychomotricienne lui donne le biberon. Marianne semble entre deux à la fin de la tétée. Elle est donc finie d'être complétée par sa sonde naso-gastrique. En position allongée sur les genoux de la psychomotricienne, elle montre un inconfort. Elle décide donc de la relever et de la positionner contre sa poitrine en position ventrale. Marianne s'ajuste rapidement à ce changement postural et se relâche complètement. En position bouddha, les membres inférieurs sont détendus, mains ouvertes, elle s'aplatit contre le corps de la psychomotricienne. On la recouche ensuite en position latérale droite dans son berceau pour qu'elle ne perde pas les sensations intégrées au niveau ventrale pendant son endormissement.

c. Evaluation psychomotrice

Afin d'apprécier les compétences du nouveau-né prématuré et de surveiller son évolution et son développement psychomoteur, la psychomotricienne effectue une évaluation psychomotrice vers les 36 semaines d'aménorrhée durant l'hospitalisation.

Dans les unités de néonatalogie, les psychomotriciennes ont donc créé une fiche d'évaluation en s'appuyant sur les travaux de Vaivre-Douret, Brazelton, Bullinger et Grenier.

Cette fiche répertorie différents critères qu'elles évaluent tout au long de l'hospitalisation de l'enfant, permettant un suivi précis : observations générales

²⁹ M-J MARTEL et I.MILLETTE, *Les soins de développement, Des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*, Editions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2006, p.59

(comportement, installation, motricité spontanée), examen postural (motricité libérée en position semi-assise, fixation oculaire, poursuite, observations psychomotrices lors des changements posturo-moteurs induits, préhension), interactions.

Cette fiche est placée dans le dossier de l'enfant est à disposition des autres soignants au bureau de chaque unité jusqu'à sa sortie. **Annexe 8**

L'évaluation du bébé ne peut se faire que s'il est disponible. Comme j'ai pu le citer précédemment, il va falloir trouver le bon moment pour lui afin qu'il puisse être dans les bonnes conditions : éveillé et calme. Cette évaluation est faite le plus souvent possible avec les parents puisqu'elle s'effectue juste avant la sortie de l'hôpital. Il est donc important de leur montrer comment il a évolué et de pointer ses compétences et ses difficultés s'il y en a encore.

Pour cette évaluation, la psychomotricienne va observer spécifiquement le développement psychomoteur. Tout d'abord, elle va apprécier la motricité spontanée du bébé : posé sur la table à langer, en décubitus dorsal. C'est là qu'elle va observer son tonus axial et postural, voir comment il s'étire, repérer s'il y a une asymétrie des membres ... Dans cette position elle va solliciter le bébé par des stimuli auditif et visuel afin de tester sa fixation, poursuite oculaire. Ensuite, la psychomotricienne va positionner l'enfant en décubitus ventral, latéral et en position semi-assise pour procéder à d'autres observations. Elle pourra alors apprécier comment l'enfant réagit à ces changements posturaux imposés par ses réactions toniques et son ajustement postural notamment. Il est nécessaire que ces changements de position soient fluides et en continuité afin de respecter le schème d'enroulement avec cette nécessité des mouvements en spirales. L'évaluation concerne également la coordination oculomotrice et la préhension sans s'y attarder du fait de l'immaturation des bébés.

Enfin, le comportement global du bébé pendant l'examen à toute son importance et passe par le regard, les mimiques, les sourires, les interactions parents-bébé qui sont tous des indicateurs primordiaux dans le développement psychomoteur de l'enfant. L'examen psychomoteur peut ne pas être complet en une seule rencontre suivant la disponibilité de l'enfant pendant l'évaluation.

« Les enfants si petits ont la motilité comme instrument principal d'expression »³⁰

³⁰ Rosella SANDRI, *L'observation du nourrisson selon Esther Bick et ses applications*, Censura, 2008, p.102

C. Guidance parentale

Jade est née à 28 SA et 6 jours. Le jour où nous la rencontrons avec la psychomotricienne, Jade est âgée 36 SA. Ses parents sont jeunes et c'est une grossesse qui est arrivée sous pilule. Lors de cette visite, nous retrouvons Jade dans son berceau en train de dormir. Sa maman est à côté en train de fixer sa petite fille, comme si elle s'interrogeait. Jade se trouve en sommeil agité. Ce sommeil agité correspond au stade II de Prechtl où le visage est très expressif montrant des mimiques organisées telles que la tristesse ou la joie avec des mouvements oculaires quasi-constant pouvant aller jusqu'à la semi-ouverture des yeux.

Ces mouvements corporels très stéréotypés suscitent beaucoup de questions de la part de sa maman : « Mais là elle dort vraiment ? ».

La psychomotricienne lui explique alors ce qu'est le sommeil agité, et lui dit que même si Jade ouvre les yeux, sursaute, elle est toujours en train de dormir mais qu'il s'agit toute fois d'une forme de sommeil léger.

La maman reprend plusieurs fois la psychomotricienne à propos de ces mouvements, en nous demandant si Jade aurait fait la même chose dans son ventre ? Elle lui explique alors que Jade aurait présentait une activité importante et périodique dans son ventre effectivement.

Ce questionnement de la part de la maman est très intéressant concernant la construction psychique qu'elle a de sa grossesse interrompue et de la représentation de son bébé actuellement. On peut faire référence ici au bébé réel et bébé imaginaire de Lebovici où ce dernier dit, je cite « l'enfant prématuré parentalise ses parents ». En effet, les représentations parentales ne sont pas figées et lors de la rencontre du bébé imaginaire avec le bébé réel, ces représentations s'élaborent et se transforment.

Dans ce contexte de naissance prématurée, synonyme d'urgence et d'angoisse, les parents se trouvent mis à l'écart par la situation à risque. De plus, les professionnels de santé de la petite enfance vont se succéder : ils examinent, testent, agissent, diagnostiquent.

Une fois que le cadre nécessaire à la survie de l'enfant est établi, les parents se sentent souvent incompetents face à cet enfant en souffrance. C'est là que l'équipe médicale doit intervenir. Elle doit aider, soutenir ces parents désarmés mais pourtant plein de compétences.

Dans ce cas là, la psychomotricienne intervient au niveau des premiers échanges entre parents et enfant. Elle est là pour accompagner et guider les parents dans la découverte de leur nouveau-né.

Elle va leur traduire le développement psychomoteur de leur enfant tout au long de son hospitalisation et les soutiendra dans l'élaboration indispensable du lien parents-enfant.

La psychomotricienne va pointer les compétences de leur bébé, la façon dont il peut exprimer son bien être ou son mal être en les aidant à identifier les différents signes de stress. Elle va pouvoir leur donner les outils nécessaires pour accompagner leur enfant dans son développement et ceci passe par le portage.

En effet, c'est dans cette pratique en néonatalogie que la psychomotricienne va pouvoir proposer différents modes de portage en plus de ceux choisis par les parents naturellement. De plus, certains positionnements sont utilisés quand l'enfant a une préférence d'un côté afin de le stimuler de l'autre.

Françoise Hamel nous dit que « le portage est un des moyens donnés aux parents pour favoriser leur rencontre avec leur bébé, et aider au bon développement psychomoteur de l'enfant qui va se construire à partir des expériences sensorielles et toniques proposées par l'adulte.

Privé de relations humaines, le bébé n'a pas la capacité à survivre, ayant besoin d'être nourri sur le plan alimentaire et aussi dans son besoin vital d'être au contact de l'adulte pour être réchauffé, bercé, porté, regardé, écouté... L'immaturation du bébé humain à la naissance nécessite pendant plusieurs mois de lui proposer des installations rassemblées en flexion, comme dans le ventre de sa maman. Cette étape de regroupement est essentielle pour son développement psychomoteur ultérieur. Il a besoin de sentir ses limites corporelles dans cette attitude pour mieux gérer son tonus dans un deuxième temps »³¹. Il s'agit donc d'un moment privilégié, rassurant et enveloppant pour le bébé. La position d'enroulement est essentielle pour le nouveau-né et se doit donc d'être respecté lors des différents modes de portages, permettant ainsi à l'enfant de se sentir unifié et rassemblé.

³¹Françoise HAMEL, LE PORTAGE AVEC L'ECHARPE - POINT DE VUE D'UNE PSYCHOMOTRICIENNE SEPTEMBRE 2009, Psychomotricienne Service de Néonatalogie et CAMSP du Centre Hospitalier d'Avignon, p.6

Voici les différents modes de portage proposés dans les unités :

- Position érigée : souvent utilisée pour faire le rot à la fin de la tétée. La tête de l'enfant doit être maintenue jusqu'à ce qu'elle soit posée sur l'épaule de l'adulte. Cette position permet au bébé de sentir l'odeur du coup de son parent ou de tenter de relever sa tête pour explorer son environnement par le regard.
- Position Bouddha : une des mains de l'adulte est placée sous le siège du nourrisson et maintient en même temps les jambes fléchies et rassemblées sur le bassin. L'enfant est face à son environnement ce qui favorise l'ouverture au monde extérieur. Il est important de maintenir la tête de l'enfant dans l'axe.
- Position berceau : l'avant bras se glisse dans le dos de l'enfant, la main allant soutenir son bassin, tandis que sa tête reste en appui au niveau du coude. Position utilisée la plus naturellement par les parents. Il leur est proposé de prendre le bras opposé pour ce portage si leur bébé a un côté préférentiel pour éviter des contractures au niveau de son cou.
- Portage en écharpe : « Le portage en écharpe répond à la nécessité de proposer un mouvement d'enroulement du corps avec la notion de sécurité de base : l'enfant est tenu sous sa base (fesses et cuisses) ainsi que sa nuque et sa colonne vertébrale, favorisant la perception de l'axe corporel. Le bébé se retrouve en « motricité libérée », et peut se détendre. »³²

Ainsi, le psychomotricien, par sa place et l'importance de son rôle dans le développement global du grand prématuré dans ces unités, nous montre qu'il apparait nécessaire que le suivi de l'enfance et la guidance parentale effectuée ne s'arrêtent pas à la sortie de l'hôpital pour ces familles.

³²Françoise HAMEL, LE PORTAGE AVEC L'ECHARPE - POINT DE VUE D'UNE PSYCHOMOTRICIENNE SEPTEMBRE 2009, Psychomotricienne Service de Néonatalogie et CAMSP du Centre Hospitalier d'Avignon, p.5

D. Travail pluridisciplinaire

Le travail pluridisciplinaire est essentiel en néonatalogie. Il permet des soins de qualité avec une surveillance constante de ces nouveaux-nés dits à risques.

Lors de mon premier jour de stage dans le service de soins intensifs, j'ai remarqué l'importance de chacun dans ce système de soins rodé. Le déroulement de la journée se fait à un rythme très soutenu mais organisé permettant aux familles de s'y repérer.

Tous les professionnels qui travaillent autour du bébé transmettent leurs informations, consignes, observations dans le dossier de l'enfant ce qui permet à la psychomotricienne par exemple de savoir quand le bébé a mangé ou l'heure de la prochaine tétée, à quelle heure vont passer les parents ... toutes ces transmissions permettent à chaque professionnel de s'adapter et d'organiser son propre emploi du temps.

La psychomotricité, par sa spécificité, ses compétences autour de la prévention posturale et du développement psychomoteur de l'enfant, ses ajustements contenant pour les gestes quotidiens de manipulation du tout petit à toute sa place dans ces unités.

CONCLUSION PARTIE II

Dans ce milieu très médicalisé, le psychomotricien fait le lien entre les professionnels de santé dont la tâche médicale demande une technicité importante, et les parents dont les gestes et les actions ont besoin d'être guidés pour trouver leur juste place.

La question du devenir à long terme de ces enfants reste préoccupante, concernant les fonctions neuromotrices, sensorielles, cognitives ou psychiques. Les séquelles sont difficilement prévisibles et le diagnostic des troubles cognitifs ou comportementaux est le plus souvent tardif à la période des apprentissages scolaires.

On note que de plus en plus d'informations permettent d'affirmer que la psychomotricité apporte un réel soutien au développement global de l'enfant, permettant de mettre en place très précocement des moyens efficaces pour palier à certaines séquelles de la prématurité. Ainsi, la prise en charge et l'orientation vers des structures adaptées se feront plus rapidement par la mise en place d'un système de prévention.

Cette notion de prévention s'associe aux avancées médicales qui permettent aujourd'hui de faire naître et de garder en vie des bébés nés de plus en plus petits et fragiles.

Se pose alors la question du devenir de ces grands prématurés. Un suivi pluridisciplinaire semble être la solution la plus adaptée pour répondre à cette question. Ainsi, à l'hôpital de Bordeaux où j'effectue mon stage, ce projet de prévention a été créé avec la mise en place de **consultation conjointe pédiatre-psychomotricien**.

Quels en sont les objectifs, les enjeux de ces consultations conjointes, et quelle est la place du psychomotricien dans ce projet ?

Partie III : La consultation conjointe : un outil de prévention

A. Une histoire et un contexte particuliers

1. Historique

Afin de connaître l'histoire de ces consultations, je suis allée à la rencontre de l'initiatrice de ces dernières au CHU de Bordeaux : le Docteur Laurence Joly, médecin pédiatre. Lui expliquant mon projet de mémoire, elle a très rapidement accepté de me rencontrer afin de me faire partager son histoire.

Dans cette partie je vais donc vous retracer une partie de l'entretien que nous avons eu.

La réflexion initiale s'est menée dans le cadre d'un projet de recherche clinique. La structuration de cette consultation a commencé à la fin des années 1990 début 2000. Le Dr Joly a fait son clinicat pendant 4 ans en réanimation néonatale. Quand elle a pris son poste de chef de clinique, elle a été sollicitée par un professeur du CHU pour faire des consultations et pour « se spécialiser » dans le suivi du développement des enfants prématurés à risque de séquelles. Elle s'est donc formée puis s'est interrogée sur l'harmonisation des pratiques de suivi, avec tous les collègues de la région en mettant en place des dossiers communs, des calendriers de suivi commun... Le Dr Joly a donc rencontré les différents hôpitaux, notamment celui de Bayonne où il y avait déjà des pratiques de suivi novatrices puisque la psychomotricité était dans les services de néonatalogie.

En effet, au centre hospitalier de Bayonne, c'est le Docteur Albert Grenier, pédiatre et néonatalogiste, qui collabora avec le Docteur Amiel-Tison, neuropédiatre, et qui fut un des fondateurs de la neurologie du nouveau-né et du dépistage du diagnostic précoce de l'IMC chez le nourrisson. Il fut un des précurseurs de la prévention des déformations corporelles, en veillant au positionnement des bébés dans leurs couveuses. De plus, il introduisit la pratique psychomotrice dans son service pour des soins de corps, en complémentarité des puéricultrices et des pédiatres. C'est cette expérience qu'il a su transmettre afin d'instaurer un suivi pluridisciplinaire en consultation, réalisé aujourd'hui au CAMPS.

Dans cet hôpital, la psychomotricité incarnait le lien entre le temps de l'hospitalisation et l'accompagnement après. Ainsi, même si les médecins changent, il y a un lien qui reste, un repère, une personne qui restait présente : le (la) psychomotricien(ne).

En tant qu'interne, le Docteur Laurence Joly a pratiqué les consultations en pédo-psychiatrie pendant plusieurs années, et c'est à cette occasion qu'elle a appris « à travailler à deux ». Avec un regard de psychiatre en plus du sien. Ce n'était donc pas étranger pour elle d'être deux en consultation. Ensuite, elle a essayé de faire un projet de recherche clinique au niveau de toute la région pour faire « une étude prospective du devenir des prématurés ». C'est pendant cette première expérience, « riche d'enseignements et de questionnements », que l'idée d'une recherche clinique lui est venue, dont un des objectifs, au-delà des besoins constants d'évaluation, serait aussi « de faire du lien », de « donner du sens », à l'histoire de chacun des enfants qu'elle était amenée à rencontrer, pour lui et pour ses parents. Elle a voulu mettre ça en place, puisque la première étude Epipage de 1997³³ ne prenait pas en compte la région aquitaine. Pour son projet, elle a donc pensé à une saisie des données du suivi des prématurés avec en même temps une gestion de la clinique et du sens qu'elle pourrait donner aux symptômes. En effet, « quand on accompagne très tôt, nous ne sommes pas des devins donc on peut émettre des choses mais on ne sait pas forcément leur donner du sens donc je me posais beaucoup de questions... ».

« **Tout est une histoire de rencontre** »

Au niveau de l'évaluation des enfants Aquipage³⁴, ils ont réfléchi à quel modèle, quel moyen ils pourraient mettre en place ? C'est à ce moment là qu'est venue la proposition d'une consultation conjointe pédiatre-psychomotricien. Née de la préoccupation de mieux connaître le devenir des patients, d'un engagement éthique au-delà des soins initiaux, mais aussi de la volonté de s'organiser, de structurer et d'harmoniser la pratique de ce suivi, cette consultation s'est mise en place avec comme base et comme repère, l'approche clinique enseignée par les Docteurs Albert Grenier et Amiel Tison cités précédemment.

³³ Etude épidémiologique sur les petits âges gestationnels

³⁴ Etude épidémiologique multicentrique du devenir neurologique et psychique des grands prématurés (<33 semaines d'aménorrhée)

Le temps de psychomotricité au début était dédié uniquement aux consultations et non aux services. Dans les consultations, il s'agissait d'une évaluation du développement psychomoteur conjointement à l'évaluation pédiatrique ainsi qu'une évaluation psychologue pour faire les tests psychométriques et un entretien avec les parents dans le cadre du suivi. Aujourd'hui, trois psychomotriciennes interviennent dans les services et en consultation, formant deux temps complets. Chacune consacre une journée entière en moyenne par semaine aux consultations conjointes et les pédiatres sont au nombre de six. Ainsi, le temps de consultation conjointe au sein de l'hôpital de Bordeaux s'élève à 6 demi-journées par semaine.

2. Cadre

« Le cadre est le support, le châssis, ce qui constitue la structure de l'espace de soins. Il est donc question de contenance, non de détention. »³⁵

Les consultations conjointes sont proposées systématiquement pour les grands prématurés nés avant 32 SA. Le premier rendez vous est fixé avant la sortie d'hospitalisation du nouveau-né et le choix du pédiatre est fait en fonction des disponibilités des créneaux de consultations. Dans le meilleur des cas, la famille et l'enfant auront rencontré au moins une fois le (la) pédiatre, qui fera le suivi en consultation, et la psychomotricienne du service. Si cela n'est pas possible, l'équipe soignante prend le soin d'expliquer le principe et le déroulement des consultations. Si les médecins changent, il y a un lien qui reste, un repère, une personne qui reste présente depuis l'hospitalisation jusqu'aux consultations : la psychomotricienne.

Les parents et l'enfant patientent dans la salle d'attente. Je suis présentée aux parents dans la salle d'attente, en tant qu'étudiante en psychomotricité, afin qu'ils acceptent au non ma présence pendant la consultation. Les familles sont généralement compréhensives et acceptent rapidement ma présence.

Toutes les consultations, quelque soit l'âge de l'enfant, commencent par un entretien, auquel l'enfant peut participer, selon son âge et son envie de s'exprimer. Le pédiatre et la

³⁵ Xavier POMMEREAU, Actes de la cinquième journée Médecine et Santé de l'adolescent, *Contenir sans détenir ou la question du cadre thérapeutique*

psychomotricienne se présente et ils commencent par la prise de connaissance des informations que les parents ont pu recevoir concernant ce rendez-vous et le suivi proposé.

Cela permet parfois de repréciser les objectifs, le sens, et le contenu de ces consultations, en situant bien le fait que la clinique et l'observation de l'enfant sont au centre de l'évaluation. Aucun examen complémentaire de type imagerie n'est prévu par avance et de façon systématique.

a. Le calendrier

Les consultations ont une durée de 45 minutes donc 1h30 pour les jumeaux et 2h15 pour les triplés. Le calendrier de ces consultations est prévisionnel et se compose de cette façon :

(En âge civil)

- La première année : 4 rendez vous : 3 mois, 6 mois, 9 mois, 12 mois
- La deuxième année : 2 rendez vous : 18 mois, 24 mois
- A partir de 3 ans : un rendez vous une fois par an et ce jusqu'à 7 ans si besoin

Ce calendrier s'ajuste en fonction des besoins de chacun. Les dates sont donc modulables en fonction des cas et des demandes des familles voire des enfants quand ils sont grands.

Chaque rendez vous suivant est proposé en fin de consultation et il se finalise par les parents. Ainsi, la poursuite du suivi est automatiquement envisagée de façon explicite ou non afin qu'il y ait un engagement mutuel des familles et des soignants.

La proposition de l'arrêt du suivi est toujours discutée avec les parents et il s'agit d'un accord commun pour définir qu'elle est le meilleur moment pour eux et pour leur enfant.

b. Un lieu bien pensé

« Pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices»³⁶.

³⁶ Catherine POTEL – *Etre Psychomotricien*, Erès, 2010, p.322

Cet espace de consultation est une salle que les parents décrivent « agréable » et où « il y a plein de jouets ». **Annexe 9**

Elle se compose de telle façon :

- Un bureau (Annexe 10) : derrière lequel s'installe le pédiatre puisqu'il est amené à rédiger un certain nombre de papiers à la fin des rendez vous (carnet de santé, ordonnance ...), la psychomotricienne se place sur le côté et les parents et l'enfant sont en face des soignants. En tant que stagiaire, je me suis placée dès mon premier jour de consultation, entre la psychomotricienne et le pédiatre, un peu en retrait mais face aux parents. Dans ce type de configuration spatiale, le but est de garantir aux parents un sentiment de contenance et de sécurité dès leur arrivée.
- Un espace moteur (Annexe 11) : Il s'agit d'un tapis d'éveil au sol, avec des jouets à disposition de l'enfant tout autour mais aussi dans des étagères à sa hauteur afin qu'il puisse choisir ce qu'il souhaite. On peut ainsi observer son désir de jouer et son jeu spontané. Le tapis d'éveil se situe contre un grand miroir, essentiel pour l'examen du l'enfant en pleine acquisition du stade du miroir notamment.
- Un espace jeu symbolique (Annexe 12) : Une dinette est à disposition dans cette salle pour les enfants en âge de pouvoir jouer de façon symbolique. L'observation spontanée de l'exploration de l'enfant seul face à la dinette donne de nettes indications sur ses capacités de symbolisation. Elle peut servir aussi pour les plus petits dans les jeux de « vider-remplir » étape essentielle dans le développement psychomoteur de l'enfant.
- Table d'examen à hauteur avec un miroir (Annexe 13) : cette disposition pour l'examen pédiatrique du tout petit est inspirée d'Albert Grenier qui a développé le concept de motricité libérée : « le miroir « libère » l'enfant de l'examineur »³⁷.
- Petit bureau (Annexe 14) : pour les épreuves graphiques pour les plus grands

De plus, tous les outils pour l'examen pédiatrique sont à disposition dans cette salle : balance, toise, stéthoscope ...

³⁷ Albert GRENIER, *La motricité libérée du nouveau-né, Ses prolongements au quotidien pour le confort et la surveillance neurologique*, Médecine et Hygiène, 2000, p.48

c. Les binômes

Dans le cadre du travail du personnel soignant, la notion de binôme se définit comme «une association de deux personnes ayant des compétences complémentaires afin d'atteindre un objectif commun»³⁸. Il s'agit donc d'un travail en équipe ayant pour fonctionnement les relations humaines et les interactions psychosociales.

Au fil des semaines j'ai pu apprécier de faire des consultations avec 4 binômes de soignants différents. Ce que je retiens de cette expérience c'est la différence entre les binômes homme/femme et femme/femme. Le travail dans le fond est le même pour tous les binômes et quelque soit l'âge de l'enfant. L'examen pédiatrique et psychomoteur est le même, toujours en totale adaptation à l'enfant.

Cependant, ce qui diffère, c'est la forme. Quand il s'agit d'un homme en tant que pédiatre, le père de l'enfant s'y identifie plus facilement et j'ai pu observer pendant ces consultations là, que la mère s'adressait à la psychomotricienne pour ses questions et le père au pédiatre.

Je tenais juste à mettre en avant dans cette sous partie, que les différences de binômes sont présentes et ce dans d'autres professions aussi. Cependant le principal est que les membres du binôme soient acteurs à part entière et chacun doit y à trouver sa place.

Chaque binôme a son histoire et c'est pourquoi je souhaite approfondir dans une partie suivante, cette alliance si singulière pédiatre-psychomotricienne.

J'ai pu noter aussi que l'entourage de l'enfant ne se compose pas toujours des deux parents. Il peut s'agir d'un parent seul, d'un grand parent qui accompagne un parent, les fratries peuvent y participer aussi.

Ayant défini le cadre des consultations, je vais maintenant vous exposer les objectifs.

³⁸Laurence Dumais-Picard, Directrice de l'association Entr'Aide Services Doctorante en Sciences de l'Éducation à l'Université de Sherbrooke, *Le binôme dans le secteur des services à la personne, Vers une nouvelle forme de travail*, février 2008, p.14

B. Les objectifs du suivi en consultation conjointe

Cinq mots clefs définissent les objectifs : DEPISTER, ASSURER, CONTINUER, ACCOMPAGNER, ORIENTER = PREVENTION PRECOCE.

Les objectifs de ces consultations sont d'évaluer le plus précisément possible le niveau psychomoteur de l'enfant ainsi que la qualité de la relation parent-enfant. Afin de mener à bien ces évaluations, la psychomotricienne et le pédiatre font les évaluations clinique et psychomotrice que je vous explique par la suite.

Il s'agit de **dépister** des séquelles neurologiques et/ou comportementales chez des enfants dits « à risque ». **Assurer** un suivi à long terme du développement de l'enfant, non seulement sur le plan médical (pédiatre) mais aussi sur le plan psychomoteur et psychoaffectif (psychomotricien).

C'est une **continuité** du rôle de contenant et de support que le psychomotricien a eu en néonatalogie. Le « holding » parental peut se faire à plus long terme, ce qui est souvent apprécié par les parents, rassurés qu'il y ait un suivi avec la psychomotricienne et le pédiatre qu'ils connaissent déjà et en qui ils ont confiance.

Je pourrais dire qu'un des objectifs principal de ces consultations est l'**accompagnement** de l'enfant dans son développement psychomoteur en présence de ses parents, à la suite d'une hospitalisation souvent longue avec un vécu parental lourd. Ainsi, le but est de repérer les éventuels symptômes, qui peuvent être évocateurs de séquelles ou d'un retentissement de l'hospitalisation en néonatalogie. Il s'agit donc aussi de faire émerger les compétences du nouveau-né aux yeux de ses parents. La psychomotricienne en néonatalogie, que ce soit dans les services ou en consultations est souvent décrite par les autres soignants comme la « traductrice » pour les parents de ce que nous montre leur enfant.

Cependant, il me semble important de dire que le plus souvent l'accompagnement est celui d'un enfant qui grandit bien et ce, de façon harmonieuse au sein de sa famille. Il s'agit donc là de redonner toute la place aux parents dans leur rôle et de se situer en tant qu'aidant à cette parentalité.

Le but dans ces consultations est donc de les soutenir dans leur parentalité, leur permettant ensuite de remettre en situation la bonne santé physique et psychique de leur enfant.

Dans tous les cas, le binôme pédiatre/psychomotricien avance avec les parents, à la rencontre de leur enfant, en s'appuyant sur leurs observations conjointes à laquelle les parents sont invités à participer.

Les consultations sont également l'occasion de faire le point sur les répercussions que la naissance prématurée a eues chez les parents et chez l'enfant.

Il faut alors assurer un lieu d'échange : pédiatre et psychomotricien vont alors discuter et répondre aux besoins éventuels d'information. Si le binôme pédiatre/psychomotricien dépiste des troubles dans le développement de l'enfant, dans la relation entre le parent et son bébé, ils ont alors pour rôle d'**orienter** la famille vers une PMI, un CAMSP, un CMP, des professionnels en libéral, afin qu'une prise en charge thérapeutique et pluridisciplinaire puisse être commencée.

De plus, il est important d'évoquer la question de l'annonce du diagnostic. Elle ne se fait pas dans ces consultations mais au CAMSP. Cependant, pédiatres et psychomotriciennes ont pour rôle de repérer, comme j'ai pu le dire avant, les éventuels symptômes et troubles afin d'orienter vers un autre relais pour qu'ils puissent faire là bas le diagnostic.

Ainsi, dans ce contexte là, je pense qu'il est moins risqué d'être dans une équipe, à deux, plutôt que de se retrouver seul face à des parents dans ce moment difficile où on ne sait pas ce qu'il va se passer puisqu'il ne s'agit pas d'une annonce de diagnostic. Le rôle du pédiatre et de la psychomotricienne est donc de porter cette incertitude, porter les parents et l'enfant jusqu'à l'autre équipe qui prendra le relais.

Et les perdus de vue ?

Malgré le fait que ce suivi en consultation conjointe soit expliqué et argumenté aux familles pendant l'hospitalisation de leur enfant, certains n'en tiennent pas compte et ne commencent pas ce suivi pour diverses raisons. Ce cas de figure concerne 10% des enfants nés grands prématurés dans le service de Bordeaux. Ce pourcentage tient compte des familles qui ne commencent pas le suivi mais aussi celles qui l'interrompent avant que la décision de l'arrêter soit prise conjointement.

C. Au cœur de la consultation

1. La notion d'âge corrigé

Du fait de la grande prématurité des enfants que nous sommes amenés à rencontrer pendant les consultations, il est important de faire les évaluations en fonction de leur âge corrigé.

Ainsi, Claudie Amiel-Tison définit cet outil standardisé : « l'âge corrigé sera utilisé jusqu'à 2 ans au minimum pour tous les nouveaux-nés d'âge gestationnel inférieur à 37 semaines : en effet, ceux-ci ne doivent pas être pénalisés pour le temps de maturation intra-utérine qui leur a manqué »³⁹. Dans le but de pouvoir mesurer et objectiver le périmètre crânien, la croissance staturo-pondérale, le développement psychomoteur et langagier du jeune enfant prématuré, il convient de recourir à une correction de l'âge gestationnel par l'âge corrigé jusqu'à l'âge de 2 ans pour la fonction neuromotrice, et poursuivre cette correction plus longtemps pour les autres fonctions, en particulier le langage.

Exemple : Julia est née le 19 janvier 2013 à 33 SA, son terme aurait du être le 19 mars 2013 (41 SA) soit 8 semaines plus tard ou deux mois. Le jour de sa première consultation conjointe dans le cadre de son suivi, le 25 avril, Julia a 3 mois d'âge civil mais 1 mois d'âge corrigé compte tenu de ses 2 mois de prématurité.

2. Le déroulement de la consultation

Cette consultation est un événement important pour les parents puisqu'elle permet de faire le point sur l'évolution de leur enfant depuis son hospitalisation longue et de faire ainsi le point sur son devenir neurodéveloppemental.

Pendant l'hospitalisation, les questions des parents sont centrées autour du risque vital du nouveau-né alors qu'après elles changent et s'orientent sur le devenir de leur enfant avec la présence ou non de séquelles. De plus, la situation d'« évaluation » génère un état de stress et d'inquiétude pour eux.

³⁹ Claudine AMIEL-TISON, Julie GOSSELIN, Démarche clinique en neurologie du développement, Masson, 2009, p.14

C'est pourquoi, toutes les consultations, quelque soit l'âge, démarrent toujours par un entretien mené par le pédiatre autour de la vie quotidienne de l'enfant.

Lors de la première consultation, un premier temps avant cet entretien est réservé à la présentation du pédiatre et de la psychomotricienne.

Les soignants commencent alors par la prise de connaissance des informations que les parents ont pu avoir sur ce suivi proposé. Il s'agit de repérer s'il y a des incompréhensions et des questionnements en suspens. Les soignants peuvent préciser les objectifs, le sens et le contenu de ce suivi en expliquant bien qu'ils vont se baser sur la clinique et l'observation de l'enfant pendant l'évaluation. Aucun examen complémentaire d'imagerie n'est prévu à l'avance.

Comme je le disais, l'entretien est mené essentiellement par le pédiatre mais à l'écoute et sous le regard de la psychomotricienne lui permettant d'intervenir à tout moment et de répondre également aux questions des familles. C'est déjà à partir de ce moment que commence l'observation de l'enfant, des parents et des interactions qui se jouent.

Pour l'examen pédiatrique et psychomoteur des consultations, la façon de procéder dépend de l'âge de l'enfant. Je vais donc vous détailler les examens de la première et deuxième année puis des consultations uniques les années suivantes.

Cependant, d'une façon générale, les interventions des soignants auprès de l'enfant ne se font pas à tour de rôle. Il s'agit donc d'évaluation clinique sous le regard de l'autre qui en bénéficie par l'observation et qui peut la compléter. Cette configuration permet de laisser de la place aux parents dans la consultation et de les inviter à regarder leur enfant. Les commentaires des soignants sont alors essentiels pour sécuriser les parents.

a. La première année

Les parents sont invités à discuter de leur vécu en néonatalogie, du retour à domicile ainsi que du quotidien de l'enfant : rythme veille/sommeil, alimentation, jeux, acquisitions motrices.

Olivia est une petite fille née à 26 SA plus 3 jours. Elle pesait 590 g à sa naissance. J'ai pu suivre toute son évolution au cours de son hospitalisation au service de néonatalogie durant 3 mois. Séjour très long et très difficile pour cette petite fille pour qui le pronostic était compliqué du fait son extrême prématurité et des complications induites à sa naissance.

Nous la voyons donc pour sa première consultation de suivi, Olivia a 4 mois d'âge civil soit 1 mois d'âge corrigé. L'entretien commence par la question du retour à la maison.

Les parents se disent très heureux d'être rentrés mais ont quelques préoccupations concernant Olivia. En effet, il s'avère qu'elle ne prend pas de poids malgré des doses très importantes préparées pour les biberons et régurgite beaucoup, et ce après chaque tétée. La pédiatre décide de l'examiner sur la table à hauteur face au miroir. Olivia se laisse facilement déshabiller, elle est capable de fixer le regard du soignant. A plat dos sur la table, sa motricité spontanée est involontaire et asymétrique, avec le réflexe de Moro encore présent, on note un tonus axial encore faible ce qui présage qu'Olivia n'a pas encore acquis la tenue de sa tête. La pédiatre la met face au miroir en position « Récamier ». Cette position a été décrite par Albert Grenier et permet à Olivia de prendre l'initiative dans la relation, libérée de sa motricité et soutenue par le regard des soignants et de ses parents dans le miroir. En position ventrale, on voit bien qu'Olivia manque de tonus mais avec persévérance, elle arrive à libérer ses bras de chaque côté. Elle est donc en voie d'acquisition pour le redressement de sa tête en position ventrale sur les avant-bras.

La conclusion de cette première consultation se trouve être rassurante, mais une prise en charge en kinésithérapie est souhaitée de la part du binôme soignants afin qu'Olivia arrive rapidement à redresser sa tête. Des modifications au niveau du lait sont faites et la pédiatre décide d'attendre 1 ou 2 mois afin de voir s'il y a une amélioration au niveau de sa prise de poids. La pédiatre et la psychomotricienne décide donc de revoir Olivia et ses parents dans 3 mois pour la deuxième consultation de suivi.

Les examens de la première année sont faits par le pédiatre, face au miroir sur la table à hauteur. La psychomotricienne est alors la tierce personne qui accompagne les parents et qui commente ses observations.

C'est un passage de bras en bras qui amène l'enfant sur la table à hauteur. Le pédiatre et la psychomotricienne invite les parents à se rapprocher de leur enfant afin que ce dernier puisse être rassuré par leur présence. Cette présence des parents près du nouveau-né est nécessaire puisqu'ils peuvent ainsi participer à l'examen par des jeux de regards dans le miroir notamment, mais aussi par leur voix et leur contact physique.

Les soignants mettent un point d'honneur à cette proximité, leur permettant aussi d'observer les interactions parent-enfants et de pouvoir déceler des troubles relationnels. La vignette clinique qui suit en est l'illustration.

Nathan est un petit garçon né grand prématuré et ayant un grand frère nait également prématuré. Vécu difficile et répétitif pour cette maman, qui en consultation, nomme Nathan comme étant « le bébé » et parle de son frère comme « l'autre bébé ». Elle n'utilise jamais leurs prénoms face aux soignants dans son discours. A la première consultation de Nathan elle est inquiète concernant le ventre « gonflé » de son enfant. À l'examen pédiatrique, rien d'inquiétant et c'est au moment de changer Nathan, que la maman verbalise qu'elle ne serre pas les scratchs de la couche par peur de l'étouffer. Le pédiatre et la psychomotricienne lui explique qu'il ne faut pas hésiter, que cela ne risque rien. Cependant, pendant toute la consultation cette maman est distante de son enfant, ne le regarde pas, le porte face aux soignants en position assise alors qu'il est tout juste âgé de 3 mois. Nathan ne pleure pas et ne semble pas inquiet pendant tout l'examen clinique sur la table à hauteur malgré la distance avec sa maman. Cette absence de réactions semble être une sorte de passivité. Il cherche sa mère du regard mais elle ne répond pas. La psychomotricienne lui suggère alors de s'approcher de lui. Elle le fait de façon physique mais ne communique pas avec son bébé. A la fin de la consultation, le pédiatre et la psychomotricienne sont inquiets concernant la relation mère-enfant. Ils lui préconisent de porter plus souvent Nathan, lui expliquant qu'il est encore petit et qu'il a besoin des bras de sa maman. Ils décident de les revoir en consultation dans 2 mois au lieu de 3.

Le pédiatre apprécie la motricité oculaire, la poursuite d'une cible, la qualité des échanges que le bébé soutient avec lui (regards, sourires, vocalises) et la capacité qu'il manifeste à s'apaiser seul.

L'examen clinique se termine toujours par la mesure des paramètres staturo-pondéraux puisque le moment de la pesée et de la mesure de la taille avec la toise n'est jamais très agréable pour l'enfant. Les parents sont toujours très attentifs à la croissance pondérale puisqu'ils la suivaient de très près pendant l'hospitalisation puisque la date de sortie en dépendait.

L'examen clinique est toujours complet et la synthèse de cet examen restituée aux parents à la fin de la consultation.

Dans les consultations de la première année, ce qui est indispensable pour l'examen global de l'enfant, c'est l'utilisation du miroir disposé au niveau de la table d'examen à hauteur. L'usage du miroir a été théorisé par Albert Grenier dans son livre « La motricité libérée du nouveau-né ». Il nous explique que ce miroir a un triple intérêt :

- Pour l'enfant
- Pour les parents
- Pour l'examineur

A la base, ce miroir était utilisé comme appui pour les parents et l'examineur. En effet, du fait de leur prématurité, les bébés étaient fragiles et fatigués de leur hospitalisation, donc le miroir n'était censé rien apporter aux nouveaux-nés. « En fait, beaucoup d'entre eux, en particulier les prématurés, même avant d'avoir atteint l'âge du terme, s'intéressent à tout ce qui se reflète dans le miroir»⁴⁰.

Cette technique est donc appliquée pendant les consultations et peut s'observer très facilement. L'enfant va tourner la tête au son d'une voix, fixer le regard puis le quitter pour une autre personne etc. « L'enfant prend l'initiative dans la relation tantôt avec l'examineur, tantôt avec les parents, tantôt avec sa propre image et tout ce qui peut se refléter dans le miroir ». ⁴¹

⁴⁰ Albert GRENIER, *La motricité libérée du nouveau-né*. Médecine & Hygiène, 2000, p.50

⁴¹ Ibid.

Afin de parfaire cette observation, le pédiatre positionne l'enfant en « Récamier », décrite aussi par Albert Grenier. Cette position permet au nouveau-né de communiquer avec son environnement par l'appui du miroir aussi, et de mettre en évidence des compétences motrices rappelant celles d'un bébé plus âgé. L'autre possibilité d'interagir de cette façon avec l'enfant est de le maintenir face à soi, assis en lui maintenant la nuque.

Dans ces positions, ce que le pédiatre et la psychomotricienne cherchent à observer, c'est que la motricité réflexe du tout petit cède le temps de la position, lui laissant la possibilité d'interagir en augmentant nettement sa vigilance et en favorisant sa détente neuromusculaire.

L'intérêt du miroir pour les parents se retrouve surtout dans les cas particuliers où la mère ne crée pas un lien spontané avec l'enfant. Du fait de leur fragilité en sortant de l'hospitalisation, les nouveaux-nés prématurés dorment beaucoup en rentrant à la maison. Les mères peuvent par ce miroir et les positions proposées, retrouver leur enfant capable de communication et d'interaction avec les personnes qui l'entourent.

En ce qui concerne l'examineur, en l'occurrence le pédiatre dans ce type de consultation, le miroir lui permet d'avoir une vision plus globale de l'enfant, de ses parents autour et de sa propre image. Il peut ainsi repérer les différents comportements de l'enfant lors des changements de position et apprécier de ne jamais le perdre de vue.

Navisha vient à sa deuxième consultation avec ses deux parents. J'ai eu la chance d'assister à sa première consultation également donc j'ai pu apprécier son évolution en quelques mois à peine. Elle a donc 4 mois d'âge corrigé. La maman ne parle pas français mais le papa lui traduit les moindres phrases des soignants. Navisha se trouve être en état d'éveil calme. Ce qui correspond au stade 3 des états de vigilance du nouveau-né, décrit par Prechtl. Conditions idéales pour la consultation. Navisha reste calme tout au long du rendez-vous avec une vigilance accrue. Face au miroir, en position bouddha appuyé contre la pédiatre, elle est capable de fixer le regard et de maintenir sa tête droite pendant quelques secondes.

Lors de l'examen psychomoteur, Navisha se retourne du ventre sur le dos mais n'a pas encore atteint le retournement dos/ventre. Lorsqu'elle se trouve en difficulté en position ventrale et qu'elle commence à s'agacer, je note que Navisha arrive à s'apaiser toute seule en mettant sa main à la bouche. Elle peut ainsi se rassurer et reprendre des forces pour initier son mouvement de retournement. L'examen neuropsychomoteur de cette petite fille est bon et on peut voir des parents très adaptés à leur enfant. Ils lui prodiguent des soins à 4 mains tout au long de la consultation, que ce soit pour la déshabiller, la changer et la rhabiller. Observation que j'avais déjà pu faire lors du premier rendez-vous. Les parents n'ont pas de questions particulières donc la pédiatre et la psychomotricienne programment la troisième consultation dans 3 mois.

L'âge corrigé de 4 mois est une étape importante, un âge repère au niveau des consultations puisqu'il s'agit du passage d'une motricité spontanée à une motricité plus organisée, volontaire. C'est donc à partir de la deuxième consultation jusqu'au 1 an de l'enfant que l'on va apprécier le maintien de la tête, les réactions posturales globales harmonieuses avec la participation de l'enfant (retournements, redressement, tenu assise) ainsi que la recherche de relation de sa part (gazouillis, sourires).

Dans certains cas où des signes repérés évoluent vers des troubles du tonus, il est difficile à cet âge de faire la différence entre des troubles toniques qui relèvent du moteur, et troubles toniques qui s'inscrivent dans un lien avec les parents.

Que va-t-il en rester dans plusieurs mois ? Est ce que cela va révéler d'autres pathologies ou est ce qu'il n'y a pas de troubles moteurs ? il est difficile de poser un diagnostic chez un tout petit du fait de son évolution très rapide la première année. De plus la définition de l'IMC se fait généralement entre la première et la deuxième année de vie.

b. La deuxième et troisième année

Le suivi de la deuxième et troisième année s'oriente vers des objectifs différents. Pendant sa deuxième année, l'enfant est en pleine acquisition des schèmes moteurs le menant à la marche. Il s'agit alors en consultation, de repérer s'il y a des difficultés particulières, un retard moteur ou des troubles pouvant présager d'une éventuelle IMC ou IMOC.

Mais de manière générale, le suivi des 2 et 3 ans s'oriente sur les fonctions visuomotrices et visuospatiales, les praxies, le langage, l'organisation ludique avec la mise en place de stratégies et l'aisance corporelle dans les déplacements et les situations motrices.

Les inquiétudes de la marche étant passées, les parents sont attentifs à la socialisation de leur enfant à l'école avec l'acquisition du langage. Un travail de guidance est donc renforcé et adapté à chaque famille.

« Chaque étape est très importante et chaque consultation peut soulever les mêmes inquiétudes sur d'éventuelles difficultés du développement en lien avec la naissance prématurée »⁴².

Durant les consultations de la deuxième année, seulement deux rendez-vous sont posés (18 et 24 mois). En effet, après les un an de l'enfant, il faut lui laisser le temps de franchir les étapes nécessaire à l'acquisition de sa marche en tenant toujours compte de son âge corrigé. De plus il n'est pas nécessaire de rajouter une consultation entre les 12 et 18 mois puisque l'évolution de l'enfant se fait de façon moins rapide que la première année de vie.

Ce laps de temps plus grand est important pour les familles qui ne retournent plus que deux fois à l'hôpital, sur le « lieu du crime » comme ils nous disent souvent. Cependant, il est tout à fait possible de rajouter des consultations entre temps si jamais certains parents le désirent.

c. De 4 à 7 ans

Dans un premier temps, le pédiatre et la psychomotricienne laissent le temps à l'enfant de se familiariser avec l'environnement, et ensuite, ils l'observent dans des jeux spontanés.

Dans un second temps, pendant que les parents conversent avec le pédiatre, la psychomotricienne entame une approche relationnelle auprès de l'enfant et l'invite à jouer avec elle. Elle peut ainsi observer comment l'enfant manipule les jouets, comment il s'ajuste au niveau postural. L'observation lui permet de savoir également si l'enfant est attentif ou dispersé, s'il est inhibé ou au contraire expansif, s'il comprend ce qu'on lui dit ...

⁴² Nelly THOMAS et Xavier DURRMEYER, La consultation neuropsychomotrice des grands prématurés, Eres, Enfances et Psy, 2008, n°38, p.26

Il s'agit là de pouvoir faire un examen psychomoteur au mieux possible en fonction de son âge et de son terme.

« Nous ne mettons pas seulement l'enfant en situation de montrer ce qu'il sait ou peut faire, mais d'agir sa motricité à l'intérieur d'une relation »⁴³.

Voici les tests proposés le plus souvent aux enfants :

- Dessin du bonhomme
- Puzzles
- Figure de Rey
- Ecriture et calculs pour les plus grands, possibilité de réciter un poème de l'école
- Jeux d'échanges de ballon
- Jeux de dinette pour les plus petits en échange avec la psychomotricienne
- Jeux de construction

Dans tous les exercices que peut proposer la psychomotricienne, il est intéressant d'apprécier la qualité de la participation de l'enfant aux diverses propositions. Mais aussi, sa continuité, son aisance et les points de ruptures qu'il peut mettre à la fin d'un jeu.

Il sera alors important de repérer des troubles praxiques, un retard de langage, des difficultés relationnelles voire une insécurité de l'enfant.

Puis le pédiatre entame à son tour une approche auprès de l'enfant afin de réaliser l'examen clinique pédiatrique.

Elina est née à 27 SA et pesait 570 grammes. Lorsque je la rencontre en consultation, elle est âgée de 6 ans et vient pour sa dernière consultation dans le cadre du suivi des grands prématurés. Lors de son hospitalisation, qui fut très longue du fait de sa très grande prématurité, les liens mère/enfant ont eu du mal à s'établir. A la sortie de son hospitalisation et après la première consultation conjointe, Elina et sa maman sont orientées au CAMSP pour une consultation pédopsychiatre-psychomotricien afin de les accompagner au mieux dans l'approche de ce lien.

⁴³ Huguette BUCHER, Développement et examen psychomoteur de l'enfant, Masson, 2004, p.54

Le jour où je rencontre Elina, c'est une petite fille pleine de vie et une maman très en lien avec son enfant qui m'apparaissent. Lors de la consultation, le pédiatre effectue l'examen clinique qui s'avère très rassurant puis en plus de l'observation globale tout au long de la consultation, la psychomotricienne précise son regard sur la motricité fine. En effet, Elina étant rentrée à l'école primaire, il s'agit donc de vérifier les bonnes acquisitions et les compétences au niveau de sa motricité fine. Cette appréciation se fait sur le petit bureau par du dessin, de l'écriture mais aussi par des jeux de symbolisme autour de la dinette. Cette observation se poursuit autour d'un moment de lecture.

Entre chaque exercice, Elina nous montre tous les petits pas de danse qu'elle apprend en dehors de l'école. Elle fait de la danse classique et semble éprouver un très grand plaisir à nous le montrer, en demandant en même temps et à plusieurs reprises que sa maman la regarde. L'évaluation psychomotrice est donc très rassurante aussi. Elina semble très à l'aise dans son corps et a acquis sa motricité fine. Il en est conclu qu'Elina a acquis un bon développement psychomoteur en rattrapant son âge réel et que le lien mère-enfant s'est renforcée au fil du temps.

La particularité de ces consultations est qu'elles s'inscrivent dans l'individualisation et peuvent montrer une souplesse dans la prise en charge selon l'enfant rencontré et également selon les parents. Lors des consultations, on se rend compte de la bonne évolution des enfants prématurés. Le retour à la maison va favoriser considérablement le développement physique, psychomoteur et psychoaffectif. A la maison, l'enfant va connaître des stimulations similaires à celles d'un enfant en bonne santé et sans incident à sa naissance. Le bébé prématuré n'aura plus les contraintes de l'hospitalisation, il pourra ainsi interagir beaucoup plus avec ses parents.

C'est en assistant à ces consultations que l'on peut se rendre compte de l'efficacité des soins continus et adaptés auprès de ces enfants nés prématurés pendant leur hospitalisation.

L'atout majeur de ces consultations, et qui en fait un projet de prévention précoce, est ce partenariat pédiatre-psychomotricien.

D. L'alliance pédiatre-psychomotricien : les enjeux de ce partenariat dans la prévention précoce

« La collaboration « somaticiens »/ « psys » offre une promesse préventive si elle matérialise une orientation commune »⁴⁴

Dans le cadre du suivi de la grande prématurité, pédiatre et psychomotricienne vont s'allier pour répondre à une préoccupation commune : soutenir l'enfant dans son « grandir ». Pour cela, ils vont se rejoindre sur plusieurs concepts : « l'enfant d'abord », son bien être mais aussi son éventuelle souffrance, la confiance, le respect mutuel, le professionnalisme avec le respect des identités de chacun, le partenariat, l'apprivoisement réciproque (chaque binôme à son histoire), la complémentarité, la confidentialité, la transmission et le « être avec ».

Le partenariat pédiatre/psychomotricien permet un décloisonnement des professions, une observation conjointe de l'enfant et de ses parents. Ainsi, l'organisation du dépistage des troubles éventuels s'en trouve améliorée. Mais qu'en est-il de la place de chacun dans ces consultations ?

Pour répondre à cette question j'ai d'abord trouvé des réponses à celle-ci : pourquoi le choix d'un psychomotricien pour s'allier au pédiatre ?

La psychomotricité est une profession para médicale à part entière et le psychomotricien est spécialiste du développement psychomoteur. Par ses outils d'évaluation, sa qualité d'observation et d'écoute, son investissement corporel, le psychomotricien est en capacité d'intervenir à tous les stades du développement psychomoteur de l'enfant et de déceler les variations plus ou moins inquiétantes afin de confronter, mettre en commun ses observations avec celles du pédiatre et d'informer les parents aux sujets des capacités de leur enfant.

De plus, il s'avère que c'est souvent le seul soignant qui suit l'enfant durant toute son hospitalisation et qui permet de faire ce lien de continuité autant pour l'enfant que pour les parents jusqu'aux consultations. Il s'agit d'un repère important pour eux.

Ce qui ressort des témoignages de certains pédiatres faisant ces consultations, est que ce regard conjoint de la psychomotricienne est intéressant.

⁴⁴ Bernard GOLSE et Pierre DELION, Bébés agressifs, bébés agressés, 1001 BB Erès, 2011, p.60

Les pédiatres ne sont ainsi pas les seuls détenteurs du savoir et ils donnent ainsi la valeur et la place à cette autre professionnelle qu'est la psychomotricienne.

« La solidité du lien entre le bébé et ses parents passe par la qualité des liaisons que tissent entre eux les différents professionnels qui interviennent auprès de la famille »⁴⁵

Je pense que ce qui est important, pour chacun des binômes participant aux consultations, est que tous connaissent bien le rôle, la fonction, les objectifs et les limites de chacun.

En effet, cela est primordial pour que s'instaure un climat de confiance réciproque et de respect de l'autre. Il s'agit donc que le pédiatre et la psychomotricienne aient un respect mutuel de l'identité de son partenaire. Il faut du temps pour qu'un climat de confiance entre deux professionnels différents s'installe, le temps de l'approvisionnement mais il faut aussi du temps pour qu'un tel climat se perpétue.

Les professionnels évoluent au point de vue personnel mais aussi professionnel, se forment, ont de nouvelles perspectives. Ces évolutions peuvent donc perturber les relations intersubjectives. Dans ces cas là, les soignants doivent en parler et réinterroger leur pratique, leur binôme si nécessaire.

Les liens professionnels qui se tissent ainsi sont donc particuliers et singuliers. Ce sont des liens de personne à personne, intersubjectifs, et non des liens d'institution à institution comme le psychomotricien peut en rencontrer d'habitude dans sa pratique. La particularité de ces liens est qu'ils sont professionnels, tout en étant privilégiés avec certaines personnes avec qui la confiance s'est plus spécialement instaurée.

Fondamentalement, je pense qu'il y a la question de la confiance mutuelle et du partenariat dans cette alliance. Savoir quelle est la place que chacun laisse à l'autre. L'ajustement entre le binôme est alors particulier, puisqu'il faut qu'il trouve la bonne distance pour que les parents aient vraiment une place eux aussi dans ces consultations.

⁴⁵ Dominique SANDRE, *Suivi des bébés à risque après hospitalisation en réanimation néonatale : approche globale et fonction psychothérapeutique du pédiatre*, Spirale Erès, 2009, n°51, p.101

Les professionnels ne doivent pas penser les choses à la place des parents certes mais en même temps ne pas leur laisser trop porter les choses non plus. Les familles arrivent en consultation avec un vécu lourd du fait de l'hospitalisation longue de leur enfant. Il faut donc qu'ils soient en capacité de s'exprimer et si ce n'est pas possible pour eux, c'est aux soignants, le plus souvent le pédiatre de prendre les devants et d'orienter la consultation afin de ne pas rendre ce moment insécurisant.

Il faut donc que cette alliance de professionnels place les parents en tant que parents et qu'elle les aide, les accompagne afin qu'ils gardent cette place tout au long de l'évolution de leur enfant. Il faut que « les soins (...) offrent des possibilités d'accompagnement, de partage et d'échange, modulables de façon subtile et évolutive dans des registres variés : verbal, non verbal, faire ensemble, regarder faire, être regardé, partager des émotions ou s'en défendre»⁴⁶.

L'exercice pluridisciplinaire que requiert ce travail en consultation conjointe demande de la contenance et de la sécurité interne du soignant en premier.

Etre à deux renvoie au fait d'être réceptacle de toutes les angoisses et les anxiétés des parents. Le binôme se trouve alors engagé dans une problématique de contenance dès l'entrée des familles et de l'enfant dans la salle.

Cette notion de contenance est en lien avec le « holding » décrit par Winnicott. Le terme de « holding », que j'ai pu déjà vous évoquer en première partie, est lié à un ajustement tonico-affectif entre les deux partenaires lors d'une interaction. Un sentiment de confiance et de sécurité peut s'installer si ce portage est soutenant et contenant. Ce terme développé pour les interactions mère-enfant prend tout son sens dans ce lieu qu'est la consultation. Il va se jouer dans l'interaction professionnels/parents mais aussi dans le duo pédiatre/psychomotricien.

Il s'agit alors pour les soignants de mettre des mots sur ce qui se passe en consultation. Cette contenance se fait sur plusieurs étapes. Il s'agit d'abord de créer un accordage qui permet aux parents de déposer certaines choses dans un premier temps. Les soignants vont ensuite pouvoir créer un lien, une unification pendant ce temps. Ce lien aura pour rôle de calmer, réguler le flux des excitations par un phénomène pare-excitation.

⁴⁶ Jean-Pierre VISIER, Travailler les ressentis parentaux autour du bébé, Erès, 2012, p.140

Ce phénomène de « pare-excitation » a été décrit par S.Freud comme un filtre provenant de notre organisme et qui ferait face aux excitations exogènes. Autrement dit, notre corps est recouvert d'une enveloppe protectrice destinée à le protéger contre les excitations du monde extérieur. Du fait du vécu douloureux des familles, elles arrivent avec un certains nombres de questions qu'ils ont laissé en suspens, attendant cette fameuse première consultation pour tout déverser. C'est dans ce type de moment riche en émotions que le binôme pédiatre-psychomotricien doit servir de pare-excitation.

Ensuite, au-delà de cette fonction de contenance, un des enjeux de cette alliance sera d'arriver à s'articuler dans la complémentarité et non de se substituer l'un à l'autre. En effet, il s'agit de veiller à cette complémentarité et non à une rivalité. Il est important de dire que ce n'est pas en se mettant en consultation conjointe que le pédiatre et la psychomotricienne accumulent les savoirs. Cela permet au contraire de se décentrer de cette idée qu' « on ne sait plus que ce qu'on ne devrait savoir ».

Socrate nous dit que la sagesse de l'homme « *est celle de celui qui sait qu'il ne sait pas, et qui fait savoir à ceux qui se croient sages, qu'ils ne savent pas non plus* ». ⁴⁷

Le fait d'être à plusieurs, doit aider les professionnels à s'écouter et à mieux faire connaissance avec celui qui les préoccupe, l'enfant.

Dans le monde médical, l'anticipation est synonyme de prévention précoce. Françoise Molénat dans son récit sur la prévention précoce nous dit bien qu'« *anticiper consiste, lors d'une situation de crise, à imaginer l'avenir. Or, le fait d'être capable de se projeter au-delà du présent est bien au cœur du « devenir parent* » » ⁴⁸.

L'enjeu de l'alliance pédiatre-psychomotricien dans cet objectif d'anticipation se situe autour de l'accompagnement de la parentalité. Le discours des soignants, pendant les consultations, a alors toute son importance. Ils peuvent dire aux familles pourquoi ils sont prudents dans certains cas. Mais ils replacent souvent les choses lors de la première consultation. En effet, il faut, en redonnant la place de parents aux parents, leur faire entendre que la prématurité n'est pas une maladie et que ce suivi n'a donc pas pour but de soigner des troubles mais de les prévenir du fait que leur enfant soit né trop tôt. On ne connaît donc pas le pronostic ni le diagnostic de ces enfants. On sait juste qu'ils sont nés dans un contexte à risque et que chaque patient est différent avec une grande variabilité.

⁴⁷ Article rédigé à partir du livre de Platon, Apologie de Socrate, Pléïade, 1950 (internet)

⁴⁸ Françoise MOLENAT, Prévention précoce, petits traité pour construire des liens humains, ERES, p.105

« Il faut faire confiance aux enfants »⁴⁹

Les consultations humanisent. Elles apprennent que chacun à sa place et chaque professionnel a des limites. « On pourrait résumer la mise en commun d'un espace « pour penser ensemble » sous le terme de logique des émotions, même si l'émotion n'est qu'un élément de la psychique et du développement humain. »⁵⁰

« Il apparaît, à force d'expérience, que cette consultation, qui passe par le partage des pratiques dans l'observation de l'autre, introduit un tiers « regardant », et apporte ainsi une liberté des regards, quel qu'ils soient, qui en font sa richesse et aussi sa particularité. »⁵¹

C'est cet état d'esprit de consultation conjointe qui permet de favoriser ce lien entre le savoir faire et le savoir être des professionnels entre eux, afin d'améliorer l'accompagnement des enfants et des familles, et qui en fait un enjeu de prévention précoce.

⁴⁹ Docteur Laurence Joly, entretien du 10 décembre 2012.

⁵⁰ Françoise Molénat, Prévention précoce, petits traités pour construire des liens humains, ERES, p.36-37

⁵¹ Dr, Joly-Pedespan Laurence. «L'expérience d'une consultation conjointe pédiatre & psychomotricien dans le cadre du suivi de l'enfant prématuré.» *Thérapie psychomotrice et Recherches*, 2009, n°158, p.62

PARTIE IV : Discussion

Ce temps de consultation s'avère être essentiel pour les enfants ainsi que pour les parents. Ce suivi des enfants nés grands prématurés vient s'ajouter aux réseaux de soins périnataux et ne doit en aucun cas les substituer. Ils jouent donc un rôle primordial dans le dépistage de séquelles neurologiques. L'organisation sous forme d'un suivi permet de mettre au service des familles d'enfant à risque, un ensemble cohérent d'acteurs de santé. L'objectif est donc d'organiser de façon cohérente le suivi post-natal afin d'améliorer l'accès à une prise en charge précoce pour en diminuer les conséquences.

Ce travail de mémoire sur ces consultations conjointes, m'a amené directement à la confirmation du rôle essentiel de la psychomotricité dans les services et dans le suivi de ces enfants grands prématurés.

Mais après cette découverte de la pratique des consultations, et le recul que je peux avoir après mes recherches, quelques questions m'apparaissent.

Certes le partenariat pédiatre-psychomotricien est un atout pour les consultations et pour le suivi plus précis du devenir de l'enfant. Mais la pluridisciplinarité qui règne tout au long de l'hospitalisation de nouveau-né et ce pendant la durée du suivi aussi, ne peut-elle pas « déposséder » les parents de leur rôle parentaux ?

Plus les soignants sont nombreux autour des parents, plus cela laisse penser que sans eux, les parents n'y arriveraient pas.

- Question de la toute puissance de la pluridisciplinarité, qu'est ce qui est essentiel pour le sujet qui va grandir ?

Un des avantages de cette prise en charge précoce est qu'elle ne se limite pas à la première année de vie du nouveau-né mais propose un suivi jusqu'aux 7 ans de l'enfant.

Cependant, durant mon stage je me suis rendue compte que beaucoup de suivis s'arrêtaient aux alentours des 4 ans de l'enfant. Décision souvent prise par les parents voyant leur enfant en pleine forme et en bonne voie d'apprentissage à l'école.

Mais cet arrêt à 4 ans m'interroge. En effet, les troubles praxiques, gnosiques, comportementaux, moteurs minimes tels que la motricité fine, le contrôle postural et les coordinations, ne peuvent se révéler qu'à l'âge des apprentissages accrus vers 5-6 ans. C'est une période où l'enfant fait face à des demandes beaucoup plus intenses et où la maturité neuropsychomotrice se met en place.

- Peut-on mettre en place un suivi avec un psychomotricien en libéral près des familles, en tant que « soignant partenaire » de ces consultations afin de suivre l'enfant jusqu'à ces 7 ans au moins sans la contrainte de se rendre à l'hôpital ?

Après cette année de stage, je me suis rendue compte de tout le travail effectué hors consultations : les appels téléphoniques aux autres réseaux périnataux (PMI, pédiatre libéral, kinésithérapeute, psychomotricien en libéral ...), les lectures des courriers des autres professionnels. Au final, il ne s'agit pas juste de 45 minutes de consultations mais d'un véritable réseau de soins mis en place. Il est alors difficile d'envisager mieux pour l'instant.

Cependant, dans le cas où le pédiatre et le psychomotricien repèrent certains troubles et qu'ils passent le relais au CAMSP, je me suis posée une question ; Certes le relais est toujours effectué pour ne pas laisser les parents seuls dans ce détour de parcours, mais qu'en est-il des liens entre les professionnels de néonatalogie et du CAMSP ? Je parle dans ce cas là des psychomotriciens et des médecins.

- Ne faudrait-il pas, si le pronostic de l'enfant est déjà bien avancé concernant des séquelles plus tard avec la mise en place future du CAMSP, que justement les soignants de cette structure interviennent plus tôt auprès des parents afin de se présenter ?

Dans le cas de Bordeaux, il s'agit d'un CAMSP de prise en charge et non de dépistage comme à Bayonne où les deux types de CAMSP coexistent. Le délai d'attente à Bordeaux étant déjà de 1 an, il est difficile d'envisager pour eux le suivi systématique des grands prématurés.

Ce mémoire a suscité chez moi une dernière réflexion : et le psychologue dans tout ça ?

Certains vécus parentaux sont très lourds, voire trop lourds à porter pour le pédiatre ou la psychomotricienne.

- N'y aurait-il pas des consultations où il faudrait l'intégrer ?

CONCLUSION

A travers ce mémoire, nous avons pu voir les enjeux de la prématurité et la place du psychomotricien dans ce domaine. Il était important pour moi d'étoffer la partie sur le rôle du psychomotricien en néonatalogie, puisque sans ce suivi pendant l'hospitalisation, il est difficile d'aborder celui en consultation conjointe.

Ce programme d'intervention précoce, qu'est la consultation conjointe, permet donc aujourd'hui d'intervenir assez tôt pour mettre en place des prises en charge adaptés à chaque famille.

Les regards croisés du pédiatre et du psychomotricien permettent ainsi une observation précise et complémentaire de l'enfant et de ses parents. Leur action de prévention admet un décloisonnement des professions et optimisent les liens entre tous les professionnels mis en place autour de l'enfant.

« Prendre du recul »

C'est la première chose que je me suis dite en début d'année. Mais c'était avant de m'impliquer dans ce stage et de comprendre tous les enjeux de la prématurité au sens large (pendant et après l'hospitalisation).

Cette année de stage fut donc pour moi une grande expérience professionnelle mais aussi personnelle. Le fait d'être auprès de ces familles pendant l'hospitalisation durant plusieurs mois, vivant avec eux les moments difficiles, les attentes de résultats de scanner, d'IRM, etc ... mais aussi ces moments heureux lorsqu'on leur annonce qu'ils vont bientôt sortir, et qui sont intenses en émotions. Toutes ces familles et ces professionnels ont su faire naître en moi le désir de travailler auprès d'eux et « avec » eux.

Mon mémoire est donc jalonné par mes nombreux questionnements occasionnés et favorisés par mes rencontres avec les différents protagonistes approchés pendant mon stage. Les rencontres avec les parents, les impressions des différents pédiatres et psychomotriciennes concernant leurs émotions, leurs représentations quant à leur place dans ces consultations, ainsi que le développement de l'enfant m'ont permis de pouvoir rédiger ce mémoire en mettant en avant des concepts simples. Ces concepts simples que j'ai pu vous présenter sont à l'origine de ce travail pluridisciplinaire et transdisciplinaire qu'est la consultation conjointe dans le suivi de la grande prématurité.

Au final, je pense que la prématurité est un domaine très vaste dans lequel plusieurs disciplines s'imbriquent les unes aux autres et où la psychomotricité, aujourd'hui, peut assurément revendiquer sa place.

BIBLIOGRAPHIE

BUCHER, H. *Développement et examen psychomoteur de l'enfant.* 2004 : Masson.

CHADZYNSKI, D. Les enfants dans une impasse de construction, Apports du bilan sensori-moteur A.Bullinger en psychomotricité. *ENfances et psy.* Erès, 42.

DRUON, C. 2010. *A l'écoute du bébé prématuré.* s.l. : Flammarion, 2010.

DUMAIS-PICARD, Laurence. Février 2008. *Le binôme dans le secteur des services à la personne, Vers une nouvelle forme de travail.* Février 2008.

GOLSE, DELION. 2011. *Bébés agressifs, bébés agressés.* s.l. : 1001 BB, Erès, 2011.

GRENIER, ALBERT. 2000. *La motricité libérée du nouveau-né.* s.l. : Médecine & Hygiène, 2000.

HAMEL, F. 2009. Le portage avec l'écharpe - Point de vue d'une psychomotricienne. septembre 2009.

LARRAQUE, AL. Mars 2008. *Etude EPIPAGE.* s.l. : The Lancet, Mars 2008.

LEBOVICI, S. 2003. *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste.* s.l. : Bayard Jeunesse, 2003.

L'expérience d'une consultation conjointe pédiatre & psychomotricien dans le cadre du suivi de l'enfant prématuré. **DR. JOLY-PEDESPAN, L. 2009, n°158.** 2009, n°158, *Thérapie psychomotrice et Recherches*, pp. 56-65.

MARTEL Isabelle, MILETTE Marie-Josée. 2006. *Les soins de développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré.* s.l. : hôpital Sainte Justine, 2006.

MELLIER, D. 2011. *Le développement de l'enfant né prématuré.* s.l. : SOLAL, 2011.

MISSONNIER, S. 2001. Le bébé, la maternité et la prévention. *Le bébé et ses institutions.* 1001 BB, 2001, pp. 53-66.

MOLENAT, F. 2012. *Prévention Précoce, Petit traité pour construire des liens humains.* s.l. : Erès, 2012.

POTEL, C. 2010. *Etre psychomotricien.* s.l. : Erès, 2010.

SANDRE, D. 2009. Suivi des bébés à risque après hospitalisation en réanimation néonatale: approche globale et fonction psychothérapeutique du pédiatre. Spirale Erès, 2009, 51, pp. 93-105.

SANDRI, S. 1994. *L'observation du nouveau-né selon Esther Bick et ses applications.* s.l. : Cesura, 1994.

STERN, D. 1999. *Le monde interpersonnel du nourrisson.* s.l. : Presses Universitaires de France - PUF, 1999.

THOMAS, Nelly., DURRMEYER, Xavier. 2008. La consultation neuropsychomotrice des grands prématurés. *Enfances et Psy.* Erès, 2008, 38, pp. 22-30.

Un autre monde, Une rencontre du troisième type. **BUIL, Aude et PINTO DE ROCHA, Angela. 2009, n°42.** 2009, n°42, ERES, *Enfances & Psy*, pp. 51-62.

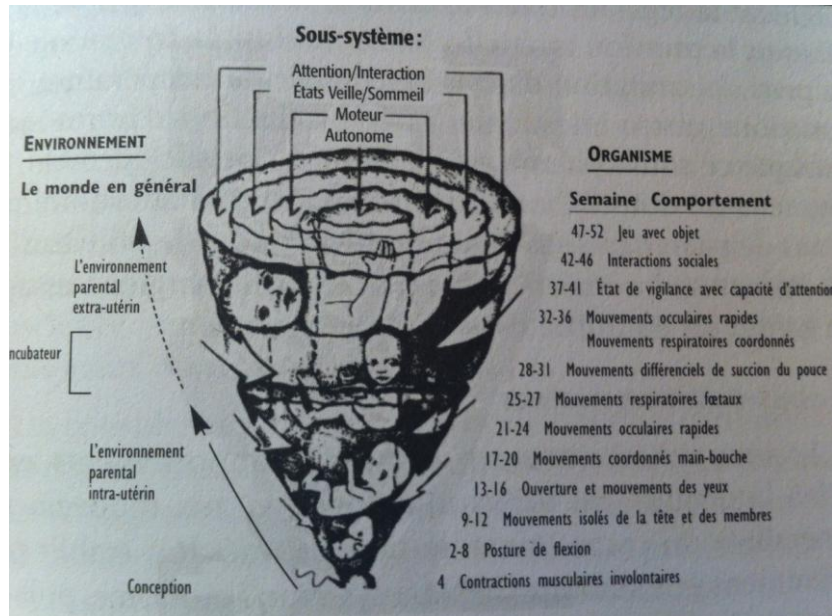
VAIVRE-DOURET, L. 2003. *La qualité de vie du nouveau né.* s.l. : Odile Jacob, 2003.

VISSIER, J-P. 2012. *Travailler les ressentis parentaux autour du bébé.* s.l. : Erès, 2012.

WINNICOTT. 1975. *De la pédiatrie à la psychanalyse.* s.l. : Petite Bibliothèque de Payot, 1975.

ANNEXES

Annexe 1 : la fonction synactive



Annexe 2 : la position « en chandelier »



Annexe 3 : la position « grenouille écrasée »



Annexe 4 : position en opisthotonos



Annexe 5 : décubitus dorsal



© AP-HM

Annexe 6 : décubitus ventral



Annexe 7 : décubitus latéral



Annexe 8 : fiche évaluation psychomotrice

Unité :
Examineur :

Date :
Heure :

Examen psychomoteur

ETIQUETTE ENFANT

Terme :
Age civil :
Age corrigé :

Motif de consultation :

Présence des parents :

I. Observations générales :

1. Etat comportemental

Sommeil calme S.agité Veille calme V.agité V.agité + cris

2. Installation

3. Motricité spontanée

• Quantitatif

Normale exagérée pauvre nulle asymétrique

• Qualitatif

Harmonieuse saccadée explosive désordonnée intermédiaire

• Mouvements anormaux

Aucun trémulations clonies soubresauts autres

Remarques :

II. Examen postural

<u>Motricité libérée</u> <u>Position semi-assise</u>	<u>Fixation oculaire</u> <u>Poursuite oculo-céphalogyre</u>
Tonus	

- **Observations psychomotrices lors des changements posturo-moteurs induits**

Critères : rotation de la tête, appui épaule, appui avant-bras, passage actif de l'autre bras, dégagement des deux bras en flexion, participation tonique active

Qualitatifs : dissocié en bloc hyperextension

<u>Décubitus dorsal</u> Regroupement, éparpillement, asymétrie	<u>Décubitus latéral droit et gauche</u> <u>Redressement latéral</u> Stabilité, équilibre, tonus de posture	<u>Décubitus ventral</u> Redressement tête, asymétrie

Remarques générales, dynamique :

- **Coordination oculo-motrice / Préhension**

- **Capacité de porter sa main à sa bouche**

- Aucune tentative insertion dans la bouche
- Main portée à la bouche succion

- **Début de préhension et coordination œil/main**

- Ouverture / fermeture des mains
- Motricité déliée des doigts

- **Préhension bi-manuelle**

III. **Comportement de l'enfant / interactions :**

- **Réactions aux stimulations :**

- **Tactiles**

- Retrait habituation après plusieurs contacts absence de réaction

- **Auditives**

- **Visuelles :** visages humains, objets contrastés

- Ne se concentre pas, ne suit pas du regard, pas de réaction motrice associée
- Se concentre sur l'objet
- Suit des yeux

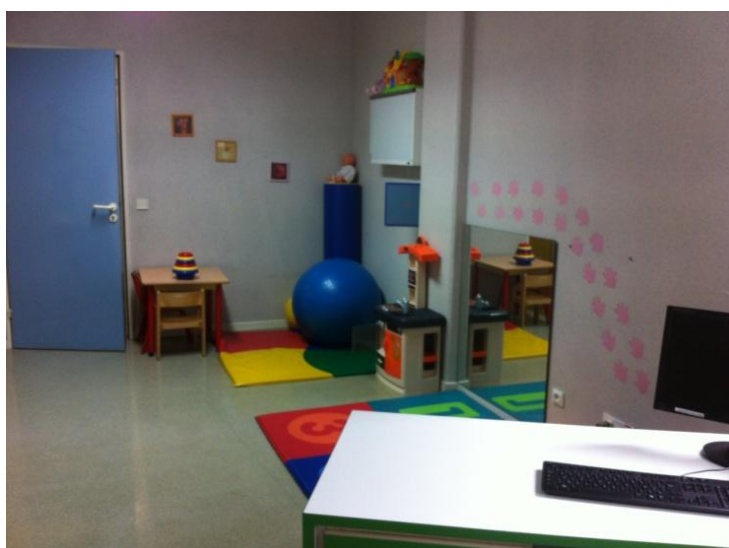
- **Consolabilité :** durée (calme, rapide à s'installer ou multiples efforts nécessaires)

- **Comportement d'autorégulation**

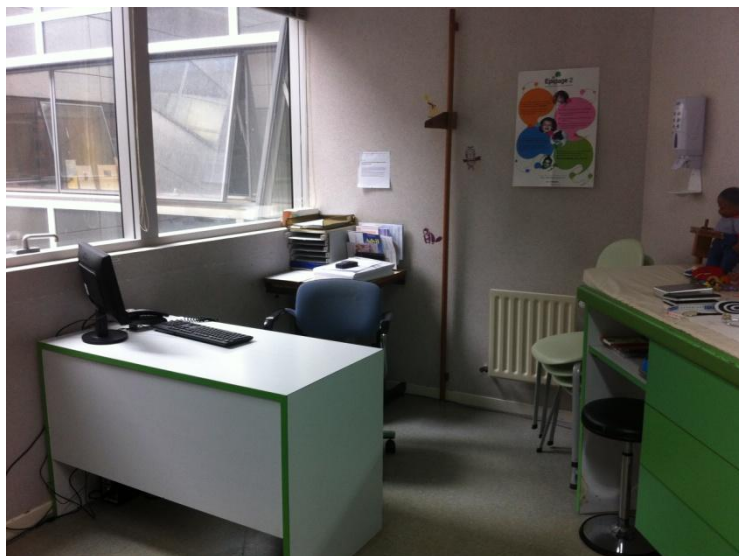
- **Portage :** modes de portage, dialogue tonico-émotionnel, guidance parent/enfant

- **Qualité de l'interaction :** parent/enfant, psychomotricien/enfant (Sourires, attention soutenue, conduites d'imitation réflexe, mimiques, etc.)

Annexe 9 : La salle de consultation



Annexe 10 : Le bureau des soignants



Annexe 11 : L'espace moteur



Annexe 12 : L'espace de jeux symboliques



Annexe 13 : Table d'examen à hauteur



Annexe 14 : Le bureau pour les épreuves graphiques des plus grands

