



**HAL**  
open science

# Le psychomotricien à la rencontre du bébé prématuré et de ses parents : étayage de la parentalité

Natacha Micheau

## ► To cite this version:

Natacha Micheau. Le psychomotricien à la rencontre du bébé prématuré et de ses parents : étayage de la parentalité. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01018453

**HAL Id: dumas-01018453**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018453>**

Submitted on 4 Oct 2014

**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 DE BORDEAUX**  
**Institut de Formation en Psychomotricité**

**Mémoire pour l'obtention du**  
**Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

**Le psychomotricien,  
à la rencontre du bébé prématuré  
et de ses parents**

**-- *L'Etayage de la parentalité*--**

**Natacha MICHEAU**

**Née le 13 février 1991 à Chambray-lès-Tours**

**Juin 2014**



# REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord Madame Moïra Brissaud et Mademoiselle Séverine Ricard, psychomotriciennes en néonatalogie et réanimation pédiatrique, de m'avoir accompagné tout au long de cette année de stage. Toujours disponibles, elles ont su me partager leurs expériences, me guider et me transmettre leur passion pour le travail de psychomotricien auprès des nouveau-nés et de leurs parents.

Je remercie également les équipes néonatales qui m'ont accueillie dans leur service et accepté de répondre à mes questions. J'ai pu à leur contact, travailler dans la transdisciplinarité, ce qui a été une belle expérience professionnelle.

Je tiens à remercier particulièrement, les bébés et leurs parents qui ont accepté ma présence et m'ont beaucoup appris sur la vie.

Je souhaite également remercier les professeurs, mes maîtres de stages, mes futurs collègues avec qui j'ai pu échanger, partager et apprendre tout au long de ces années.

Enfin, je remercie mes parents, ma famille et mes amis proches qui m'ont apporté soutien, encouragements et réconfort pendant toutes ces années d'études.

*A mes parents ...*

# SOMMAIRE

<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	<b>6</b>
<b><u>I. Bébé prématuré</u></b> .....	<b>9</b>
A. <u>La prématurité</u> .....	10
B. <u>Les conséquences de la prématurité</u> .....	13
C. <u>Les unités hospitalières dédiées au tout petit</u> .....	20
<u>Conclusion</u> .....	24
<b><u>II. Bébé prématuré, parents prématurés</u></b> .....	<b>25</b>
A. <u>Avant la naissance</u> .....	26
B. <u>Une grossesse prématurée</u> .....	28
C. <u>Les enjeux de la parentalité sur le développement psychomoteur du bébé</u> .....	32
D. <u>Conséquences de l'hospitalisation du nouveau-né sur la dyade parents-enfant</u> .....	42
<u>Conclusion</u> .....	46
<b><u>III. Toute une équipe pour soutenir ces familles prématurées</u></b> .....	<b>47</b>
A. <u>L'étayage de la parentalité dans les équipes néonatales</u> .....	48
B. <u>Une sortie préparée</u> .....	53
<u>Conclusion</u> .....	59
<b><u>IV. Le psychomotricien à la rencontre du bébé prématuré et de ses parents:</u></b>	
<u>Etayage de la parentalité</u> .....	60
A. <u>Le rôle de la psychomotricité en néonatalogie</u> .....	61
B. <u>La première rencontre, la présentation de la psychomotricité</u> .....	64
C. <u>Le bilan psychomoteur</u> .....	66
D. <u>Soutenir, étayer la parentalité et le développement psychomoteur</u> .....	72
E. <u>Les consultations de suivi</u> .....	80
F. <u>« La psychomotricité auprès de votre enfant »</u> .....	87
<b><u>CONCLUSION GENERALE</u></b> .....	<b>91</b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b> .....	<b>92</b>
<b><u>GLOSSAIRE</u></b> .....	<b>96</b>
<b><u>ANNEXE</u></b> .....	<b>101</b>

# INTRODUCTION

L'intérêt du corps médical pour les bébés prématurés commence réellement au début du vingtième siècle, marqué par une mortalité infantile élevée. L'Organisation Mondiale de la Santé définit une naissance prématurée comme une naissance survenant avant 37 semaines d'aménorrhées (SA) ou 35 semaines de gestation. Chaque année, environ quinze mille enfants naissent prématurément, soit un bébé sur dix.

En France, les statistiques font état de 7,2 % de naissances prématurées (2003). Ce nombre est en constante augmentation<sup>1</sup>.

Les naissances prématurées sont devenues un problème de santé publique.

Une naissance prématurée est un événement, le plus souvent, traumatisant pour les parents. Ce n'est que vers les années 1970, que le corps médical porte un plus grand intérêt aux facteurs psychosociaux dans la prise en soin des prématurés et sur les conséquences de cette naissance. Si les parents étaient auparavant tout au plus tolérés, voir ressentis comme gênants, aujourd'hui leur rôle au sein des unités néonatales s'est complètement modifié. Depuis cette époque, les parents sont considérés comme de véritables partenaires dans la prise en soin de leur enfant.

Le nouveau-né est aujourd'hui présenté comme une personne compétente, capable d'interagir avec son environnement. C'est dans cette optique, que dans les années 1980, se mettent en place les soins de développement qui favorisent un développement harmonieux de l'enfant. Ce dernier est considéré comme le principal acteur de son développement.

Les équipes néonatales portent un grand intérêt à l'enfant prématuré et son environnement psychosocial. Elles sont aujourd'hui composées de psychologues, d'assistantes

---

<sup>1</sup>VILAIN Annick et al., « La situation périnatale en France en 2003 - Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale » dans *Santé protection social* (<http://www.drees.sante.gouv.fr/la-situation-perinatale-en-france-en-2003-premiers-resultats-de-l-enquete-nationale-perinatale,4509.html>)

sociales, d'une puéricultrice de liaison avec la PMI (Protection Maternelle et Infantile) de kinésithérapeutes et de psychomotriciens, pour répondre à cette démarche.

C'est dans ce cadre pluridisciplinaire, que le nouveau-né prématuré arrive, le plus souvent dans un contexte d'urgence, de souffrance, nécessitant des soins techniques et une surveillance accrue.

Le psychomotricien prend une place à part entière, au sein des unités néonatales. En effet, la psychomotricité n'étant pas un soin vital, le soignant peut prendre le temps d'observer et de rencontrer le nouveau-né prématuré et ses parents prématurés. Le psychomotricien s'intéresse au développement psychomoteur, affectif et sensoriel du bébé. Il a une action préventive. Auprès des parents, il a un rôle d'information, de « traducteur » de la motricité de leur enfant, et de réassurance.

*« L'enfant, dès sa naissance, s'exprime par le cri, par les réactions toniques axiales, par des grimaces ou gesticulations où parle tout le corps. Il réagit aux stimulations ou interventions extérieures par l'hypertonie, ou se laisse aller à une paisible relaxation. Mais, c'est par rapport à autrui que ces modifications toniques prennent leur sens, et ce sont ces réactions expressives que la mère interprète et comprend » (Julian De AJURIAGUERRA)<sup>2</sup>.*

La naissance traumatisante et la prématurité peuvent engendrer des troubles du lien entre l'enfant et ses parents. Arnaud CLAUDI, psychomotricien, explique qu' « *au traumatisme physique fait écho le traumatisme psychique, véritable choc narcissique qui semble, dans presque tous les cas, associé à une culpabilité, qu'elle soit consciente ou inconsciente, éprouvée personnellement par les parents ou projetée rendant les premières interactions délicates.*

---

<sup>2</sup>AJURIAGUERRA Julian et CAHEN Michel, « Tonus corporel et relation avec autrui, l'expérience tonique au cours de la relaxation », dans *Revue de Médecine Psychosomatique*, 1960

*Parfois, l'angoisse de l'avenir, la frustration extrême des contacts corporels avec le nourrisson, perturbent la continuité et la qualité des premières relations parentales »<sup>3</sup>.*

Je me souviendrai toujours de mon premier jour de stage où j'ai rencontré Maylis et ses parents. Maylis est une petite fille née à 29 SA. Elle est hospitalisée du fait de sa grande prématurité. Elle présente également un syndrome polymalformatif et une cardiopathie. Je remarque que malgré un long parcours hospitalier d'un mois en réanimation néonatale et en néonatalogie, la maman de Maylis est très préoccupée par l'environnement technique entourant son bébé. Elle scrute souvent le monitoring et s'angoisse dès que celui-ci sonne. Maylis porte des lunettes pour l'aider à respirer. Elle est aussi perfusée et reliée au monitoring. J'observe que l'environnement médical limite les échanges parents-bébé, ses parents n'osant pas la toucher.

Je m'interroge donc sur ***le rôle du psychomotricien dans l'étayage de la parentalité. Quels sont les moyens utilisés par le psychomotricien pour rencontrer le bébé prématuré et ses parents prématurés, pour les accompagner ? Quels sont les enjeux de l'étayage de la parentalité ?***

Afin de répondre au mieux à mes questionnements, il m'a semblé important d'évoquer dans un premier temps la prématurité. Une deuxième partie sera consacrée aux conséquences de la prématurité sur l'investissement de la relation par les parents. Puis j'aborderai le rôle des différents membres des équipes néonatales dans l'accompagnement et le soutien des parents, et plus spécifiquement le rôle du psychomotricien dans l'étayage de la parentalité.

---

<sup>3</sup>ARNAUD Claudi, « L'expérience psychomotrice à la rencontre du bébé prématuré et de ses parents de porcelaine » dans *Evolution psychomotrices*, vol. 17, n°67, 2005

**I.**

# **Bébé prématuré**

## A. La prématurité

### 1. Définition de la prématurité

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1961), une naissance est prématurée si elle a lieu avant le 259<sup>ème</sup> jour suivant le premier jour des dernières règles, soit **avant 37 semaines d'aménorrhée (SA)** révolues. Une grossesse portée à terme dure environ 40 SA.

Cette prématurité peut être spontanée, c'est-à-dire que le travail se déclenche naturellement ou être induite sur indication médicale en cas de risque pour la mère ou le bébé.

On définit différents niveaux de prématurité :

- **La prématurité moyenne** : naissance entre la 33<sup>ème</sup> et la fin de la 36<sup>ème</sup> SA
- **La grande prématurité** : naissance entre la 28<sup>ème</sup> et la fin de la 32<sup>ème</sup> SA
- **La très grande prématurité ou prématurissime** : naissance avant la 28<sup>ème</sup> SA

En France, depuis 1993, l'enregistrement des naissances a lieu dès 22 SA ou pour un poids de naissance (PN) minimum de 500 grammes.

La dernière étude sur la situation périnatale en France montre que « *le taux global de prématurité est de 7,2 % et le pourcentage d'enfants de poids de naissance inférieur à 2500g, est de 8 %. Ils connaissent une tendance à l'augmentation* »<sup>4</sup>. La prématurité est donc un problème de santé publique qui contribue à la morbidité et à la mortalité néonatale

---

<sup>4</sup>VILAIN Annick et al., « La situation périnatale en France en 2003 - Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale » dans *Santé protection social* (<http://www.drees.sante.gouv.fr/la-situation-perinatale-en-france-en-2003-premiers-resultats-de-l-enquete-nationale-perinatale,4509.html>)

## 2. Viabilité et devenir

Le déterminant principal de la mortalité des prématurés est l'âge gestationnel mais de nombreux facteurs, tels que le poids de naissance, entrent en jeu.

Depuis 1998, en France, la mortalité des prématurés a diminué de façon importante grâce à l'amélioration des soins et des progrès techniques.<sup>5</sup>

Certaines grossesses sont considérées comme pathologiques. Les mères sont donc hospitalisées en anténatal. J'ai pu remarquer qu'une maladie revenait régulièrement dans les causes de prématurité : la pré-éclampsie. C'est « *une pathologie de la grossesse caractérisée par une élévation de la pression artérielle se produisant au plus tôt au milieu du second trimestre (après vingt semaines d'aménorrhée)* »<sup>6</sup>. Les pré-éclampsies sont responsables d'un tiers des accouchements prématurés et restent la deuxième cause de décès maternel. Aujourd'hui, seulement 1 cas de forme sévère survient sur 10. Dans ce cas, pour sauver la mère, il faut extraire le fœtus du placenta, que ce dernier soit viable ou non.

L'annonce de ce diagnostic durant la grossesse peut induire des questions chez les parents : *Est-ce que mon enfant va vivre ? Va-t-il naître prématurément et quelles en seront les conséquences ?*

**C'est la question du devenir qui est ici prépondérante.**

En néonatalogie, le psychomotricien est régulièrement sollicité sur cette question du devenir. Il répond aux questions sur le développement psychomoteur et en donne des repères en fonction de l'âge corrigé de l'enfant.

---

<sup>5</sup>LACROZE V., « Prématuré : définition, épidémiologie, étiopathogénie, organisation des soins », dans *Elsevier Masson SAS*, 2011

<sup>6</sup>INSERM, <http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/la-pre-eclampsie>

### 3. Etiologie<sup>7</sup>

Les causes des naissances prématurées sont multiples. Des complications médicales et obstétricales peuvent induire une prématurité :

- Les grossesses multiples
- Le diabète préexistant ou gestationnel
- L'hypertension
- Les infections générales ou locorégionales

Des études épidémiologiques ont également recensé de nombreux facteurs de risque liés à la prématurité. On y retrouve :

- des antécédents de prématurité,
- un âge maternel jeune ou élevé,
- des addictions (alcool, tabac, drogues...),
- une prise de poids insuffisante ou excessive au cours de la grossesse,
- un travail stressant,
- un faible niveau éducatif ou socioéconomique.

Ce dernier facteur de risque est très largement pris en compte par les équipes de néonatalogie. Lors de l'hospitalisation, les équipes accompagnent particulièrement ces familles. Par la suite, un relais pourra être mis en place avec un réseau d'accompagnement comme la Protection Maternelle et Infantile (PMI).

---

<sup>7</sup>V. Lacroze, « Prématuré : définition, épidémiologie, étiopathogénie, organisation des soins », op. cit.

## **B. Les conséquences de la prématurité**

Il me paraît intéressant pour comprendre le bébé prématuré de connaître le développement sensoriel et moteur du fœtus.

### **1. Le développement sensoriel et perceptif<sup>8</sup>**

C'est par les sens que nous entrons en relation avec le nouveau-né. Ce n'est que depuis quarante ans qu'on porte un intérêt à cette question.

L'échographie, en 1970, révolutionne la vision que l'on avait du bébé et de ses compétences. Elle permet de se représenter le fœtus mais surtout de l'observer. Ainsi il a pu être démontré qu'il existe un ordre d'apparition chronologique des différents systèmes sensoriels qui est identique à tous les animaux vertébrés.

Ces systèmes sensoriels sont présents entre la 7<sup>ème</sup> et la 20<sup>ème</sup> semaine de gestation. Seul le système visuel est plus tardif, il apparaît vers la 34<sup>ème</sup> semaine de gestation. Ils apparaissent dans l'ordre suivant :

- **Le tact** est le premier système sensoriel qui apparaît, dès la 7<sup>ème</sup> semaine de gestation. Tout au long de la grossesse, les sensations tactiles deviennent plus fines et plus nombreuses permettant au fœtus d'être sensible aux pressions dès 24 SA et à la douleur. Ce n'est seulement qu'au 6<sup>ème</sup> mois de grossesse que tout le cœur du fœtus est rempli de récepteurs sensoriels.

---

<sup>8</sup> Laurence VAIVRE-DOURET, *La qualité de vie du nouveau-né : corps et dynamique développementale*, Odile Jacob, 2003

Les bébés prématurés sont le plus souvent couchés sur le dos et des stimulations douloureuses, répétées et stressantes sont réalisées sur la face avant du bébé. Il y a donc des stimuli tactiles déséquilibrés entraînant des irritations sensorielles.<sup>9</sup>

On peut observer des conduites d'évitement : des irritations sensorielles, un schéma postural en hyperextension, une fuite du regard.

En tant que psychomotricien, on peut participer aux soins à quatre mains pour aider l'enfant à se rassembler. Cela permet à l'enfant d'être plus confortable lors du soin. On incitera également les parents, s'ils sont présents, à le faire eux mêmes et à parler à leur enfant dans ces moments-là.

- **Le système vestibulaire** renseigne sur la position du corps dans l'espace et de ses déplacements. Ce système apparaît vers 7 semaines de gestation. Sa maturation est très rapide, ce qui lui permet d'être fonctionnel vers 6 mois. Ce sens est très tôt stimulé chez le fœtus, en permanence bercé dans le liquide amniotique.

Pour le nouveau-né prématuré, le système vestibulaire est moins sollicité dans la vie extra-utérine.

J'ai eu l'occasion de rencontrer des bébés spontanément, alors qu'ils pleuraient et qu'aucun soignant n'était disponible à ce moment là. J'ai pu y observer l'importance de la stimulation vestibulaire. Contenu, dans une posture regroupée, le balancement par le bassin, calme le plus souvent le nouveau-né. Il faut parfois marcher et chanter pour augmenter les sensations de vibrations corporelles. Ces stimulations doivent être continues et douces.

Cependant, dans de rares cas de syndrome de C.H.A.R.G.E<sup>10</sup>, les canaux semi-circulaires (nécessaires au système vestibulaire) peuvent être absents. Dans ce cas les changements de position sont peu supportables pour l'enfant. Les stimulations vestibulaires sont donc à utiliser avec précaution.

<sup>9</sup>VASSEUR R. et DELION P., *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, ERES, 2010, p.44

<sup>10</sup> Voir glossaire p.96

- **Le système gustatif** apparaît très tôt avec les premiers bourgeons gustatifs repérables dès 12 semaines de gestation. Plus tard le fœtus tète le liquide amniotique, qui est directement en lien avec l'alimentation de la mère. Il a été observé que le bébé a une préférence pour le sucré qui déclenche un pattern de succion entraînant un effet apaisant. A la naissance le bébé discrimine très tôt le lait maternel du lait artificiel.

*Sara est née prématurément à 34 SA pour 1,830kg. Elle est hospitalisée en réanimation pour un syndrome polymalformatif. Je la rencontre un mois après en néonatalogie.*

Sara est d'abord nourrie par sonde naso-gastrique<sup>11</sup>. Après 5 mois d'hospitalisation une gastrostomie<sup>12</sup> est réalisée, du fait d'un défaut de déglutition. On observe que sa bouche reste de plus en plus fermée. Elle l'explore donc peu, ce qui peut avoir des conséquences sur l'intégration de son axe.

La kinésithérapeute, formée aux troubles de l'oralité<sup>13</sup>, a impliqué l'équipe et la maman, en leur montrant les stimulations à réaliser avant chaque repas. Ce projet de soin mis en place par toute l'équipe, permet aujourd'hui à Sara d'ouvrir la bouche et de la redécouvrir.

La succion est un signe de détente chez le bébé. Sa préférence pour le sucré est utilisée lors des soins. Une compresse imbibée de glucose est proposée au bébé par exemple pour poser une sonde naso-gastrique ou après un autre soin désagréable.

- **L'olfaction** est en lien direct avec les compétences gustatives. Dès 30 SA, le bébé peut reconnaître différentes odeurs. Dès les premiers jours de vie, le bébé mémorise l'odeur de sa mère et inversement, ce qui permet l'attachement.
- **L'audition** : le fœtus est baigné dans un univers musical que constitue l'organisme de la mère. Les bruits endogènes comme exogènes sont filtrés par le liquide amniotique. Dès

---

<sup>11</sup> Voir glossaire p.96

<sup>12</sup> Voir glossaire p.96

<sup>13</sup> Voir glossaire p.96

26 SA le fœtus peut répondre à un stimulus sonore externe. Par la suite l'audition joue un rôle d'alerte et d'orientation.

- **La vision** est présente dès 34 SA. Le bébé peut donc regarder et poursuivre du regard presque à 180 degrés. Cependant, ses capacités visuelles sont faibles. Elles ne lui permettent de voir correctement qu'à moins de 20 cm, ce qui correspond à la distance entre le visage du bébé et de sa mère lors de l'allaitement. Le contact œil à œil est essentiel dans l'interaction mère-enfant.

**Le bébé prématuré naît donc dans un monde qu'il n'est pas encore prêt à affronter.**

## 2. L'immatunité des organes du bébé prématuré<sup>14</sup>

Il existe, chez le prématuré, une immaturité de ses organes qui le rend très fragile et sujet à des risques de complications. On retrouve :

- une **immaturité cardio-vasculaire** qui est due à la persistance du canal artériel indispensable à la vie fœtale. Lorsque ce canal artériel se ferme, il permet à la naissance d'actionner le système artériel pulmonaire. La persistance du canal artériel crée un shunt artério-veineux gauche-droite, faisant passer une partie du flux aortique vers la circulation pulmonaire. Cette surcharge de flux peut aggraver les conditions respiratoires et produire une insuffisance cardiaque. La persistance du canal artériel peut également induire des lésions ischémiques<sup>15</sup> au niveau du cerveau, des reins, du foie, du système digestif en particulier, dues à la baisse du débit artériel systémique (grande circulation).

---

<sup>14</sup>. VASSEUR R. et DELION P., *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Op. cit.

<sup>15</sup> Voir glossaire p.96

- une **immaturité pulmonaire** crée des détresses respiratoires<sup>16</sup>. Les formes graves deviennent rares grâce au surfactant<sup>17</sup> et aux techniques d'oxygénation et de ventilation non invasive.
- Une **immaturité cérébrale** : le bébé est exposé à des risques d'hémorragies cérébrales et de leucomalacie périventriculaire<sup>18</sup> (petites lésions cérébrales), pouvant être à l'origine de séquelles neurologiques plus ou moins importantes.
- Une **immaturité digestive** et une incapacité de coordonner la succion-déglutition-respiration avant 35 SA qui nécessite un apport nutritionnel par sonde.
- Une **immaturité du système de régulation thermique** qui entraîne une grande dépense énergétique. C'est pourquoi les bébés prématurés sont mis en couveuse ou sur table chauffante.
- Une **immaturité sensorielle** est fréquente avec la rétinopathie<sup>19</sup> qui est surveillée par un fond d'œil régulier dans les unités néonatales, les hypoacusies (diminution de l'acuité auditive) et plus rarement une surdité complète.
- Une **immaturité des moyens de défense** : la peau et les muqueuses du prématuré ne forment pas une barrière de défense suffisante contre les risques infectieux qui sont augmentés par la pose de cathéters<sup>20</sup> et de sondes.

---

<sup>16</sup> Voir glossaire p.96

<sup>17</sup> Voir glossaire p.96

<sup>18</sup> Voir glossaire p.96

<sup>19</sup> Voir glossaire p.96

<sup>20</sup> Voir glossaire p.96

### 3. La motricité du bébé prématuré<sup>21</sup>

La maturation neurologique de l'enfant débute dès la période embryo-fœtale. La maturation du tonus se fait dans le sens caudo-céphalique, mais la mise en place des réflexes archaïques se fait dans le sens céphalo-caudal. Le comportement automatique du nouveau-né est issu du système moteur inférieur (tronc cérébral), qui est sous-cortical. Cette myélinisation est précoce entre 24 et 34 semaines de gestation. A partir de la 34<sup>ème</sup> SA, c'est le système moteur supérieur responsable de la motricité volontaire qui se myélinise.

Les ressources sensorielles, toniques et posturales du bébé prématuré sont donc très différentes du bébé né à terme, en fonction de sa prématurité.

Le prématuré présente un **tonus de base faible**. En effet, ses masses musculaires sont réduites, ne lui permettant pas de résister à la pesanteur. Les membres sont alors en déflexion totale. Chez le grand prématuré et le prématurissime, on observe que la tête repose en appui latéral prenant tout le visage.

La progression du renforcement tonico-musculaire, chez le prématuré, est dans le sens caudo-céphalique, allant du bassin vers le tronc aux alentours de 32 semaines de gestation.

On observe par la suite, vers 34-35 SA, un contraste important dans la répartition tonique. La partie supérieure du corps est hypotonique, alors que la partie inférieure progresse de façon plus tonique. Cette répartition progresse vers une attitude de repos dite du « batracien ».



*La tête est immobile sur le côté, les membres supérieurs sont en extension et les membres inférieurs sont fléchis en abduction*

---

<sup>21</sup>VASSEUR R. et DELION P., *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, op. cit., p.7

A partir de la 32<sup>ème</sup> SA, les mouvements spontanés deviennent de plus en plus opérants, concernant tout le corps en particulier la charnière lombo-sacrée. On observe alors des mouvements de torsion et d'enroulement du bassin et du tronc, avec la participation progressive des membres supérieurs.

Jusqu'à la 38<sup>ème</sup> SA, on pourra observer une intense variabilité des schèmes moteurs, l'implication majeure du tronc et du bassin, animée de mouvements amples.

Dans la couveuse ou dans le berceau, le bébé possède des mouvements souvent brusques et saccadés, puisque son tronc ne lui permet pas un point d'appui stable. Une représentation stable du corps en action est par conséquent difficilement constructible en l'absence de contenance. Le vécu du bébé de ses expériences motrices reste morcelé. C'est porté dans les bras de son parent, que le nouveau-né fera l'expérience d'un corps unifié.

Au vu de ces données, il est essentiel d'ajuster l'environnement. Nous avons déjà pu voir que certaines compétences du bébé étaient utilisées pour améliorer leur confort. *Comment les équipes néonatales ajustent-elles l'environnement afin que le bébé soit le plus confortable possible ? En quoi le psychomotricien s'inscrit-il dans cet ajustement de l'environnement et du confort du bébé hospitalisé ?* Je répondrai à ces questions dans une partie ultérieure.

Il est ainsi nécessaire d'expliquer aux parents les compétences de leur enfant, les conséquences de la prématurité afin qu'ils puissent s'ajuster dans les meilleures conditions. Expliquer les dispositifs médicaux mis en place et les soins apportés, permet de leur donner une position de parent, de les guider si besoin et de les conforter dans leur rôle. Les équipes néonatales sont attentives à cela. Le psychomotricien grâce à ses observations du bébé, avec ou sans la présence des parents, pourra leur expliquer ce qu'il a pu observer, les accompagner pour traduire les comportements de leur bébé, sans se substituer à eux.

## **C. Les unités hospitalières dédiées au tout petit**

Le centre hospitalier, où j'effectue mon stage, possède deux unités de néonatalogie et une unité de réanimation pédiatrique et néonatale. Ces unités sont de niveau III, c'est-à-dire qu'elles peuvent accueillir des nouveau-nés qui présentent des maladies nécessitant une surveillance par un personnel infirmier qualifié, jour et nuit.

Je vais donc vous présenter ces unités et leurs équipes.

### **1. L'Unité de réanimation néonatale et pédiatrique**

L'unité de réanimation néonatale et pédiatrique, située au pôle pédiatrique, possède une capacité de 18 lits. Elle accueille des enfants de différents âges, de la prématurité à l'adolescence, qui présentent une détresse vitale ou un risque de décompensation brutale, nécessitant des techniques médicales spécifiques.

### **2. Les unités néonatales**

Cet hôpital comporte deux unités néonatales : l'une située à la maternité et l'autre au pôle pédiatrique.

Le service de la maternité possède 15 lits en chambres individuelles, 3 chambres doubles qui accueillent prioritairement des jumeaux et 3 chambres mère-enfant.

La luminosité est adaptable dans tout le service et le bruit est atténué par des portes coulissantes. Les nouveau-nés accueillis nécessitent une surveillance quotidienne du point de vue respiratoire et cardiaque.

Le service de néonatalogie au pôle pédiatrique comporte 27 lits dont 7 chambres individuelles mère-enfant, trois box de 4 lits pour les nouveau-nés nécessitant plus de surveillance, et 6 chambres doubles accueillant également prioritairement des jumeaux.

Majoritairement les enfants accueillis à cette unité de néonatalogie présentent une immaturité, des malformations digestives, une souffrance respiratoire ou cardiaque nécessitant moins de

surveillance que les nourrissons de la néonatalogie de la maternité. Les chambres sont donc moins médicalisées et plus accueillantes.

### **3. Les équipes de réanimation néonatale et de néonatalogie**

Les unités néonatales sont composées de médecins, d'internes, de puéricultrices, d'auxiliaires de puériculture, de psychologues, de masseurs-kinésithérapeutes, de psychomotriciens. Chaque soignant à son importance auprès du bébé et travaille en collaboration avec les parents.

Chaque soignant s'occupant du bébé retranscrit ses observations, informations et actions mises en place, dans son dossier. Les soignants se concertent chaque jour afin d'être cohérents dans leur prise en soin et leurs axes de travail que ce soit avec le nourrisson ou ses parents. C'est la **transdisciplinarité**.

Lors des réunions hebdomadaires, un point est fait sur chaque enfant avec la participation de l'assistante sociale et de la PMI. La dimension psychosociale prend une grande importance lors de ces réunions. Le projet de soin et le projet de sortie d'un enfant sont évalués au niveau clinique du bébé mais également au niveau psycho-social de son entourage.

Les équipes néonatales, ayant conscience des facteurs de risque liés à la prématurité, et les conséquences des facteurs psychosociaux, ont pour objectif de soutenir ces familles et de les accompagner dans leur parentalité.

Ces réunions hebdomadaires permettent également de réaliser des projets de soins personnalisés pour chaque enfant. Les soins de développement permettent d'adapter au mieux l'environnement aux nouveau-nés et à leur problématique. Les équipes réalisent ces projets de soins en collaboration avec les parents et les aident dans la compréhension du comportement de l'enfant pour faciliter leurs relations dans ce milieu hospitalier.

#### 4. Les soins de développement

Nous venons de voir que les compétences comportementales du nouveau-né prématuré sont spécifiquement adaptées à l'environnement intra-utérin. A sa naissance, il est plongé dans le milieu hospitalier l'exposant à des expériences sensori-motrices inadéquates (sonore avec les machines, lumineux, olfactif, tactile avec les manipulations et les soins parfois douloureux) qui placent son système sensoriel dans un éveil permanent.

C'est au début des années 80, que les docteurs Heidelise ALS et Terry Berry BRAZELTON font l'hypothèse que l'environnement en unité néonatale est sur-stimulant. Le Dr. ALS développe ainsi le **programme NIDCAP** (Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de développement) basé sur la **théorie synactive** du développement.

Ce concept montre que toute stimulation inadaptée en qualité ou en intensité entraîne une réaction de défense et de retrait, voir des signes de stress. A l'inverse une stimulation adaptée au comportement actuel de l'enfant entraîne une réaction positive de bien-être. Le bébé est ainsi considéré comme l'acteur principal de son développement par son fonctionnement qui lui est propre, et donc de sa prise en soin.

Avant, pendant et après un soin en présence des parents et du soignant, le comportement du bébé est observé afin de naturellement « *réduire les signes de stress* » et d' « *améliorer les signaux d'autorégulation lorsque le bébé prématuré interagit avec son environnement* »<sup>22</sup>. Ces comportements sont décrits par ALS<sup>23</sup> en quatre systèmes :

- Le **système végétatif ou autonome** : où l'on prête attention à la respiration, au changement de couleur du bébé, les mouvements oculaires...
- Le **système moteur** : ici c'est le tonus, la posture et les mouvements qui sont observés.
- Le système **d'organisation** des états de veille/sommeil

---

<sup>22</sup> VASSEUR R. et DELION P., *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, p.49, op. cit.

<sup>23</sup> Ibid.

- Le **système d'attention et d'interaction social** : on porte intérêt à la capacité d'attention du bébé et ses capacités de réponse aux stimulations proposées.

Le NIDCAP est un programme bien précis avec ses protocoles. Tous les soignants doivent y être formés pour que l'unité néonatale soit dite NIDCAP. Dans une conscience professionnelle et humaine, les unités néonatales et de réanimation pédiatrique et néonatales se sensibilisent aux **soins de soutien du développement** d'André BULLINGER<sup>24</sup>.

Cette approche dans sa globalité nécessite également une formation spécifique. Elle regroupe l'ensemble des stratégies visant à favoriser chez le nouveau-né un développement harmonieux physique, psychologique, comportemental et relationnel.

Dans cette optique, les équipes des unités néonatales et des soins intensifs, où j'effectue ce stage, œuvrent pour des soins de développement à travers des groupes de travail pour :

- **Améliorer l'environnement** du bébé en limitant les sur stimulations et les hypostimulations sensorielles et motrices, en repérant les dystimulations.
- **Individualiser les soins** : en réalisant des évaluations du bébé selon sa maturité et son état clinique, en essayant de respecter son rythme veille/sommeil, en favorisant son confort grâce à l'installation de cocons, des postures plus adaptées et des mobilisations favorisant l'autorégulation.
- **Privilégier l'implication des parents** dans la prise en charge de leur bébé. Pour cela, il est nécessaire que toute l'équipe les accompagne dans leur parentalité en fonction de leurs spécificités grâce à des guidances dans l'approche de leur bébé, des explications sur la prise en soin mise en place, etc.

---

<sup>24</sup> Ibid.

## Conclusion

Le bébé prématuré passe de la vie foetale à la vie extra-utérine dans l'urgence. Dans les premiers moments de vie, la question du devenir est prépondérante.

Son nouveau milieu est très médicalisé et rythmé par l'urgence et par les nombreux soins, parfois invasifs. Le développement sensoriel et perceptif du prématuré, ainsi que l'immaturation de ses organes ne lui permettent pas d'affronter le monde dans lequel il naît. Les équipes néonatales cherchent à favoriser les stimulations adaptées à sa maturité, en améliorant l'environnement. Les observations du prématuré permettent d'individualiser les soins et de placer l'enfant comme l'acteur principal de son développement.

Une relation parent-enfant de qualité est primordiale pour que le nourrisson se développe dans un environnement favorable. Les équipes néonatales souhaitent privilégier l'implication des parents dans la prise en soin de leur bébé. Dans cet environnement hospitalier, les parents doivent trouver leur place de « parent ».

Cependant, cette naissance prématurée, n'est pas sans conséquence sur le vécu des parents.

Entourée de parents ayant eu un enfant prématuré, je me suis alors posée de nombreuses questions : ***Qu'est-ce que la parentalité et ses enjeux sur le développement psychomoteur ? Quelles sont les conséquences d'une naissance prématurée pour le vécu des parents et sur la dyade parent-enfant ?***

**II.**

**Bébé prématuré, parents  
prématurés**

## A. Avant la naissance

### 1. Désir d'être parent, désir d'enfant

L'histoire de chaque individu commence bien avant son arrivée dans la vie, avant même sa conception, dans l'histoire de ses parents. Les processus de parentalité se mettent ainsi en place avant la naissance du nouveau-né.

Serge LEBOVICI<sup>25</sup>, décrit deux aspects dans le désir d'enfant qui se manifestent chez la future mère : l'enfant fantasmatique et l'enfant imaginaire.

Le bébé avant de naître ou même d'être conçu est désiré depuis l'enfance. Ces désirs inconscients et préconscients trouvent leurs origines dans l'histoire infantile archaïque et œdipienne des futurs parents. L'**enfant fantasmatique** est donc le produit des désirs anciens de maternité.

Fantasmé dans l'esprit de ses parents, l'enfant devient un **bébé imaginaire**. C'est le produit des rêveries conscientes et préconscientes des parents. Les rêveries de la mère surviennent surtout dans le deuxième trimestre de grossesse.

Lors d'une grossesse, ce sont les échographies et les mouvements du bébé in-utéro qui augmentent au fur et à mesure de la gestation, qui rendent de plus en plus réelle la venue prochaine du nouveau-né.

Selon les travaux de SERRE et coll.<sup>26</sup>, le désir d'enfant précède toujours la parentalité. Cependant le désir d'enfant, porté par chacun d'entre nous, qui concerne notre vie fantasmatique, n'aboutit pas obligatoirement à l'arrivée d'un vrai bébé dans la réalité externe mais peut trouver d'autres voies d'expression pour mettre au monde ce bébé dans une réalité psychique.

---

<sup>25</sup>SOLIS-PONTON Leticia, « La parentalité. Défi pour le troisième millénaire. Un hommage à Serge Lebovici » sur [http://www.minkowska.com/article.php3?id\\_article=2439](http://www.minkowska.com/article.php3?id_article=2439)

<sup>26</sup>RIAND R., PLARD V., MORO M.R., « Familles et cultures: porter, penser et rêver les bébés », dans *Spirale*, n°46, 2008, p19.

## 2. Le concept de parentalité

Le désir d'enfant s'enracine dans l'enfance et la vie fantasmatique. Ainsi le concept de parentalité ne s'arrête pas à l'éducation de son enfant jusqu'à sa majorité, mais reflète un processus continu depuis le désir d'enfant jusqu'à la fin de vie, puisqu'on n'arrête jamais d'être le parent de son enfant.

Le **concept de parentalité** est un concept récent qui tient compte des différentes possibilités d'être parent : co-parentalité, monoparentalité, homoparentalité et adoption. Dans le dictionnaire<sup>27</sup> c'est la fonction de parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel. Selon Alain DUCOUSSO-LACAZE, ce terme désigne « ***l'ensemble des processus psychiques par lesquels on devient parent et on s'approprié la responsabilité de ce que cela signifie*** »<sup>28</sup>. En effet, il ne suffit pas d'avoir un enfant pour se sentir parent, cela n'est pas inné.

Didier HOUZEL<sup>29</sup> définit trois axes de la parentalité :

- ***l'exercice de la parentalité*** qui est attrait aux droits et devoirs rattachés aux fonctions parentales dans la société. Il définit un cadre dans lequel une famille et un individu se développent, et la place de chacun dans un ensemble organisé et dans une filiation.
- ***l'expérience de la parentalité***, est le ressenti affectif et imaginaire dans le processus de parentification<sup>30</sup>. L'exercice de la parentalité inclut des processus conscients et inconscients, dont le désir d'enfant et la transition vers la parentalité.
- la ***pratique de la parentalité*** regroupe les tâches objectivables qui incombent aux parents : les soins portés à l'enfant et son éducation.

La parentalité désigne donc la fonction d' « être parent ». C'est une notion paradoxale, puisqu'elle est à la fois naturelle au niveau biologique et social, mais aussi complexe au niveau psychique et culturel. En effet, cela implique des responsabilités juridiques, morales, éducatives

---

<sup>27</sup> Dictionnaire Larousse sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires>

<sup>28</sup> DUCOUSSO-LACAZE Alain maître de conférences en psychologie, université Victor-Ségalen, Bordeaux II, dans « ***Parents et parentalité*** », de Pascale Meyer dans *Vie Sociale et Traitement*, 2004, n°84, page 9 -11

<sup>29</sup> HOUZEL Didier et al., « *Les enjeux de la parentalité* », Erès, 2004

<sup>30</sup> Voir glossaire p.96

ainsi qu'une dimension psychique et affective. Ces dernières sont marquées par la culture et la société, dictant des modèles parentaux, des conduites attendues.

La notion de « difficulté » dans la parentalité n'a donc de sens que par rapport à un contexte socioculturel particulier, autrement dit par des normes précises.

Des lois réglementent les droits et les devoirs des parents. Lorsqu'il y a un dysfonctionnement dans cette parentalité le rôle des décisions juridiques permet de rétablir cet exercice, sans pour autant créer de rupture des liens entre l'enfant et ses parents.

**La parentalité est l'aménagement psychique par lequel on devient parent. Comment cela se passe-t-il lors d'une grossesse à haut risque et une naissance prématurée ?**

## **B. Une grossesse prématurée**

### **1. De l'obstétrique à la néonatalogie**

Depuis plusieurs années les grossesses à haut risque sont prises en charge dans des centres spécialisés adjoints à une unité de réanimation néonatale, ce qui a permis de grands progrès dans la prévention des risques de prématurité.

La Haute Autorité de Santé (HAS) en 2009 a élaboré les recommandations de bonne pratique pour les « grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement ». Ces recommandations de bonne pratique s'inscrivent dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007. Elles visent à optimiser la prise en charge des femmes enceintes dont les risques obstétricaux sont identifiés.

En début de grossesse, lors de l'entretien précoce du premier trimestre, il est recommandé d'informer les parents sur l'offre de soins et de prévention existant dans le cadre du réseau périnatal, régional et de proximité.

Lors de grossesses identifiées à risques, il est recommandé d'apporter des informations aux femmes enceintes sur le niveau de risque de leur grossesse. Le temps d'information et de conseil de prévention doit être adapté à la future maman, à son environnement familial et socioculturel. La femme enceinte, avec la concertation des équipes néonatales, décide de sa réorientation prénatale, soit dans l'établissement hospitalier où elle a consulté, soit dans un établissement correspondant au niveau de risque de la grossesse. Dans le cas d'une réorientation prénatale, avec l'accord de la patiente, une copie du dossier médical sera transmise au médecin qui assurera la prise en charge.

Dès ce moment, il est recommandé d'identifier si la future mère présente notamment « un risque social ; une précarité ; des difficultés de couple ; une addiction »<sup>31</sup>. Ces informations permettront au réseau d'accompagner au mieux la maman, les futurs parents.

Ainsi les grossesses les plus à risque sont discutées entre les différents professionnels de santé qui assureront la prise en charge de la maman, du bébé et du contexte familial, permettant de faire un lien entre les différents services.

Cependant, certaines grossesses prématurées sont spontanées et ne présentaient aucun risque lors du suivi de la grossesse.

C'est le cas de Mme C. qui a mis au monde à 27 SA, un petit garçon de 920 g, nommé Maxime.

Les parents, originaires de la région, sont en vacances lorsque Mme C. présente des saignements. Après consultation, la maman est transférée au CHU le plus proche. On lui explique qu'il faut une place pour son petit garçon en néonatalogie. Mme C. nous dit « *Je voulais bien rester 3 mois allongée, mais je ne comprenais pas pourquoi il fallait une place pour Maxime* ».

---

<sup>31</sup> Recommandation de bonnes pratiques : grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement, HAS, 2009

## 2. Le deuil de la fin de grossesse

La maman de Maxime confie :

*« J'ai mis quelques jours à comprendre que j'avais accouché. Pour moi j'étais toujours enceinte. J'avais mon gros ventre de 6 mois, j'avais toujours des contractions. C'est petit à petit en allant le voir et en participant aux soins et de s'investir avec l'équipe que le lien s'est créé ».*

L'interruption de la grossesse prématurément peut être vécue douloureusement par la mère. Elle a idéalisé une grossesse facile, provoquant ainsi un manque.

Nous avons décrit précédemment que les mouvements du bébé in-utéro, qui augmentent au fur et à mesure de la grossesse, rendent plus réelle la présence de l'enfant et sa venue prochaine. Catherine DRUON explique que c'est dans les dernières semaines que *« l'idée de la construction d'une famille prend corps pour devenir réalité à la naissance de l'enfant »*<sup>32</sup>. Le couple va ainsi passer à « parents » chargés de responsabilités. La naissance prématurée est un temps de rupture dans la préparation de l'accueil du bébé.

L'interruption de la grossesse peut ainsi provoquer un sentiment d'irréalité. Le nouveau-né est retiré à sa mère dans l'urgence, puisque toute naissance prématurée est toujours synonyme de risque vital.

---

<sup>32</sup> DRUON Catherine, *A l'écoute du bébé prématuré*, Edition Flammarion, 1996, Edition révisée Champs essais, 2005

### 3. L'enfant réel et le deuil de l'enfant imaginé et fantasmatique

« Quand je l'ai vu, vingt-quatre heures après avoir accouché, c'était un bébé, je savais que c'était mon bébé, mais voilà ce n'était pas aussi fort qu'on aurait pu imaginer. Comme des liens très forts qui se créent de suite. Je sais que c'était mon bébé, mais je n'étais pas prête. »

Mme C., maman de Maxime

L'arrivée prématurée de l'enfant interrompt tous les fantasmes et processus de rêverie maternelle à propos de cet enfant que la mère portait. Catherine DRUON décrit que « *la réalité de la situation, en même temps qu'elle s'impose à elle par la vue d'un bébé dans la couveuse, interrompt à la fois ce statut de femme enceinte et le cheminement de cet enfant qui « prenait corps en elle »*. La rupture fantasmatique est brutale. Ce que la mère avait pu imaginer à propos de son enfant se trouve confronté subitement à un enfant réel et très petit qui d'emblée doit se battre pour survivre »<sup>33</sup>. Les fantasmes liés à la gestation s'interrompent lors de toute grossesse, mais dans une naissance prématurée cette suspension de fantasme n'est pas neutre, puisque c'est dans les dernières semaines que la maman construit les représentations de son enfant. La mère se retrouve confrontée à la réalité prématurément : « *il manque un espace-temps nécessaire à l'investissement de la grossesse et du bébé. La réalité prend le dessus sur le fantasme »*<sup>34</sup>.

Lors d'une naissance prématurée, il faut faire le deuil de cette naissance « normale ». Les visites de toute la famille ne sont pas d'actualité et très réglementées. Les traditionnelles félicitations de la famille et des amis, l'envoi des faire-part de naissance et les cadeaux pour la maman et le bébé semblent peu appropriés, tant le risque vital est engagé. Dans ces moments délicats l'entourage proche est une ressource pour les parents.

---

<sup>33</sup> DRUON Catherine, *A l'écoute du bébé prématuré*, p.25, Ibid.

<sup>34</sup> Ibid

*« La famille et les amis venaient nous voir. Et heureusement car c'était un moment très dur. [...] On avait des coups de fil tous les jours et des bouquets de fleurs. On a pu s'appuyer sur eux. »* La maman est très émue et s'en excuse.

*« Ma maman est venue le voir (des larmes montent aux yeux de Mme C.). C'était un moment fort. C'était important pour moi, j'avais besoin que quelqu'un d'autre le voit..., de partager. »*

Mme C., maman de Maxime

Dans les unités de réanimation néonatales le plus souvent, mais aussi dans les unités de néonatalogie, se côtoient, dans un même espace-temps, une promesse de vie, un risque de handicap mais aussi une mort hypothétique. Les parents mettent alors souvent en place des mécanismes de défense pouvant perturber les interactions précoces parents-enfant.

**La parentalité dans une naissance prématurée peut être perturbée. Il se pose la question de l'enjeu de cette parentalité sur le développement psychomoteur du nourrisson. Pourquoi est-il essentiel pour le bébé que ses parents se sentent parents ?**

## **C. Les enjeux de la parentalité sur le développement psychomoteur du bébé**

Pour comprendre pourquoi la place des parents dans les unités néonatales est centrale, il semble nécessaire de montrer que les liens d'attachement entre le nouveau-né et ses parents se construisent précocement, influençant le développement psychomoteur de l'enfant.

### **1. La préoccupation maternelle primaire**

Donald Woods WINNICOTT a décrit ce qu'il a appelé la préoccupation maternelle primaire, état qui se développe graduellement pendant la grossesse. Cette période, particulière, dure quelques semaines après la naissance de l'enfant, puis elle a tendance à être ensuite refoulée. Il s'agit d'un mode de fonctionnement psychique pendant lequel la mère se montre capable de « *s'adapter aux tout premiers besoins du petit enfant, avec délicatesse et sensibilité* »<sup>35</sup>. Cet état permet d'assurer à l'enfant un « *sentiment continu d'exister* »<sup>36</sup>, base de l'établissement du Moi. L'auteur compare cet état à un repli narcissique, voir une « *maladie normale* »<sup>37</sup> qui va disparaître. « *Certaines [femmes] y parviennent avec un enfant et échouent avec un autre [...] ou bien elles ne peuvent pas admettre cet abandon* »<sup>38</sup>. Par ces commentaires, WINNICOTT indique l'existence de variations individuelles.

### **2. L'attachement<sup>39</sup>**

John BOWLBY<sup>40</sup> fait le postulat que les nourrissons sont biologiquement prédisposés à s'attacher à la personne qui s'occupe de lui. Ce sont des comportements innés, appelés **comportements d'attachement**.

---

<sup>35</sup> WINNICOTT Donald Woods, « La préoccupation maternelle primaire », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1956

<sup>36</sup> Ibid.

<sup>37</sup> Ibid.

<sup>38</sup> Ibid.

<sup>39</sup> LAMAS C., GUEDENEY N., « Constitution de liens d'attachement » dans *Journal de pédiatrie et de puériculture*, n°19, 2006

MATA Liliane, « John Bowlby et la théorie de l'attachement » dans *Métier de la petite enfance*, juin 2007, n°130

L'enfant est en relation par son environnement, en commençant par sa **principale figure d'attachement**, le plus souvent la mère. Selon John BOWLBY, la figure principale est la personne qui apporte le plus fort **sentiment de sécurité** au bébé. C'est le plus souvent la mère qui représente cette figure principale, par son investissement émotionnel du nouveau-né et la qualité de ses soins.

Les liens d'attachement sont des liens affectifs, présents dès la naissance. Ils ont un rôle de protection qui motive un **désir de proximité** à son objet d'attachement et met en place des comportements d'attachements. Cet attachement motive aussi des angoisses lors d'une séparation entre l'enfant et sa figure principale d'attachement.

Selon cette théorie, la capacité à établir des liens affectifs forts est une composante fondamentale de la nature humaine, qui se maintient tout au long de la vie. Pour John BOWLBY, le fait de donner des soins à l'enfant est un rôle essentiel qui est complémentaire aux comportements d'attachement.

**Cinq comportements** sont décrits comme contribuant à l'attachement : la **succion**, l'**agrippement**, les **cris**, le **sourire** et la **poursuite de l'objet d'attachement**.

*Je rencontre Lucien, Corentin et leurs parents lors de la première consultation de suivi de la grande prématurité. Nés à 25 SA et 6 jours, ils ont aujourd'hui 22 semaines soit presque 1 mois d'âge corrigé.*

Corentin dort profondément dans la poussette et Lucien est bien éveillé dans les bras de son papa. Lors de l'examen, Lucien est très attentif. On le voit chercher du regard ses parents. A la fin de l'examen, Lucien commence à s'agiter et n'est plus disponible.

---

<sup>40</sup> CYRULNICK Boris, « Le lien d'attachement chez l'enfant : empreinte et niche sensorielle » dans *JDPPetite Enfance*, 2010, n°67

Dans les bras de sa maman, Lucien vient enfouir son visage contre le sein de sa mère. Il agrippe les cheveux et la peau de celle-ci. Elle lui propose la tétine qu'il s'empresse de téter avec une succion plaisir, non nutritive. Lucien vient alors nicher son regard dans celui de sa principale figure d'attachement. Bien contenu, il s'endort apaisé.

Selon cette théorie, Mary AINSWORTH propose que la qualité de la relation repose en grande partie sur **la sensibilité maternelle**, c'est-à-dire sa capacité à interpréter et répondre, de façon appropriée aux besoins de son enfant. Pour cela, une réciprocité dans leurs échanges doit s'établir progressivement.

Dans la **théorie de développement** de Daniel STERN, dès la naissance, le nourrisson est doté de compétences lui permettant d'entrer en relation avec son entourage. Les compétences du nouveau-né sont l'équipement de base du nourrisson qui fait de lui un partenaire actif.

Avant les années soixante, les comportements du nouveau-né étaient interprétés comme purement réflexes. Trois découvertes ont renversé ces représentations<sup>41</sup> :

- La découverte des **états de sommeil et de veille**<sup>42</sup>, décrits par Heinz PRECHTL. L'état III de veille attentive étant la plus propice pour que l'enfant soit disponible dans les interactions avec l'environnement. Le regard du bébé est vif et il y a une suspension de la motricité, ce qui permet des échanges entre le bébé et son parent.
- Des expérimentations montrent un **processus d'habituation** du bébé, à un stimulus répété à intervalles réguliers et suffisamment rapprochés. Le nourrisson distingue ainsi différents stimuli.

---

<sup>41</sup> HOUZEL Didier et al., « *Les enjeux de la parentalité* », Erès, 2004

<sup>42</sup> Inserm, « Le sommeil de l'enfant, de la période foetale à l'adolescence », dans *Rythmes de l'enfant : De l'horloge biologique aux rythmes scolaires*, 2001, p.31-34

- Il existe des comportements suscités par les stimuli qui l'intéressent comme la succion non nutritive et la poursuite oculaire.

Ainsi il a pu être démontré que dès la naissance le bébé préfère la voix de sa mère, qu'il s'intéresse au visage humain plus qu'aux objets et peut suivre du regard un objet complexe en mouvement. Il peut également reconnaître l'odeur du lait de sa mère, s'il est nourri au sein et préfère les goûts sucrés.

En démontrant que le nourrisson est doué de compétences qui lui permettent d'être en relation avec son entourage, le bébé devient acteur de cette relation et des interactions précoces avec ses parents.

### 3. Les interactions précoces

Dès la naissance, le nouveau-né dispose de capacités de perception, de communication et d'adaptation. Il naît avec un bagage de compétences lui permettant une ouverture sur le monde. Ces compétences innées devront rencontrer un environnement favorable à la relation.

Il existe chez le bébé des postures innées, les **réflexes archaïques**. Toutes ces conduites réflexes sont des préformes qui déterminent les conduites motrices volontaires ultérieures. Ces réflexes involontaires sont généralement interprétés par les parents comme un acte de relation consciente du nourrisson : « *Il m'attrape le doigt, il sait que je suis là* ». Ils permettent d'investir la relation.

Ces compétences et les conduites réflexes du nouveau-né, lui permettent d'être en interaction avec ses parents. On décrit classiquement **trois niveaux d'interactions parents-enfant** : les interactions concrètes, les interactions affectives et les interactions fantasmatisques.

**a) Les interactions concrètes**

Les interactions concrètes sont les **interactions comportementales observables** dans la vie concrète du bébé. Ces interactions se font par trois canaux perceptivomoteurs de la communication qui sont : **le tonus, la voix et le regard**.

Le moment de la tétée est donc une interaction concrète. La mère porte son bébé et dans cet échange corporel les deux partenaires s'ajustent corporellement grâce au dialogue tonico-émotionnel. Le bébé est alors à bonne distance pour voir sa mère. La tétée est un moment privilégié où bébé et maman se regardent, se touchent et où la maman enveloppe physiquement et de parole son tout petit.

On peut également définir les interactions concrètes comme l'adaptation réciproque des comportements entre le bébé et son parent. Le nouveau-né possède des phases d'éveil et de sommeil que la mère identifie. Elle s'adapte à ces cycles, ce qui est essentiel pour le bon développement de l'enfant.

Les parents reconnaissent les capacités de leur enfant à émettre des signaux. La disponibilité et l'attention qu'ils portent aux manifestations de l'enfant, confirment leurs fonctions parentales et leurs identités par les réponses du bébé. C'est l'enfant qui révèle les fonctions parentales, fonctions qui ne sont pas innées mais se développent progressivement au cours de ces interactions.

### ***b) Les interactions affectives***

La mère et son bébé vont établir des interactions où chacun ajustera son comportement sur celui de l'autre. La proximité parentale favorise la sécurité réelle et le sentiment de sécurité interne du bébé. C'est un **partage des états affectifs** entre les deux partenaires.

*Maylis est née à 29 SA.*

*Elle présente un syndrome polymalformatif et une cardiopathie, qui a été opérée.*

Après son hospitalisation en cardiologie, Maylis est hospitalisée en réanimation néonatale. Je la revois lors d'un soin en présence de sa maman.

Maylis s'éparpille et pleure pendant le soin. Madame B. s'approche et lui dit « *Je sais ce n'est pas agréable et tu en as assez* », ainsi elle met des mots sur les ressentis de sa fille. Puis la maman pose sa main sur le haut de la tête de Maylis et lui regroupe les bras. Contenue et rassemblée, la petite fille plonge son regard dans celui de sa maman et s'apaise.

Daniel STERN définit ainsi l'**accordage affectif**, comme un phénomène d'harmonisation des affects entre la mère et son bébé. La mère traduit par empathie ce qu'elle comprend de son bébé. Pour cela, elle utilise un accordage unimodal ou transmodal c'est-à-dire qu'elle adopte un mode sensoriel totalement ou partiellement différent de celui précédemment utilisé par l'enfant. Le nourrisson semble disposer de façon innée de la capacité de reconnaître les équivalences entre les différents modes de perception d'une même information. Le plus souvent, la mère va traduire par la parole les affects et les états de son bébé. Ainsi, l'harmonisation affective varie entre imitation pure et transmodale, et traduction symbolique du comportement du bébé. L'accordage affectif occupe une part importante de la communication entre le bébé et sa mère.

Le psychomotricien utilise également ces interactions affectives lors des observations des soins des nouveau-nés en présence des parents. Cela permet d'interpréter les sentiments éprouvés par les parents, mais surtout par le bébé, et de faire le lien.

### c) ***Interactions fantasmatiques***

Les interactions entre la mère et son bébé sont marquées par la vie fantasmatique de celle-ci. Ces interactions correspondent à l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé.

Elles commencent avant la naissance : c'est **le bébé fantasmé**.

## **4. Les enjeux de la parentalité**

Nous avons vu que le bébé vient au monde avec une série de compétences neuropsychologiques, neurofonctionnelles, neuromotrices et génétiquement programmées. Croisées avec un environnement facilitant, son entourage, ses parents, l'expression de ces compétences va être favorisée.

« ***Un nourrisson tout seul, ça n'existe pas*** » (Donald Woods WINNICOTT)

Donald Woods WINNICOTT décrit le nourrisson comme du psyché-soma qui ne demande qu'à être organisé. Le nouveau-né sent des choses dans son corps qui sont des signes de malaise, de douleur, de mal être, mais n'identifie pas ce qui lui arrive. Il n'a pas d'autres moyens que de communiquer ses états somato-psychiques de manière corporelle.

Le bébé décharge ses angoisses de manière comportementale. La mère absorbe ces angoisses, que Wilfred Ruprecht BION<sup>43</sup> nomme **éléments Bêta**, les adoucit et les renvoie en **éléments alpha**, plus supportables. C'est ce que Wilfred Ruprecht BION appelle la **détoxication**. La mère, par ce travail non conscient, traduit, **interprète les comportements** de son bébé. Le

<sup>43</sup> BION Wilfried Ruprecht, « La fonction alpha », tirée de *Aux sources de l'expérience*, éditions PUF, collection Bibliothèque de Psychanalyse, 1979, sur [http://www.tabledesable.fr/pdf/BION\\_fonction\\_alpha.pdf](http://www.tabledesable.fr/pdf/BION_fonction_alpha.pdf)

parent s'efforce de donner à son enfant une réponse qu'il peut assimiler, qui deviendra progressivement une pensée.

Par ses manifestations, le nourrisson suscite des réponses et des modalités d'intervention dans son environnement, qui vont lui permettre peu à peu de comprendre ce qui lui arrive. C'est la mise en place de boucles interactives. A cette période, le nouveau-né ressent une multitude de sensation. Il est nécessaire que son entourage donne forme et sens à ses sensations pour qu'elles deviennent perceptions. Bernard GOLSE<sup>44</sup> parle de **double ancrage interactif et corporel** nécessaire au développement de la pensée, et donc nécessaire au développement psychomoteur.

Le développement de la pensée et le développement psychomoteur dépendent absolument d'expériences corporelles et interactives avec un autre qui aide, au début de la vie, au nouveau-né à comprendre et à identifier ce qui lui arrive.

Selon André BULLINGER, il est nécessaire pour l'enfant que son environnement soit suffisamment stable, régulier, fiable et prévisible, pour qu'il puisse y puiser des repères organisateurs. Il parle d'invariants cognitifs qui se mettent en place dans ces boucles interactives entre le nouveau-né et ses parents.

Ces boucles interactives, cette capacité d'être en relation avec l'environnement vont permettre au bébé de passer d'un fonctionnement de type archaïque à un fonctionnement investi. La qualité des interactions précoces et de l'environnement permettront au bébé de potentialiser toutes ses compétences innées et de passer d'un fonctionnement réflexe automatique à un fonctionnement habité dans lequel il pourra instrumentaliser son corps, se servir de son corps pour apprendre.

Les expériences précoces d'interaction, permettent une accumulation, pour le nouveau-né, d'expériences d'être compris et contenu qui lui donnent un sentiment d'enveloppe et d'être rassemblé. **Le sentiment d'enveloppe s'origine dans ce sentiment d'être contenu.** Il dépend de l'expérience du corps, d'être tenu physiquement, et l'expérience de relation, d'être porté

---

<sup>44</sup> GOLSE Bernard, « La naissance de la pensée et aléas de son développement », dans *L'information psychiatrique*, 2006, volume 82, n°9, p.713-716

psychiquement. Ce sentiment d'enveloppe a été traité par Geneviève HAAG<sup>45</sup>. Elle décrit ce sentiment de contenance comme le « **moi-corporel**», qui émerge vers les deux mois de vie.

Selon Daniel Stern, les premières représentations du bébé sont des représentations issues des expériences sensorielles partagées avec le parent, dans une situation affective particulière, et des images sensorielles associées à ces événements. Ces images mentales, qui s'associent répétitivement aux expériences que fait le bébé de préférence avec son parent, vont constituer des représentations mentales.

Ce sentiment de contenance est donc une image mentale qui va devenir de plus en plus permanente et plus satisfaisante que le contact corps à corps. Cette capacité de mémorisation et d'anticipation va constituer une continuité mentale alors que le corps à corps avec le parent est discontinu : c'est la permanence de l'objet.

**« Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre, complice de son existence. C'est avec l'autre qu'il se voit et se construit »<sup>46</sup>**

**C'est au travers des interactions partagées avec ses parents que le bébé se développe. Dans le cas d'une naissance prématurée, les interactions parents-bébé sont limitées par le milieu hospitalier. Quelles sont les conséquences d'une hospitalisation précoce sur la dyade parents-enfant ?**

---

<sup>45</sup> HAAG Geneviève, « La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps » dans *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1985, p.107-114

<sup>46</sup> Julian de AJURIAGUERRA, *Enfance*, 2-3, 1985, 265-277

## **D. Conséquences de l'hospitalisation du nouveau-né sur la dyade parents-enfant**

### **1. La rencontre en néonatalogie**

Lors d'une naissance prématurée, le nouveau-né est séparé de sa mère. Ces contextes de naissance sont synonymes d'urgence et d'angoisse. Les parents peuvent être mis à l'écart par la situation vitale.

Bien souvent, c'est le père qui voit en premier l'enfant. C'est à lui qu'on explique les soins que l'enfant a reçus et l'utilité des appareils l'entourant. C'est à lui que revient la tâche de mémoriser tout ce que l'équipe médicale lui transmet, pour l'expliquer à la mère, souvent encore hospitalisée, qui est en attente de nouvelles de son enfant.

Dans cette situation inhabituelle, c'est le père qui présente l'enfant et le service à la mère. Dans le cas d'une naissance prématurée, le père initie la mère. Le rôle est inversé par rapport à une naissance à terme. Cela n'est pas sans conséquence. Ajouté au sentiment de culpabilité lié à la prématurité de la naissance, il existe une répercussion sur l'investissement affectif de la mère à l'égard de son bébé.

*« Pour moi, l'histoire de Maxime commence le jour de son arrivée, le 13 janvier. C'était très précipité, complètement inattendu. Un peu traumatisant. J'ai eu du mal à m'y retrouver, à m'investir. Mais petit à petit, tous les 3, même avec le papa, chacun a trouvé sa place »*

Mme C.

## 2. L'environnement technique et hospitalier

Concernant l'environnement, Mme C. confie que « *c'était impressionnant. C'était difficile de le voir, lui qui était si petit là-dessous. Ça a rajouté, une étrangeté à la situation. On se sentait mal à l'aise. Comment se placer ? Comment s'investir ? C'était vraiment spécial comme début d'histoire.* »

Une fois le cadre nécessaire à la survie de l'enfant établi, les parents rencontrent leur bébé dans un environnement impliquant une technicité médicale vitale lourde. Les parents sont souvent accrochés à la courbe de poids et le besoin ou non d'oxygène qui sont des déterminants principaux de la morbidité du nourrisson. La fragilité du bébé rend les liens parents-enfant habituels difficiles, comme le portage, les câlins et même les soins de puériculture. Ces problématiques et la technicité médicale vitale mettent parfois à distance les parents de la relation parents-enfant.

D'autres facteurs viennent compliquer la relation parents-enfant, comme les douleurs éventuelles de l'enfant qui pourraient faire redouter aux parents de toucher ou faire les soins de puériculture à leur bébé.

## 3. Eloignement parents-enfant

En Aquitaine, il existe trois maternité de niveau III : à Bordeaux, à Pau et à Bayonne. Les unités néonatales accueillent donc des familles venant de toute la région, parfois des régions aux alentours.

Les parents réalisent parfois une à plusieurs heures de trajet pour voir leur bébé. Dans un souci de garder le lien parent-enfant, il existe des lieux d'accueil pour les parents d'enfants hospitalisés. Ces lieux d'accueil ont pour mission de rapprocher les parents de leur enfant pendant la durée de son séjour à l'hôpital.

Les unités néonatales ont également aménagé des chambres mère-enfant. Elles comportent un lit et une salle de bain, pour permettre à la mère de rester auprès de son enfant et d'y dormir.

Lorsque les parents sont peu présents, on peut voir apparaître des comportements de retrait chez l'enfant.

*Mathieu est un petit garçon de 40 semaines, né à 28 SA*

*Il est hospitalisé pour une dysplasie broncho-pulmonaire.*

Mathieu interroge l'équipe pluridisciplinaire. Il dort beaucoup, il a très peu de phases d'éveil, même pendant les soins. La maman s'en est rendu compte : il s'endort aussi avec elle lors des tétées, ce qui n'était pas le cas il a encore quinze jours. La maman ne semble pas préoccupée par cela et semble banaliser cette prématurité, qu'elle a déjà vécu. Elle est peu présente en néonatalogie car elle doit s'occuper de ses sept aînés. Cependant elle confie qu'elle est triste lorsqu'elle doit quitter son bébé.

L'équipe néonatale pense que Mathieu a besoin de repos dû à ses difficultés respiratoires. Cependant des examens concluent qu'au niveau pulmonaire, Mathieu se porte bien.

La psychomotricienne propose de mettre en place une feuille veille/sommeil afin d'objectiver les états de veille de Mathieu. Cet outil a permis de montrer que Mathieu avait des phases d'éveil calmes seulement trente minutes par jour.

En objectivant les observations de l'équipe, les médecins ont pu présenter à la maman que son bébé dort beaucoup plus qu'un enfant de sa maturité, qu'il se retire de la relation et que Mathieu a besoin d'être sollicité. Depuis la maman vient tous les jours. Mathieu se réveille un peu plus. L'équipe proposera d'ailleurs la chambre mère-enfant afin qu'elle puisse être plus présente avec son bébé.

Les équipes sont vigilantes à ces comportements de retrait, pour éviter ce qu'on appelle l'hospitalisme, décrit par René SPITZ (1946)<sup>47</sup>.

L'**hospitalisme** est issu de l'observation de nourrissons séparés pendant plusieurs mois de leur mère. Ce syndrome se déroule en trois phases. Le nouveau-né pleure et crie puis survient au bout d'un mois une phase de repli. Le bébé se retire de la relation, dort beaucoup et évite le contact visuel. Si la séparation de l'enfant et de sa mère se prolonge, sans substitut maternel, le bébé devient amimique, refuse de se nourrir et s'enferme dans des activités stéréotypées.

Malgré, une attention particulière à ces phénomènes de retrait, plus l'enfant grandit, plus il réclame une présence. Dans les unités de néonatalogie, il y a une puéricultrice pour quatre bébés. Elles ne peuvent remplacer la présence maternelle dont l'enfant a besoin.

---

<sup>47</sup>LAISNE Christophe et HEYMAN Isabelle, « Résilience et rémanence des traumatismes : Problèmes actuels d'hospitalisme en néonatalogie Deux exemples en Martinique », dans *Le Coq-Héron*, Eres, p. 68

## Conclusion

Le nourrisson se développe en relation avec son environnement. Les parents sont le premier environnement du bébé. Les interactions précoces qui se créent entre eux, contribuent à façonner le monde moteur du bébé. Dès la naissance, les relations entre l'enfant et son environnement se font à travers le dialogue tonico-émotionnel conjointement à une activité digestive et respiratoire. On considère donc que la relation parent-nourrisson a une influence sur le développement psychomoteur du bébé.

L'immatunité du nouveau-né prématuré et la technicité médicale vitale mettent parfois à distance les parents de la relation habituelle parents-enfant.

*« Il existe une « période sensible » dans le processus d'attachement mère-enfant quand une séparation précoce intervient entre la mère et son enfant, rupture spatiale entre le corps de la mère et de l'enfant. Cette séparation a des répercussions aussi bien sur le comportement maternel que sur le développement de l'enfant. Toutes les ruptures que subit l'enfant prématuré ne facilitent pas l'adaptation corporelle entre la mère et l'enfant »<sup>48</sup>.*

La prématurité entraînerait des difficultés de développement socio-émotif. De plus les complications néonatales accroissent les probabilités de développer un attachement insécurisant. Un dysfonctionnement relationnel précoce engendrerait donc des troubles dans le développement du bébé.

Ainsi, il semble essentiel de permettre aux parents de s'impliquer dans la prise en soin de leur enfant. C'est aux équipes néonatales de soutenir ces parents prématurés, dans cette situation inattendue. C'est parfois à eux d'initier les liens entre les parents et leur enfant. ***Quels sont les moyens mis en place par les professionnels pour accompagner cette parentalité ?***

---

<sup>48</sup>THOMAS Nelly et DURRMEYER Xavier, « La consultation neuropsychomotrice des grands prématurés » dans *Enfance et PSY*, n°38, 2008

### **III.**

# **Toute une équipe pour soutenir ces familles prématurées**

## **A. L'étayage de la parentalité dans les équipes néonatales**

A leur arrivée, un livret d'accueil à l'attention des parents leur est remis. Ce document présente l'équipe, son fonctionnement, les prises en charge et l'accueil de leur enfant. Il permet aux parents de se repérer dans cet environnement complexe et de savoir vers qui rechercher les informations.

Toute l'équipe est à leur écoute pour réaliser un projet de soin personnalisé.

Lors des réunions hebdomadaires, les équipes néonatales reprennent l'histoire de chaque enfant et de leurs parents. Le médecin réexplique le parcours hospitalier du nouveau-né et indique les faits marquants autour de la naissance, le nombre de grossesse, la place de l'enfant dans la fratrie, les antécédents médicaux des parents, etc... La puéricultrice qui s'occupe de l'enfant décrit les moments de soins avec l'enfant en présence ou non des parents.

La dimension psychosociale prend une grande importance lors de ces réunions. Le médecin, les puéricultrices, les psychologues, l'assistante sociale, la puéricultrice de la PMI, la kinésithérapeute et la psychomotricienne, se concertent afin de mettre en place un projet de soin autour de l'enfant et de sa famille.

Chaque membre de l'équipe a son rôle à jouer dans l'accompagnement des familles.

### **1. Le médecin pédiatre**

Le pédiatre explique aux parents les différents examens que leur enfant a reçu. Il assure le suivi médical et donne des nouvelles cliniques de l'enfant.

Il fait un point régulier de son état clinique avec les parents. Le pédiatre reste disponible aux questions des parents. Ces derniers peuvent d'ailleurs obtenir un entretien médical sur rendez-vous pour parler de l'état clinique de leur enfant.

Dans le cas d'une obligation de soin pour le nouveau-né à la sortie de l'hospitalisation, le médecin peut réaliser un certificat médical attestant ces soins et la présence indispensable d'un des parents. Ce certificat permettra au parent de bénéficier d'un congé de présence parentale, qui peut être pris de manière discontinue dans la limite de 310 jours au cours d'une période de 36 mois.

## **2. La puéricultrice, l'infirmière, l'auxiliaire de puériculture et l'aide soignante**

La puéricultrice et l'infirmière prodiguent à l'enfant les soins infirmiers. Elles sont attentives aux besoins du nouveau-né. Elles expliquent aux parents l'utilité des appareils entourant l'enfant.

L'auxiliaire de puériculture et l'aide soignante sont auprès de l'enfant pour lui prodiguer les soins de puériculture. Elles accompagnent les parents dans les soins, afin qu'ils puissent les faire à leur tour en toute autonomie.

Ces soignantes soutiennent les parents tout au long de l'hospitalisation de leur enfant. Lorsque les parents ne peuvent être présents auprès de leur bébé, c'est auprès d'elles, qu'ils prennent des nouvelles régulièrement : sur son comportement, s'il a bien dormi et bien mangé, ses progrès au niveau médical et mais aussi au niveau moteur.

## **3. Le psychologue**

L'hospitalisation précoce de son enfant suscite des interrogations, des incertitudes et un sentiment de culpabilité. Les parents sont informés de la présence d'un psychologue dans le service. Ils peuvent ainsi prendre rendez-vous et réaliser un suivi.

Le psychologue propose également des groupes de paroles dédiés aux parents, une fois par mois.

Ils pourront d'ailleurs, par la suite, continuer à voir le psychologue qui les a suivis lors de l'hospitalisation de leur enfant, si le besoin s'en fait sentir.

*Louna est une petite fille née à 29 SA et 5 jours. Elle pesait 930g à la naissance.*

La maman de Louna est suivie par une des psychologues du service. Un travail sur l'étayage de la parentalité est mis en place. Le papa est très contenant pour sa femme et sa fille. La maman est présente presque tous les jours en néonatalogie, mais elle n'investit pas la relation. Elle verbalise qu'elle n'est pas attachée à sa petite fille et s'en inquiète pour l'avenir.

Le passage de la table chauffante au berceau a mis en échec les parents. Ce passage permet généralement aux parents de porter plus facilement leur bébé, mais les parents semblent perdus. Une guidance autour du portage avec la psychomotricienne serait intéressante.

Cependant la psychologue pense qu'il est trop tôt pour la maman. Cette dernière ne voit pas son bébé, elle dit qu'il est encore dans son ventre. La maman ferme les volets, alors que Louna est en âge d'être exposée à la lumière. Lors du peau à peau, la maman recouvre complètement de son tee-shirt sa petite fille.

Grâce au suivi psychologique, Mme. T. commence à envisager son bébé. Elle lui lit des histoires, même si celles-ci ne semblent pas lui être adressées. Elle décrit Louna comme un bébé calme. Cependant, en observant un soin, la psychomotricienne trouve un bébé pour qui les soins sont compliqués. Louna s'éparpille encore beaucoup. Mme T. ne décrit pas ce qu'elle voit de son bébé mais sûrement celui qu'elle aurait aimé, fantasmé et imaginé.

A 37SA, la chambre mère-enfant est proposée à Louna et sa maman. A ce jour, Louna se rassemble et peut avoir des moments de veille calme prolongés. Elle recherche beaucoup le contact de sa maman, mais celle-ci a encore du mal à répondre aux besoins de sa fille.

Avec le passage en chambre mère-enfant, la maman investit beaucoup mieux la relation avec sa fille.

Les consultations conjointes pédiatre et psychomotricien pourront permettre à Louna et sa maman une guidance, si cela est nécessaire.

A quatre mois d'âge corrigé, soit 7 mois d'âge chronologique, je revois Louna et sa maman. Je suis agréablement surprise de voir une maman très investie dans la relation avec sa petite fille. Mme T. décrit précisément toutes les compétences de Louna, qui sont corrélées par nos observations. Mme T. a mis en place des signes bébés associés aux mots pour communiquer avec Louna. Cela aide à entrer en relation.

#### **4. Le kinésithérapeute**

Le kinésithérapeute intervient sur prescription médicale. Ses interventions se portent sur la motricité au niveau de l'appareil locomoteur, sur de la kinésithérapie respiratoire et également sur le confort postural (asymétrie posturale, torticolis, au niveau orthopédique). Il explique aux parents ce qu'il observe de leur enfant, le bilan et pourquoi il le mobilise ainsi. La médiation principale du kinésithérapeute est le toucher. Il peut guider les parents dans ce toucher et pour le portage, y mettre des mots et accueillir leurs ressentis. Lors d'une prise en soin précise, qui nécessite une régularité, le kinésithérapeute essaie d'impliquer le plus possible les parents en leur montrant des exercices à effectuer auprès de leur enfant.

#### **5. L'assistante sociale**

L'assistante sociale aide les parents dans les différentes démarches, en lien avec l'entourage, les difficultés administratives, familiales ou sociales. Elle les accompagne, si les parents le souhaitent, dans la préparation à la sortie du nouveau-né. Elle peut aussi entrer en relation avec les services administratifs ou d'autres organismes et services sociaux ou médico-sociaux extérieurs afin de favoriser l'accès aux droits.

*Rayko est un petit garçon d'origine Bulgare. Il est né à 34 SA pour 1, 200Kg.*

On diagnostique une surdi-cécité chez le petit garçon. La précarité socio-économique de ses parents mineurs et des grands parents ne permet pas le retour du nouveau-né à son domicile.

L'assistante sociale s'est mise en relation avec le Conseil Régional pour trouver un appartement-hôtel qui pourrait loger les parents et les grands-parents de Rayko. Elle a mis également en place, en plus de la PMI, l'intervention d'éducateurs d'un foyer maternel qui accompagneront la famille aux différentes prises en soins dont devrait bénéficier Rayko.

Rayko est sorti après 5 mois d'hospitalisation. Les mesures mises en place permettent aujourd'hui à Rayko de bénéficier de prises en soin adaptées.

## **6. La Protection Maternelle et Infantile**

Une puéricultrice de liaison intervient, avec l'accord des parents, pour assurer les liaisons entre l'unité de néonatalogie et les puéricultrices de la protection maternelle et infantile (PMI). Elle présente aux parents les différentes missions de la PMI et les modalités d'intervention des puéricultrices auprès des familles.

La PMI est un service gratuit, départemental. Ce service propose aux parents d'effectuer des visites à domicile ou de les recevoir en consultation avec leur enfant. Les puéricultrices aident les parents à faire les bons gestes, les soins quotidiens et offrent des conseils adaptés à chaque situation et particulièrement pour préparer l'accueil d'un enfant en situation de handicap.

La PMI s'assure des moyens matériels pour l'accueil de l'enfant au domicile parental. Elle soutient et accompagne les parents dans un projet adapté à l'enfant, en facilitant les liens avec les partenaires s'occupant de la prise en soin de l'enfant, et facilite les recherches des moyens de garde.

*Sara est née prématurément à 34 SA pour 1,830kg. Elle est hospitalisée en réanimation pour un syndrome polymalformatif. Je la rencontre un mois après en néonatalogie.*

La maman de Sara est une maman isolée et dans une situation précaire. D'origine portugaise, elle a peu de personnes ressources dans son entourage. La maman vient peu à l'hôpital puisqu'elle doit garder sa fille aînée.

La puéricultrice de liaison avec la PMI et l'assistante sociale réussissent à organiser une halte garderie quatre jours par semaine pour libérer la maman et lui permettre de venir voir Sara. Les visites plus régulières de la maman ont permis à Sara de réaliser des progrès dans la relation et dans son investissement moteur.

Le psychomotricien s'inscrit dans ces démarches dans une réflexion commune avec l'équipe néonatales.

## **B. Une sortie préparée**

### **1. L'accompagnement à la sortie de l'hospitalisation**

Le projet de sortie d'un enfant est évalué au niveau de son état clinique mais également au niveau psycho-social de son entourage. Les équipes évaluent les compétences et les ressources des parents afin de les accompagner lors de la sortie de l'hospitalisation.

Dans ce sens, différents dispositifs sont proposés en fonction des besoins :

- une **hospitalisation à domicile** (HAD) peut être mise en place lors d'une hospitalisation longue durée où les parents sont désireux de rentrer chez eux avec leur bébé. Si l'état clinique de ce dernier le permet, l'HAD assure au domicile les soins médicaux et paramédicaux importants, nécessaires à l'évolution de l'état de santé de l'enfant ;

- des **prises en charges en libéral et/ou au Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)** seront envisagés avant la sortie de l'enfant pour qu'il puisse en bénéficier précocement après son hospitalisation, si besoin ;
- un **foyer mère-enfant** peut être proposé, lorsque l'entourage n'est pas ressource pour la mère et son bébé. Ces foyers apportent une aide matérielle, psychologique, socio-éducative pour soutenir cette dyade ;
- une **hospitalisation mère-enfant** est parfois nécessaire et proposée à la mère. Les indications sont le plus souvent des troubles psychiatriques dont le syndrome dépressif sévère (pré-partum ou post-partum) ou des troubles liés aux dépendances. Cette unité permet d'éviter la séparation de la mère et de son bébé tout en permettant une prise en soin. L'équipe accompagne la relation mère-nourrisson afin que le lien se tisse dans un contexte propice et sécurisant.

## 2. Quand la prévention ne suffit plus

Face à un enfant en risque<sup>49</sup> ou un enfant maltraité<sup>50</sup>, le personnel soignant se doit de réaliser une information préoccupante<sup>51</sup>, s'il possède des éléments susceptibles de faire penser que l'enfant est en situation de danger ou de risque de danger. L'information préoccupante est alors transmise au Bureau de l'Enfance en Danger qui contacte la PMI ou l'inspecteur de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Une enquête pourra être réalisée par la Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion (MDSI) et être envoyée au parquet si besoin.

Face à des faits graves avérés, l'équipe soignante réalise un signalement qui est directement transmis au procureur de la république. Le signalement prend alors la forme d'une demande **d'ordonnance de placement provisoire (OPP)** auprès de l'ASE. Le procureur de la république, suite à une enquête judiciaire, décidera ou non d'envoyer l'affaire au juge des enfants qui mettra en place des mesures de protections si nécessaire.

---

<sup>49</sup> Voir glossaire p.96

<sup>50</sup> Voir glossaire p.96

<sup>51</sup> Voir glossaire p.96

Les parents doivent être informés de la demande d'OPP.

*Sofian est un petit garçon né en décembre à 33 SA et 4 jours. Il pesait 2,280kg à la naissance. C'est le 2<sup>ème</sup> enfant de Mme. M mais la 4<sup>ème</sup> grossesse. L'aînée a aujourd'hui 7 ans. Sofian est le 1<sup>er</sup> enfant de Mr. M.*

A la naissance, Sofian fait des bradycardies<sup>52</sup> et désature. Durant la grossesse, la maman de Sofian, Madame M. était sous traitement au lithium pour trouble bipolaire. Ce traitement pourrait être la cause des bradycardies de son enfant. Madame M. consommait également de l'alcool et du cannabis durant la grossesse.

Durant cette dernière, Madame M. confie que ce bébé la dévore de l'intérieur, qu'elle veut s'en débarrasser. Cependant, elle refusera les propositions d'interruption volontaire de grossesse (IVG) ou d'abandon, qui ont été proposées dans le cadre du son suivi périnatal à l'unité mère-enfant.

En néonatalogie, Mme M. semble adaptée dans ses gestes auprès de son enfant. La semaine d'après, elle porte des propos agressifs à l'encontre de Sofian, surtout quand il désature. L'éducation parentale réalisée par les puéricultrices n'atteint pas ses objectifs. La psychomotricienne et les puéricultrices s'inquiètent pour Sofian. Il est très excitable, s'éparpille et il très difficile de le consoler. Sofian pleure beaucoup et d'un coup s'enferme dans le sommeil.

Mme M. n'envisage pas son enfant. Un jour, elle est obnubilée par le bain et souhaite qu'il soit fait avant de repartir. Cependant Sofian dort profondément, il n'est pas disponible. Le comportement de Mme M. n'est pas adapté au rythme de Sofian.

---

<sup>52</sup> Voir glossaire p.96

La semaine suivante, une réunion est organisée en présence de l'obstétricien et du psychiatre de l'unité mère-enfant, qui ont suivi Mme M. lors de sa grossesse. Une hospitalisation mère-enfant a été proposée à Mme M., qu'elle a rejetée. Lors de sa première grossesse, Mme M. avait accepté l'hospitalisation mère-enfant, qu'elle considère aujourd'hui comme une privation de liberté. Dans ce cas, il faut l'accord d'un membre de l'entourage et de trois médecins pour hospitaliser une personne non consentante. Le conjoint et la mère de Mme. M. ne souhaitent pas s'interposer dans la décision de cette dernière.

Les différentes équipes hospitalières sont inquiètes pour Mme M. et son fils. Son entourage ne semble pas fiable. Dans cette situation, la prévention n'est plus suffisante. Un cadre juridique semble nécessaire, il faut donc réaliser un signalement.

L'unité mère-enfant n'est pour le moment pas envisageable, puisque la mère n'adhère pas aux soins. Une hospitalisation forcée risquerait d'être délétère et créer une rupture de soin.

Sofian lui aussi vit des moments de rupture affective par le comportement de sa maman. Il vit également des ruptures de lien avec son père, qui semble moins présent qu'au début de l'hospitalisation. Si la décision judiciaire préconise un placement de Sofian, il faudra préparer cette nouvelle rupture. Lors d'un placement en pouponnière, une puéricultrice de l'établissement, référente de l'enfant, vient dans le service de néonatalogie pour permettre une transition.

Cependant, l'équipe ne souhaite pas créer de nouvelles ruptures pour Sofian. Le signalement proposera de garder le lien entre Sofian et sa maman et la garde au papa avec un soutien éducatif, une assistante maternelle tous les jours au domicile.

Depuis le signalement, Mme M. vient peu dans le service. Le papa de Sofian s'investit beaucoup auprès de son fils. Des permissions de sortie de 24H ont été autorisées. Il semblerait que cela se passe bien.

L'audience judiciaire autorise les parents de Sofian à rentrer à la maison avec une mesure d'Aide Educative Intensive à Domicile (AEID). Un éducateur sera présent 2 à 3 fois par semaine. Le juge statue pour un accueil à domicile.

Cette mesure prise est seulement éducative. Cependant la psychomotricienne et l'équipe médicale sont très inquiètes du comportement de Sofian. A un mois de vie, les interactions avec Sofian sont brèves. Il peut avoir des moments d'éveil calme, mais garde encore une grande instabilité émotionnelle, et une posture en hyperextension. Il est pratiquement impossible de l'aider à se regrouper. Après ces moments d'instabilité, Sofian s'enferme dans le sommeil.

Ce petit garçon a besoin de soin pour l'aider au niveau moteur et émotionnel, et la mesure judiciaire actuelle risque d'être insuffisante aux yeux des soignants.

**L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)** en cas de dysfonctionnement familial pourra proposer différents services :

- Les **Centres Médicosociaux (CMS)** ou **MDSI (Maisons Départementales de la Solidarité et de l'Insertion)** regroupent des assistants sociaux (AS), des conseillères en économie sociale et familiale (CESF) et des éducateurs ayant une mission d'Aide éducative à domicile (AED).

- Les **consultations en PMI (Protection Maternelle et Infantile)** : consultations de planification, consultations prénatales et postnatales.

- **Aide éducative à domicile (AED)**, qui consiste à suivre à domicile les mineurs et leur famille en vue de leur apporter l'aide nécessaire à la solution de leurs problèmes à la demande des parents.

Si on considère que la famille est indiquée comme ayant réellement besoin d'AED et qu'elle refuse, c'est la justice qui prend le relais avec l'**Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO)**, qui se fait **sur décision de justice**.

- **Les associations de Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF)**, qui servent à favoriser la dynamique familiale, à soulager les parents et favoriser les liens parents/enfant. Elles sont aussi là pour regarder comment ça se passe dans la famille au cas où un relais serait nécessaire.

Lors d'un dysfonctionnement dans l'exercice et la pratique de la parentalité, le rôle des décisions juridiques permet de rétablir cet exercice tout en gardant le lien entre l'enfant et ses parents.

## **Conclusion**

Les équipes néonatales accompagnent ces familles prématurées tout au long de l'hospitalisation de leur enfant, mais également à leur sortie.

Les réunions permettent de réaliser un projet de soin individualisé, prenant en compte l'enfant et sa famille. Chaque membre de l'équipe apporte ses compétences spécifiques pour soutenir ces familles prématurées.

**C'est dans ce contexte transdisciplinaire que le psychomotricien inscrit ses interventions. *Quel est son rôle au sein des unités néonatales, tant auprès des bébés que de leurs parents ? Quels sont les moyens mis en place par le psychomotricien pour soutenir ces familles ?***

## **IV.**

# **Le psychomotricien à la rencontre du bébé prématuré et de ses parents:**

## **Etayage de la parentalité**

## **A. Le rôle de la psychomotricité en néonatalogie**

L'intervention du psychomotricien auprès du prématuré naît à la fois des observations et interrogations de l'équipe quant aux comportements observés du nouveau-né. Il peut également intervenir sur sollicitation directe des parents qui sont inquiets et se questionnent. Ainsi le psychomotricien agit sur trois niveaux : le bébé, sa famille et l'équipe.

### **1. Les indications**

En néonatalogie, l'intervention du psychomotricien est sur prescription médicale. Il est sollicité systématiquement pour les enfants qui naissent en dessous de 33 semaines d'aménorrhée. Une attention toute particulière leur est accordée puisqu'ils sont plus à risque du fait de leur immaturité. Le psychomotricien est amené à rencontrer les bébés ayant subi une anoxie néonatale qui sont à risque d'être porteur de handicap, mais également les nouveau-nés présentant des maladies génétiques, syndrome ou un troubles sensoriels ou neurosensoriels, qui ont et/ou auront un effet sur leur développement psychomoteur. Le psychomotricien est sollicité pour les enfants présentant des troubles de la régulation tonique lors des soins de nursing ou des mobilisations, des bébés hyperexcitables ou à l'inverse trop peu réactifs.

### **2. Intérêt d'une prise en soin précoce**

Lorsqu'un enfant né prématurément, il n'est pas prêt à affronter le monde qui l'entoure. Il est soumis à un environnement imposant des sollicitations non appropriées à sa maturation neurosensorielle. Les soins de développement favorisent l'ajustement de ces sollicitations environnementales à la maturité du bébé. L'intervention du psychomotricien s'inscrit dans ce cadre. Une réflexion commune de l'équipe, autour du bébé, permet de mettre en place un projet de soin individualisé. Le psychomotricien y apporte ses observations du bébé et son examen clinique.

Le bébé prématuré est vulnérable et comporte des risques hémorragiques, ce qui est un facteur de risque de séquelles neurologiques d'origines périnatales. Plus l'enfant est petit,

plus la **plasticité cérébrale** est présente. Elle « *permet au cerveau d'ajuster sa structure, de modifier ses connections et donc d'influencer sur ses capacités fonctionnelles* »<sup>53</sup>. Pour un enfant sain, ses expériences établissent de nouveaux réseaux neuronaux. Chez un bébé ayant des lésions neuronales, la plasticité cérébrale permet la mise en place de mécanismes compensatoires, à conditions que l'enfant soit correctement sollicité par des stimulations adaptées.

Démarrer une prise en soin et une guidance parentale précoce, permettra aux parents de solliciter leur enfant de manière adaptée. Cela favorise également les interactions partagées parents-enfant.

### **3.     Auprès de l'équipe**

Le psychomotricien vient répondre aux inquiétudes de l'équipe médicale en réalisant une évaluation psychomotrice complète, qui pourra donner des réponses au niveau neurologique et seront confrontées à un neuro-pédiatre, le cas échéant.

Lorsque les soins sont compliqués avec un enfant, le psychomotricien y participe pour évaluer ses réactions aux stimulations imposées et ses capacités d'autorégulation. Il peut également réaliser un soin à quatre mains, permettant de regrouper le nouveau-né pour qu'il puisse mieux supporter le soin. Le psychomotricien peut être ressource pour le personnel soignant.

L'équipe paramédicale vient régulièrement solliciter le psychomotricien quant à l'aménagement du berceau (cocon), de la chambre (tapis d'éveil, mobile) en lien avec le développement psychomoteur de l'enfant et son état clinique.

---

<sup>53</sup>COLOMBIE, LEUGER, ALBERGE, « La part de la psychomotricité dans un protocole expérimental de prise en charge précoce du grand prématuré au sein d'un réseau de soins : « P'tiMip » en Midi-Pyrénées » dans *Entretiens de bichat 2009*

#### **4. Auprès du bébé prématuré et de ses parents**

L'intervention du psychomotricien concerne les nourrissons nés prématurément mais également auprès de ses parents concernés par les conditions extrêmes de cette naissance. L'éloignement géographique ou la condition sociale des parents ne leur permettent pas tout le temps d'assurer une présence régulière auprès de leur enfant hospitalisé. Cette situation peut entraîner des troubles du lien.

L'approche thérapeutique psychomotrice assure un développement psychomoteur optimal de l'enfant en tenant compte de ses conditions d'hospitalisation et de ses compétences. Le psychomotricien guide le bébé dans sa motricité naissante, en lui proposant des sollicitations multi-sensorielles. Il aide notamment au développement de son affectivité et soutient la relation parent-enfant.

Pour cela le psychomotricien dispose de plusieurs moyens :

- **Les observations**
- **Les interventions spontanées**
- **La première rencontre avec les parents et leur enfant**
- **L'évaluation psychomotrice**
- **La prise en soin**

Le psychomotricien impulse une réflexion commune avec les parents et le personnel autour du confort et de l'éveil de l'enfant, en tenant compte de son développement neuromoteur. Par son observation du langage corporel du bébé, le psychomotricien fait lien entre les discours des parents et de leur enfant, des professionnels et du nouveau-né.

## **B. La première rencontre, la présentation de la psychomotricité**

Avant de rencontrer l'enfant et ses parents il faut recueillir l'anamnèse du patient dans son dossier. Il faut également lire les transmissions de l'équipe soignante afin de se renseigner sur l'état clinique de l'enfant, les comportements parents-enfant, le contexte familiale et les soins effectués ou prévus dans la journée. Cela permet de restituer la rencontre avec l'enfant en lien avec le contexte du jour. Après accord réciproque des différents membres de l'équipe, le psychomotricien rencontre tout d'abord les parents pour expliquer son rôle au sein du service.

Il explique aux parents qu'il est attentif au confort de leur enfant, à l'environnement et à son bon développement psychomoteur du fait de sa naissance prématurée. Lorsqu'un bébé est né prématurément, il continue à évoluer dans un environnement différent du milieu intra-utérin. C'est pourquoi il faut y être vigilant. Le praticien est également là pour répondre aux questions des parents concernant le développement psychomoteur et en donner des repères.

Lors de cette première rencontre le psychomotricien interroge les parents sur ce qu'ils observent de leur enfant. Il cherche à savoir s'ils trouvent qu'il a fait des progrès depuis sa naissance et au niveau du rythme du bébé, s'il s'éveille de plus en plus, ou encore comment il bouge. Les questions seront aussi orientées sur le ressenti des parents lorsqu'ils s'occupent de leur enfant : s'il est calme, s'il s'éparpille, s'il est tonique... Ces échanges permettent de faire émerger les interrogations et les inquiétudes des parents et d'organiser avec eux la rencontre de leur bébé.

Il interroge aussi les parents sur leur organisation à l'hôpital, quand sont-ils présents, afin d'organiser le bilan psychomoteur ou la participation à un soin. Lors des interventions du psychomotricien la présence des parents est préférable puisque c'est avec eux qu'il découvre leur bébé.

Lors de cette rencontre une question revient régulièrement : *est-ce qu'il aura toujours du retard comparé aux autres enfants nés à terme ?* Un bébé né prématurément continue sa maturation en dehors de l'utérus, pour arriver à terme. C'est ce temps qui crée un décalage de

développement entre deux bébés de même âge civil mais dont l'un est né à terme et l'autre est né prématurément. C'est pourquoi on parle en âge corrigé. Claudie Amiel-Tison définit ainsi cet outil standardisé : « *l'âge corrigé sera utilisé jusqu'à 2 ans au minimum pour tous les nouveau-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* »<sup>54</sup>. Il faut tenir compte de ce décalage pour ajuster au mieux les réponses aux besoins du nouveau-né et à sa maturité. Prendre en compte l'âge corrigé permet de suivre l'évolution de l'enfant de façon plus objective. Ce décalage s'estompe donc progressivement jusqu'à l'âge de deux ans, mais les risques de retard ne sont pas à exclure. C'est pourquoi un enfant qui est né prématurément est régulièrement suivi après son hospitalisation.

Cette réponse rassure souvent les parents.

*Nicolas est né à 25 SA et 5 jours pour 780g. La grossesse est gémellaire mais le jumeau est décédé à 10 SA. L'accouchement prématuré est spontané. Nicolas présente une détresse respiratoire avec une dysplasie broncho-pulmonaire.*

Les soignants rapportent que Madame M. a besoin de garder le contrôle et verbalise se sentir en concurrence avec les professionnels de santé et son mari.

Après presque deux mois en réanimation pédiatrique, je rencontre Nicolas et ses parents en néonatalogie. Les parents nous sollicitent déjà concernant l'aménagement de la chambre. Ils souhaitent savoir qu'elle est la meilleure couleur pour la chambre de leur enfant. Ils décident ainsi de la couleur de la chambre et du mobile en fonction de notre réponse qui explique que les bébés sont surtout sensibles aux couleurs contrastées.

Quand la sortie approche et que le psychomotricien rencontre les parents, ils le sollicitent également autour du couchage, du choix de la poussette, du siège coque ou encore sur le portage avec le porte-bébé ou l'écharpe de portage. Le psychomotricien est présent pour

<sup>54</sup> Claudine AMIEL-TISON et Julie GOSSELIN, *Démarche clinique en neurologie du développement*, Masson, 2009, p.14 ; Cité dans: Intérêt d'une consultation conjointe pédiatre-psychomotricien dans le cadre du suivi de la grande prématurité, de Maylis Normand, mémoire de psychomotricité, 2013

guider les parents sur ces questions en fonction de la maturité de leur enfant et de son développement. Cependant, c'est aux parents de trouver ce qui leur convient le mieux.

Ils auront également une réunion de sortie avec les puéricultrices et un suivi avec la PMI si besoin, qui permettront aux parents de poser d'autres questions et d'être guidés.

C'est à partir de ces échanges avec les parents, que le psychomotricien va venir rencontrer le nouveau-né.

## **C. Le bilan psychomoteur**

### **1. Quand évaluer le nouveau-né prématuré ?**

Nous avons vu précédemment que la myélinisation du système nerveux est précoce et qu'à partir de la 34<sup>ème</sup> semaine de gestation, le système moteur supérieur, qui est responsable de la motricité volontaire, se myélinise. C'est donc vers la 36<sup>ème</sup> SA que le psychomotricien rencontre le nouveau-né pour réaliser une évaluation psychomotrice complète. Cette évaluation systématique est réalisée pour tous les bébés prématurés nés avant 33 SA, ainsi que pour tous les bébés qui suscitent une inquiétude de l'équipe quant à leur développement psychomoteur (troubles sensoriels et neurosensoriels, syndromes ou maladies génétiques, troubles de la régulation tonique, hospitalisme...)

L'évaluation commence également lors des observations spontanées, en présence ou non des parents ou lors d'un soin, d'un temps d'éveil calme ou d'une phase de sommeil.

### **2. Qu'observe-t-on lors de l'évaluation ?**

Dans les unités de néonatalogie de Bordeaux, les psychomotriciennes ont créé une évaluation en s'appuyant sur les travaux de Laurence VAIVRE-DOURET, des différents items de l'échelle de développement psychomoteur de la première enfance du BRUNET- LEZINE Révisé et l'examen neurologique du Pr Claudine AMIEL-TISON.

L'évaluation permet d'apprécier les compétences du nourrisson prématuré, ses capacités et difficultés à la fois motrices et relationnelles. Elle permet également de surveiller son évolution et son développement psychomoteur. Cette fiche est composée de différents critères que les psychomotriciennes évaluent tout au long de l'hospitalisation de l'enfant, permettant un suivi précis : **observations générales** (comportement, installation, motricité spontanée), **examen postural** (motricité libérée en position semi-assise, fixation oculaire, poursuite oculo-céphalogyre, observations psychomotrices lors des changements posturo-moteurs induits, préhension), **interactions**<sup>55</sup>. L'évaluation est placée dans le dossier de l'enfant, elle est donc à disposition des autres soignants jusqu'à sa sortie.

L'évaluation s'effectue le plus souvent possible en présence des parents. Cela permet de leur montrer comment leur enfant progresse, évolue et de pointer ses compétences. Les parents sont également des partenaires dans cette évaluation. Ils complètent et précisent l'évaluation par leurs observations du comportement et de la motricité de leur bébé.

*Nathan est né à 29 SA pour 880g, par césarienne induite suite à une pré-éclampsie. Il présente rapidement une détresse respiratoire et une maladie des membranes hyalines traitées par surfactant mais une intubation est nécessaire. Sa dysplasie pulmonaire sévère met en échec plusieurs essais d'extubation. Il est opéré à 15 jours pour fermer le canal artériel persistant. Son hospitalisation est longue et compliquée. Nathan présente une paralysie de la corde vocale gauche séquellaire, un hypospadias balano-prépuceal, une hernie inguinale droite qui été opérée, mais également une leucomalacie périventriculaire bilatérale.*

Lors de l'évaluation, Nathan est installé en position semi-assise, face à la psychomotricienne. Sa motricité semble figée avec une fuite du regard.

On peut penser que du fait d'une longue hospitalisation, Nathan se met en retrait. Cependant on observe que dans les bras de sa maman, Nathan accroche son regard, sa motricité est plus fluide et son tonus semble plus harmonieux.

---

<sup>55</sup>Annexe p.101

L'observation des relations parents-enfant permet donc de compléter et d'enrichir l'évaluation psychomotrice.

### **3. Comment se déroule l'évaluation psychomotrice ?**

Pour évaluer le nouveau-né, il faut créer des conditions optimales et tenir compte de l'état de vigilance. Le meilleur moment pour l'évaluation est lorsque le nourrisson est dans un éveil calme. L'état de veille de l'enfant est spécifié sur la fiche d'évaluation afin de donner le contexte de l'examen.

On prend contact progressivement, tout d'abord par la voix et le contact visuel. Puis dans une approche globale, on commence par des sollicitations tactiles de tout le corps, progressives et enveloppantes. Les bébés apprécient un contact ferme et contenant. Il faut toujours proposer à l'enfant une position regroupée, enroulée dans laquelle il va se sentir contenu et sécurisé, afin d'être le plus disponible possible. Le psychomotricien accompagne le bilan d'une contenance corporelle et verbale pour offrir une situation continue à l'enfant, dans l'interaction.

Le psychomotricien commence par apprécier la motricité spontanée du bébé, posé sur la table à langer ou en travers du lit, en décubitus dorsal. Dans cette position on observe le tonus axial et postural, comment il s'étire, se regroupe ou encore s'il s'éparpille. Il faut également repérer les asymétries possibles des membres, la qualité et la quantité des mouvements du nouveau-né et d'éventuels mouvements anormaux tels que des trémulations ou des clonies. Si on observe dans cette position que le nourrisson s'éparpille, il est préférable de réaliser un oreiller sous sa tête avec des langes, afin qu'il soit dans les meilleures conditions.

En décubitus ventral, le psychomotricien observe le redressement de la tête et par conséquent le tonus axial du nourrisson. On peut également apprécier une asymétrie possible.

En décubitus latéral droit et gauche, le psychomotricien regarde la stabilité et l'équilibre du nouveau-né, permettant une évaluation du tonus de posture.

Mis en position semi-assise face au psychomotricien, l'enfant est soutenu au niveau du dos et de la tête. En fixant manuellement ainsi la nuque durant l'observation, « *la motricité réflexe et les mouvements spontanés cèdent temporairement. Une motricité nouvelle apparaît. Elle rappelle la motricité d'un nourrisson plus âgé que la maturation a dépouillé de sa motricité primaire. [...] Elle est exécutée sans motricité parasite et anticipe sur les possibilités motrices ultérieures* »<sup>56</sup>. C'est le principe de la **motricité libérée** d'Albert GRENIER. Dans cette position on sollicite les fonctions neuro-sensorielles du bébé par des stimuli auditifs et visuels, pour tester les réactions d'orientation auditives et visuelles, la fixation oculaire et la poursuite oculo-céphalogyre. On observe également le tonus axial et périphérique, si le nouveau-né reste figé, en hyper-extension ou s'il se détend, relâche les bras et peut ouvrir ses mains. En fonction de l'âge du nourrisson, l'évaluation se portera aussi sur la coordination oculomotrice et la préhension.

Dans les changements posturaux, le psychomotricien observe les réactions toniques et l'ajustement postural de l'enfant à ces changements de position imposées. Il est nécessaire que ces changements de position soient fluides et continus afin de respecter le schème d'enroulement du nouveau-né.

Le comportement global du bébé est également évalué lors de l'examen. Le psychomotricien observe la qualité des interactions, les réactions aux stimulations proposées (mimiques, regards...), comment l'enfant est capable de s'apaiser, s'il y a des comportements d'autorégulation, d'ajustement et la qualité du tonus dans le portage. C'est à travers son corps que le jeune enfant s'exprime, il est donc important d'y être attentif.

---

<sup>56</sup> GRENIER Albert, *La motricité libérée du nouveau-né. Ses prolongements au quotidien pour le confort de la surveillance neurologique*, Médecine et Enfance, 2000, p.37

*Zyan est né à 36 SA. A la naissance des gestes de réanimation et une ventilation ont été nécessaires. Il a inhalé du liquide méconial<sup>57</sup>, impliquant une anoxie périnatale aiguë qui a entraîné une souffrance fœtale.*

Les parents de Zyan s'inquiètent des éventuelles séquelles neurologiques induites par le contexte de la naissance. Zyan est alors sous protection de la direction de l'enfance et de la famille, les parents souhaitant réaliser les démarches d'abandon.

Avec le soutien des psychologues, et de l'assistante sociale, les parents reviennent sur leur décision.

Je rencontre Zyan dans le cadre d'un bilan psychomoteur. Il a alors 1 mois et demi. Les transmissions montrent que les parents s'investissent de plus en plus auprès du petit garçon. Cependant, ils sont très inquiets de son devenir.

Les parents ont bien compris la nécessité d'un suivi au long cours dont va bénéficier leur fils. Ils nous précisent que Zyan a de longues phases de pleurs qui sont difficiles à apaiser. La psychomotricienne leur montre le portage en bouddha qui est très contenant et permet de l'apaiser.

Au niveau de la motricité spontanée, Zyan reste statique et attentif. Progressivement il se saisit des appuis proposés par la psychomotricienne pour se mouvoir de façon plus franche. Zyan fixe immédiatement la psychomotricienne. Dans cette fixation oculaire, Zyan trouve un appui supplémentaire et sa motricité est alors plus fluide, mais manque d'amplitude au niveau périphérique. Les poings sont fermés, avec les pouces adductus bilatéraux<sup>58</sup>, ne permettant pas d'apprécier un mouvement délié des doigts. Le rassemblement est possible, cependant Zyan ne rejoint pas ses mains et il ne tente pas d'explorer sa bouche. Les parents sont très attentifs lors de l'examen.

---

<sup>57</sup> Voir glossaire p.96

<sup>58</sup> Voir glossaire p.96

Lorsque la psychomotricienne met Zyan en position semi-assise, on perçoit un relâchement axial et partiellement au niveau périphérique. La psychomotricienne accompagne verbalement ce bilan, cherchant à valoriser les compétences de Zyan. Quand elle propose des petits jouets à Zyan, le papa s'empare vivement de la proposition et sollicite son petit garçon. Il le touche, lui parle. Zyan montre des mimiques expressives, associées au plaisir lors de ces interactions.

La maman reste en retrait, mais observe avec beaucoup d'émotion.

Ces parents, qui ne souhaitaient pas d'un enfant en situation de handicap, devront être accompagnés et soutenus après la sortie de Zyan. Il est nécessaire d'adapter l'environnement sensoriel de Zyan et d'étayer sa tonicité globale. Cependant, ils ne viendront jamais aux consultations de suivi.

L'examen psychomoteur se réalise généralement en plusieurs séances suivant la disponibilité du bébé. Un nouveau-né, qui plus est prématuré, ne peut être disponible plus de 20 minutes. Une séance d'évaluation est souvent plus longue puisqu'elle comprend en amont un moment de discussion avec les parents et/ou les soignants s'occupant de l'enfant, concernant l'état de l'enfant et ce qui s'est passé dans la journée. Le psychomotricien interroge aussi les parents sur ce qu'ils ont pu observer ces derniers temps : s'il s'éveille plus, comment il bouge... Il peut y avoir des différences entre ce que l'on va observer et ce qui est rapporté par les parents. Il faut alors, au moment de l'évaluation, réajuster en traduisant ce qu'on observe, rassurer les parents sur les mouvements réflexes qui sont normaux et sur le développement psychomoteur de leur enfant.

Le temps du bilan peut avoir une vertu thérapeutique. C'est un temps d'accueil pour les parents et leur enfant, dans un cadre sécurisant. FIELD<sup>59</sup> montre, en 1986, que la participation des parents à l'examen a un effet durable sur l'estime de soi et rapportent se sentir plus compétent avec leur bébé.

---

<sup>59</sup> MELLIER Daniel, « Les programmes de stimulations adressés aux bébés prématurés », dans *La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant*, par RIVIERE James et al., Solal, 1999

## **D. Soutenir, étayer la parentalité et le développement psychomoteur**

Le psychomotricien trouve sa spécificité dans la conscience corporelle, dans le vécu corporel. Il est aussi présent pour prévenir les troubles psychomoteurs liés à la prématurité et/ou une longue hospitalisation précoce. Il participe à la prévention des troubles de la relation liés à un excès, un manque ou encore à des stimulations paradoxales.

Au sein des équipes néonatales, le psychomotricien propose un autre espace-temps de l'hospitalisation. La psychomotricité n'étant pas un soin vital contrairement à d'autres pratiques hospitalières, le psychomotricien peut prendre le temps nécessaire et s'inscrire dans une temporalité singulière qui contraste avec l'urgence hospitalière habituelle. Cette temporalité particulière de notre intervention, nous permet d'avoir des temps d'observation, d'écoute, une grande disponibilité et adaptation pour être attentif à l'enfant et à ses parents.

Le psychomotricien apporte une vision globale de l'enfant, de sa motricité, de son psychisme et de ses interactions. Il est souvent qualifié de « traducteur » de la motricité de l'enfant.

Cette partie traite des différents moyens dont dispose le psychomotricien pour soutenir le bébé et ses parents.

### **1. La prévention posturale**

Le positionnement des bébés prématurés a été mis en place à des fins préventives et s'appuie sur les travaux d'Albert GRENIER dans les années 1980. Le bébé prématuré est hypotonique, il ne possède pas encore la force musculaire de mobiliser seul son corps.

Chez le prématuré, sa « *maturation neurologique ne peut se poursuivre convenablement que dans une position fœtale de regroupement, de flexion et d'enroulement : or, le grand*

*prématuré a une tonicité trop faible pour retrouver sa position fœtale »*<sup>60</sup>. Les observations de NEWMAN et les études d'HELDERS<sup>61</sup> montrent que les bébés organisent leur positionnement en couveuse pour entretenir des contacts tactiles au sein de la couveuse. Ces données expliquent l'importance d'installer les nouveau-nés dans des cocons.

Ils sont confectionnés à partir de langes ou de coussins fermes sans mémoire de forme. Contenants et enveloppants, ils sont adaptés pour assurer le schéma postural d'enroulement avec une flexion au niveau de la nuque et du bassin. Le cocon évite la position en hyper-extension, dite du chandelier, posture non stable et destructurante. Le cocon permet également d'éviter des déformations de la boîte crânienne (plagiocéphalie positionnelle) et ainsi de créer une asymétrie axiale.



*Les épaules en rotation externe et les bras en chandelier, le bébé ne peut pas se regrouper*



*Position regroupée dans le cocon*

Le positionnement est personnalisé en fonction des préférences de l'enfant, de son état clinique, de la contrainte technique (sonde, cathéter...), en alternant en position dorsale, ventrale et latérale. La posture regroupée assure un confort corporel au nourrisson. La sensation de contenance et de sécurité de base, maintenu ainsi dans le cocon, renforce la notion d'enveloppe et de limite corporelle. Le cocon ne doit pas limiter les mouvements du

---

<sup>60</sup>COLOMBIE, LEUGER, ALBERGE, « La part de la psychomotricité dans un protocole expérimental de prise en charge précoce du grand prématuré au sein d'un réseau de soins : « P'tiMip » en Midi-Pyrénées » dans *Entretiens de bichat 2009*

<sup>61</sup> Daniel MELLIER, « Les programmes de stimulations adressés aux bébés prématurés », dans *La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant*, de James RIVIERE et al., Solal, 1999

bébé. Selon les sollicitations extérieures, il doit pouvoir se diriger vers elles, et ainsi explorer les différents espaces (espace droit, gauche et oral). Cela encourage le développement de la connaissance du corps et permet au bébé de s'apaiser plus rapidement lorsqu'un événement vient le désorganiser. La prévention posturale diminue donc le stress de l'hospitalisation.

Soutenu et soulagé de la pesanteur, la motricité spontanée du bébé est favorisée. L'enfant semble plus détendu, plus disponible ce qui renvoie une image positive aux parents. Ainsi le cocon encourage et augmente les interactions entre le nourrisson et son environnement, en particulier ses parents.

Les parents sont des partenaires dans la prise en soin de leur enfant. Le psychomotricien après leur avoir expliqué l'utilité du cocon, montre comment il est conçu et comment positionner leur enfant. Le plus souvent les cocons sont formés d'un coussin pour la tête et d'un boudin amovible. La tête du bébé doit se trouver tout en haut du coussin et le boudin sous les fesses du bébé. Les points d'appuis sont les mêmes que lorsqu'on porte l'enfant. Il est parfois utile de rajouter des langes pour renforcer le soutien.

Les parents rapportent souvent qu'au moment du change, leur enfant se désorganise. C'est un moment désagréable autant pour l'enfant que pour eux. Le change à quatre mains peut être réalisé, quand cela est possible. Un des parents aide le nourrisson à se rassembler et le regroupe par le bassin, pendant que l'autre le change. Cependant, ce n'est pas toujours possible. Le psychomotricien propose d'utiliser le coussin du cocon ou d'en réaliser un avec un lange : au dessous de la tête et sous les épaules seulement. Le change peut ensuite être réalisé sur le côté, en enroulant le bassin.

<p>La prévention posturale auprès des bébés prématurés se doit d'être contenante et de préserver le schéma d'enroulement. Dans une posture confortable, l'enfant est disponible à la relation, et invite les parents à entrer en interaction avec lui.</p>
--

Le psychomotricien est donc attentif à la prévention posturale de l'enfant. Cependant, l'environnement technique peut imposer une posture asymétrique au bébé et être source d'inconfort. Le psychomotricien se doit d'y être attentif dans ses observations, et différencier une asymétrie normale en flexion (ou réflexe de l'escrimeur), d'une asymétrie imposée ou encore d'une asymétrie persistante.

## **2. Aménagement de l'environnement**

Nous avons vu, premièrement, que la recherche d'installations posturales en collaboration avec les parents, renvoient l'image d'un bébé confortable et paisible grâce au rassemblement.

Il est ensuite nécessaire d'adapter l'environnement à l'âge de l'enfant. Lorsqu'un bébé reste longtemps dans les unités de néonatalogie, le psychomotricien tend à favoriser l'éveil du bébé en modifiant son environnement qui suscitera la découverte et permettra une relation plus active du nouveau-né. Une fois que celui-ci possède des moments plus longs d'éveil, le psychomotricien et l'équipe proposent de passer le bébé du berceau au lit à barreaux. L'installation d'un support visuel, comme un mobile, permet au bébé de se canaliser et d'éviter qu'il regarde le plafond dans le vide et se désorganise dans sa corporéité. C'est un appui supplémentaire au soutien postural. Les parents sont invités à apporter leur propre mobile, et doudou.

Quand l'enfant est placé dans un lit à barreaux, entouré de peluches et de jouets, on entend régulièrement les parents exprimer une joie de voir leur bébé comme un « vrai bébé ».

<p>L'environnement, ainsi moins hospitalier, est plus favorable pour que les parents établissent une prise de contact avec leur bébé, leur permettant de mieux investir la relation.</p>
--

### 3. Accompagner les parents lors d'un soin

Lors d'un soin réalisé par un soignant, en présence des parents, le psychomotricien vient observer le nouveau-né et accompagner les parents. Un soin peut être désorganisateur pour l'enfant. Il faut donc lui offrir un apaisement au travers de manœuvres contenantes.

Les parents réalisent bien souvent d'eux-mêmes ces manœuvres. Cependant, on observe, souvent au début, qu'ils n'osent pas s'approcher de l'enfant, de peur de le toucher ou de gêner le soignant. Le psychomotricien invite les parents à y participer, en posant leur main sur le ventre de leur bébé, par exemple. L'agrippement (ou grasping) apaise également le nourrisson. Il est ainsi proposé aux parents de servir de contact à l'enfant par cet agrippement. Le grasping est certes un mouvement réflexe, mais c'est surtout un moment intense entre le parent et son bébé. Le psychomotricien invite aussi le parent à regrouper l'enfant. A l'aide de ses mains comme soutien, le bébé s'enroule et s'apaise durant le soin.

Les manœuvres contenantes permettent ainsi de minimiser les états d'excitation et de stress de l'enfant et lui offrent une sécurité de base en lui faisant prendre conscience de son axe corporel.

*Emin est né à 27 SA. Il est hospitalisé en réanimation pédiatrique pour une altération des fonctions cardio-pulmonaires et du fait de sa grande prématurité. Quand je le rencontre, il a 37 SA et se trouve dans l'unité de néonatalogie.*

Lorsque que nous rencontrons Emin et sa maman, Emin est installé sur une table en décubitus dorsal. Il est en extension et sa motricité est figée, la tête tournée à l'opposé de sa maman. Madame A. attend l'auxiliaire de puériculture pour donner le sein à son fils.

La maman parle peu à son bébé, s'autorise peu à le toucher, ni à le tourner vers elle. Emin dirige son regard vers elle, sans pouvoir tourner la tête. Cela majore son irritabilité et sa posture en extension. Son regard est donc labile. Il s'auto-stimule en tétant sa sonde. Sa maman lui propose la tétine qu'Emin refuse.

La psychomotricienne fait remarquer à la maman qu'Emin essaie de la regarder et lui propose de le tourner doucement vers elle par le bassin avec un appui dans le dos pour le regrouper. La

maman tourne Emin qui s'éparpille, puis s'apaise par les bercements au niveau du bassin que lui propose sa maman.

Emin apaisé et soutenu, accroche le regard de sa maman. Il peut alors montrer qu'il a faim par un réflexe de foussement.

Quand Emin s'auto-stimule par la succion de sa sonde et que sa maman lui propose une stimulation non ajustée, on parle de dystimulation. On observe que la maman s'approprie et s'appuie sur les conseils de la psychomotricienne, ce qui permet à son petit garçon de s'apaiser.

L'observation des soins permet d'apprécier ce que montre le bébé, ce qu'en comprennent les parents et comment ils s'approprient les interprétations du psychomotricien. Ainsi ce dernier évalue la relation parent-enfant et l'accompagne.

#### **4. Séances de psychomotricité : traductions de la motricité**

Les séances de psychomotricité s'organisent dans la chambre de l'enfant, dans les bras de ses parents s'ils sont présents ou ceux du psychomotricien, au travers de son lit ou encore sur le tapis d'éveil quand il est plus grand. Le moment de la séance est défini selon le rythme propre de l'enfant, le plus souvent avant de téter et en fonction de sa disponibilité.

Le psychomotricien intervient dans les premiers échanges entre parents et bébé. Il est le « traducteur » de la motricité de l'enfant. *« L'originalité de la psychomotricité est de prendre en compte le corps traumatisé du bébé, d'en parler avec les parents, de chercher conjointement ce que l'on peut faire pour ce bébé, dans le but d'une réappropriation afin qu'ils retrouvent le plus rapidement possible une place essentielle de soutien de leur enfant »*<sup>62</sup>.

Le psychomotricien met des mots sur ce que l'enfant est en train de faire, dans l'ici et le maintenant, et sur les appuis qu'on offre au bébé pour qu'il montre ses compétences. La

---

<sup>62</sup>ARNAUD Claudi, « L'expérience psychomotrice à la rencontre du bébé prématuré et de ses parents de porcelaine » dans *Evolution psychomotrices*, vol. 17, 2005, n°67

traduction de la motilité de l'enfant donne des repères aux parents pour qu'ils communiquent dans une langue commune : c'est le dialogue du corps.

*La naissance de Noah à 25 SA + 4 jour est spontanée. Il pesait seulement 780g. C'est un prématurissime. Il sera hospitalisé durant 6 mois.*

Quelques semaines avant la sortie, nous venons à la rencontre de Madame C. et de son fils, qui est aujourd'hui à terme. Noah dort profondément et paisiblement dans les bras de sa maman. Madame C. explique que maintenant qu'il fait des progrès « *on se sent enfin parents et plus soignants. On peut souffler, se projeter. On a passé un cap.* »

Madame C. nous confie qu'elle aimerait bien refaire du peau à peau mais maintenant que Noah a grandi, elle souhaite le voir, partager des regards.

La psychomotricienne lui propose de faire du peau à peau en mettant Noah dans une position de berceau. Aujourd'hui Noah est grand, la position ventrale n'est pas obligatoire, contrairement aux croyances des parents.

Tout en soutenant le bébé dans une posture contenant, le psychomotricien utilise différents médiateurs, tels que des objets tactiles, auditifs et/ou visuels, pour le solliciter. Le soignant cherche à aider l'enfant à manifester sa curiosité pour le monde, sa quiétude, et ses capacités tout en le guidant dans sa motricité naissante. Il joue un rôle dans l'interaction entre les parents et leur bébé, en les aidant à décrypter les états de tension de ce dernier, sa douleur éventuelle et ses attentes. Le psychomotricien s'intéresse à ce que sait faire l'enfant, et le valorise auprès de ses parents.

Le rôle du psychomotricien n'est pas de se substituer aux parents. C'est ensemble, avec les parents, qu'ils cherchent à découvrir le comportement du bébé. Le psychomotricien les invite à observer leur enfant, à lui décrire son comportement, sa motricité, la façon dont il répond à son environnement et cela pour leur montrer ses capacités à être un interlocuteur dans l'interaction, si petit soit-il.

Il est nécessaire d'être attentif à la place qu'on occupe. Durant mon expérience auprès de ces enfants, j'ai eu l'occasion de rencontrer une petite fille d'un mois, présentant un état important d'agitation. Il m'était très difficile de l'apaiser seulement par des manœuvres contenant. J'observe vite qu'elle est sensible aux stimulations vestibulaires par des bercements au niveau du bassin. Au fil de son hospitalisation, son agitation a augmenté, et les bercements n'étaient plus suffisants. J'ai pu l'apaiser, par une mobilisation simple : le portage en bouddha. Ce mode de portage consiste à caler le dos du bébé contre soi, tenir le bassin et les jambes en flexion d'une main, et poser l'autre sur son tronc.

Il est nécessaire d'expliquer aux parents que cette position, donne à l'enfant un soutien aux niveaux postérieur et antérieur, qui permet un relâchement musculaire global en favorisant l'enroulement axial. Ainsi contenu, cette posture limite l'agitation du bébé et lui permet une attention soutenue. Sans oublier que notre position de soignant influe sur notre relation tonico-émotionnelle différente de celle des parents emprunt d'inquiétude de ne pas y arriver. Pour que le bébé et son parent prennent leur place dans cette communication précoce, il faut qu'ils développent leur capacité de régulation émotionnelle.

Les parents doivent arriver à s'approprier cette guidance pour dialoguer avec leur enfant et se rassurer quant à leur « compétence de parents ». Le psychomotricien les invite à être acteurs de la séance en sollicitant les capacités à jouer de leur enfant ou en le calmant. En ce sens, l'idée n'est pas qu'ils reproduisent des séances de psychomotricité à la maison, mais de leur donner quelques outils pour parvenir à mieux entrer en relation avec leur enfant.

Le psychomotricien est également là pour écouter et accueillir les angoisses parentales. En effet, le développement psychomoteur est un enjeu important du développement de l'enfant. La tenue de tête est souvent une angoisse importante ainsi que le retournement. L'angoisse parentale qui revient le plus souvent est la marche.

Ainsi, par la place et l'importance du rôle du psychomotricien dans le développement global du prématuré en néonatalogie, il apparaît nécessaire que le suivi et la guidance parentale pour ces familles ne s'arrêtent pas à la sortie de l'hôpital.

## **E. Les consultations de suivi**

Lorsqu'une sortie approche, le psychomotricien présente aux parents le programme de suivi mis en place pour leur enfant, dans le cadre de sa grande prématurité. Les consultations de suivi de la grande prématurité, sont réalisées conjointement par un pédiatre et un psychomotricien.

### **1. Rôle du suivi en consultation conjointe**

Les consultations conjointes pédiatre et psychomotricien sont proposées à tous les enfants nés avant 33 SA ou lors de complications périnatales graves. Les objectifs de ces consultations sont d'évaluer le niveau psychomoteur de l'enfant ainsi que la qualité de la relation parent-enfant. Ces consultations permettent au bébé et à ses parents de nous raconter « comment ils vont ». Le pédiatre réalise un examen médical et le psychomotricien un bilan psychomoteur, ainsi qu'une évaluation clinique. Ce binôme permet d'atteindre un objectif commun grâce aux compétences complémentaires des deux soignants. Cette consultation clinique permet aux professionnels d'attester de la bonne santé de l'enfant, en l'envisageant dans sa globalité.

Ces consultations de suivi sont réalisées dans une grande pièce composée d'un bureau, d'une table de consultation, mais également de tapis et de nombreux jouets adaptés à chaque âge accueilli. Les deux praticiens ne portent pas de blouse lors des consultations, afin de faire oublier le cadre hospitalier dans lequel ils se trouvent.

*Axel est un ancien prématuré. Né à 30 SA, il a 3 ans quand je le rencontre en consultation*

*Il présente une surdité moyenne et possède une stomie<sup>63</sup> digestive.*

Sa maman explique que malgré les différents suivis pour Axel aux niveaux auditif et digestif, elle souhaite préserver les consultations de suivi de la grande prématurité. Elle trouve qu'il n'y a qu'ici qu'on regarde Axel dans sa globalité.

On sent la maman dépassée par tous ces services qui ne communiquent pas. Au point, qu'il y a eu une rupture avec le CAMSP de phono-audiologie.

Le pédiatre propose de réaliser une synthèse collégiale, qui regroupera les différents professionnels qui s'occupent d'Axel. Cette synthèse permettra de réaliser une prise en charge cohérente.

## **2. Le calendrier**

Du fait de la grande prématurité des enfants qui sont rencontrés lors des consultations, il est important de rencontrer les enfants selon leur âge corrigé. Les consultations sont réalisées selon un calendrier prévisionnel en fonction d'étapes clefs du développement psychomoteur. La première année est composée de quatre rendez-vous à 3 mois, 6 mois, 9 mois et 12 mois. La deuxième année deux rendez vous sont proposés à 18 et 24 mois. Puis à partir de 3 ans, les enfants sont suivis une fois par an jusqu'à 7 ans si besoin. Ce calendrier s'ajuste en fonction des besoins de la famille et des inquiétudes des soignants.

Le suivi en consultation conjointe est présenté comme un partenariat avec les parents. Les rendez-vous et le principe doivent leur convenir.

---

<sup>63</sup> Voir glossaire p.96

### 3. Une prévention précoce

Les bébés grands prématurés et ceux ayant subi des complications graves ont plus de risques d'avoir des troubles du développement. Jean BERGES et al. décrivent, en 1969, le « ***syndrome tardif de l'ancien prématuré*** ». « *Ils concluent que le devenir psychologique, à durée égale d'hospitalisation, dépend des conditions sociales et affectives du milieu. Ils montrent par ailleurs que la naissance prématurée a des incidences marquées sur le développement des notions spatiales (schéma corporel, maîtrise des notions spatiales)* »<sup>64</sup>.

L'étude épidémiologique sur les petits âges gestationnels (EPIPAGE)<sup>65</sup> montre que le devenir à long terme des prématurés reste imprévisible même en l'absence de lésions cérébrales. Les consultations de suivi révèlent l'apparition de troubles dits « mineurs » après la petite enfance qui peuvent être à l'origine de difficultés d'intégration scolaire, puis sociale. « *Quarante pour cent des grands prématurés présentent des troubles, dont les principaux sont le déficit intellectuel, les difficultés cognitives, les dysfonctionnements neurosensoriels avec les dyspraxies et les troubles du comportement et de l'attention* »<sup>66</sup>.

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

Un des objectifs de ces consultations est d'effectuer un dépistage précoce. Il faut donc repérer les éventuels symptômes, qui peuvent être évocateurs de séquelles. Si le binôme pédiatre/psychomotricien dépiste des troubles dans le développement de l'enfant, ou dans la relation parent-bébé, ils ont alors pour rôle d'orienter la famille vers une PMI, un CAMSP, des professionnels en libéral, pour qu'une prise en charge thérapeutique et pluridisciplinaire puisse être commencée.

---

<sup>64</sup> MELLIER Daniel, « Les programmes de stimulations adressés aux bébés prématurés », dans *La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant*, Edition Solal, 1999

<sup>65</sup> GARCIA-MERIC, « Devenir neurodéveloppemental à long terme » dans *Elsevier Masson SAS*, 2011

<sup>66</sup> Ibid.

*Nathan est né à 29 SA pour 880g, par césarienne induite suite à une pré-éclampsie. Son hospitalisation est longue et compliquée, marquée par une dysplasie pulmonaire sévère et une leucomalacie périventriculaire bilatérale.*

Je revois Nathan, lors de sa deuxième consultation de suivi, il a alors 6 mois et demi, soit 4 mois d'âge corrigé. Lors de l'examen on constate une asymétrie à gauche qui persiste depuis l'hospitalisation. On observe également les pouces-adductus (poing fermé avec le pouce à l'intérieur) qui est un signe de séquelles neurologiques potentielles du fait de sa leucomalacie.

La pédiatre et la psychomotricienne proposent un bilan en kinésithérapie pour l'asymétrie axiale persistante. Le papa inquiet demande si « *c'est grave ?* ». La psychomotricienne explique que si on laisse Nathan ainsi, il aura une préférence pour le côté gauche et donc explorera son corps essentiellement de ce côté. Avec le bilan et des séances on verra s'il y a des rétractions musculaires ou non et cela permettra à Nathan d'avoir une motricité harmonieuse et coordonnée entre la droite et la gauche.

Du fait de sa leucomalacie, Nathan sera plus particulièrement surveillé, afin de mettre en place une prise en charge précoce et adaptée.

#### **4. Soutenir les parents à long terme**

La première consultation est aussi un lieu où les parents peuvent mettre des mots sur leur vécu de l'hospitalisation, poser des questions, faire part de leurs inquiétudes.

Le but de ces consultations est également de soutenir les parents dans leur parentalité. Le binôme pédiatre-psychomotricien avance avec les parents, à la rencontre de leur enfant, en s'appuyant sur leurs observations. Il s'agit de faire émerger les compétences du nouveau-né aux yeux de ses parents et pour le psychomotricien de traduire ce que nous montre leur enfant lorsque les parents sont inquiets.

Lors de l'examen médical, le pédiatre et le psychomotricien invitent les parents à se rapprocher de leur enfant pour que ce dernier puisse être rassuré par leur présence. Ainsi les parents peuvent participer à l'examen et cela permet aux soignants d'apprécier les interactions parents-enfants.

Il s'agit là de redonner toute la place aux parents dans leur rôle et de se situer en tant qu'aidant à cette parentalité.

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

*Je rencontre Lilou et sa maman lors de la première consultation conjointe. Lilou est née à 31 SA pour 1,730kg avec sa sœur Loane décédée quelques jours après la naissance. Les petites filles ont un aîné de 6 ans. Au retour à la maison, Lilou présente des reflux gastro-œsophagiens<sup>67</sup>, qui lui provoquent des malaises.*

La maman explique qu'il est parfois dur de regarder sa petite fille sans penser à sa sœur. Elle confie qu'elle n'a pas de temps pour elle, qu'elle ne se sent pas prête à reprendre son travail et qu'elle doit s'occuper de son fils alors que Lilou pleure tout le temps, et ne s'apaise que rarement.

La maman semble exténuée. Elle doit tenir pour toute la famille et ne s'est toujours pas autorisée à pleurer la mort de Loane. Au cours de cette consultation, la maman craque enfin et nous fait part de son envie d'être accompagnée psychologiquement dans ce processus de deuil.

Lors de l'examen de Lilou, la psychomotricienne doit partir. Je sens la maman fragile et préfère rester à la consultation. Madame M. s'inquiète pour sa petite fille qui ne s'apaise pas. Lors de l'examen, le pédiatre montre à la maman que Lilou est pleine de ressources et qu'elle a les compétences nécessaires pour s'apaiser. La maman recherche mon regard afin d'avoir un

---

<sup>67</sup> Voir glossaire p.96

deuxième avis. Je la rassure, sa petite fille va bien. Lilou est très attentive et se rassure de sa présence ce qui lui permet de se rassembler.

Lors de cette consultation, il m'a semblé nécessaire de rester pour garder un espace contenant pour cette maman et sa fille dans un esprit bienveillant.

## 5. Pourquoi un psychomotricien plus qu'un autre soignant ?

Le pédiatre néonatalogiste est un médecin spécialiste de l'enfant hospitalisé précocement. Il connaît bien le développement psychomoteur de l'infans. De plus, une naissance prématurée est un événement souvent traumatisant pour les parents. Un psychologue pourrait donc avoir sa place dans ces consultations conjointes.

Au sein de mon lieu de stage, il est d'ailleurs exposé aux parents qu'un psychologue travaille avec le pédiatre et le psychomotricien. Celui-ci est disponible pour rencontrer les parents, s'ils en font la demande. Lors des consultations conjointes pédiatre-psychomotricien, il y a donc également une évaluation de l'état de santé psychique des parents, afin de leur proposer une écoute, un soutien au sein de l'hôpital ou à l'extérieur.

### ***Pourquoi une consultation conjointe pédiatre-psychomotricien et non pédiatre-psychologue ?***

C'est dans l'histoire des consultations conjointes à Bordeaux que la psychomotricité intègre le milieu hospitalier pour la première fois dans le cadre d'un projet de recherche clinique mis en place par le Docteur Joly. Cette recherche a pour but de réaliser des « consultations « spécialisées » dans le développement des enfants prématurés à risque de séquelles »<sup>68</sup> d'où l'intérêt de l'intervention du psychomotricien, qui sera dans un premier temps dédiée aux consultations de suivi.

---

<sup>68</sup> Normand Maylis, *Intérêt d'une consultation conjointe pédiatre-psychomotricien dans le cadre du suivi de la grande prématurité*, mémoire de psychomotricité 2013 ; extrait d'un entretien entre Maylis Normand et le Docteur Joly, pédiatre

L'enfant est au centre de l'intérêt de ces consultations, c'est pourquoi les compétences du psychomotricien sont plus indiquées que celle du psychologue qui en service néonatal est plus centré sur le vécu des parents.

Outre ce contexte et la spécialisation du psychomotricien autour du développement du jeune enfant, les indications de la psychomotricité dans les unités de néonatalogie sont identiques aux indications des suivis de consultations. Le psychomotricien est un des rares soignants qui suit l'enfant durant toute son hospitalisation. Généralement, c'est le même soignant qui suivra l'enfant en consultation conjointe. Le psychomotricien permet ainsi de faire lien autant pour l'enfant que pour les parents. Il s'agit d'un repère important pour eux. Il permet ainsi une continuité de son rôle de contenant.

Lors des consultations les questions des parents s'orientent sur le développement psychomoteur de leur enfant né trop tôt et sur leur devenir en présence ou non de séquelles. Les parents recherchent des conseils sur les activités à proposer à leur enfant en fonction de l'âge, sur le portage ou encore sur les postures. Sur ces questions le psychomotricien est plus à même de répondre que le pédiatre, d'où cette complémentarité.

*Je rencontre Lucien, Corentin et ses parents lors de la première consultation de suivi. Nés à 25 SA et 6 jours, ils ont aujourd'hui 22 semaines soit presque 1 mois d'âge corrigé.*

La maman rapporte qu'elle observe, au moment du bain, que Lucien se disperse encore quand on le dénude. Les bras sont en hyper extension et il tourne la tête dans tous les sens. La psychomotricienne propose de faire un petit oreiller avec des serviettes au-dessous de la tête et des épaules de Lucien, mais pas jusqu'aux omoplates, sinon cela gêne le bébé.

L'oreiller avec une serviette reprend le principe du cocon installé en néonatalogie. Complété avec un bercement du bassin, cela permet à l'enfant de se rassembler et de se rassurer dans ce moment qui semble angoissant pour Lucien. Une fois apaisé, on peut progressivement enlever les mains qui soutiennent le bassin pour réaliser le bain.

Le psychomotricien a une place de choix dans les consultations de suivi auprès des parents et de leur enfant né prématurément. Il permet de faire un lien de continuité entre les unités néonatales et la sortie d'hospitalisation. Ce lien préserve le rôle de contenant du psychomotricien, dans cet espace-temps, afin de soutenir la parentalité. Par son regard bienveillant, il traduit les compétences du jeune enfant, valorisant celle des parents.

## **F. « La psychomotricité auprès de votre enfant »**

### **1. Une proposition**

Au cours de ce stage, j'ai participé à de nombreuses premières consultations de suivi de la grande prématurité. Lors de ces consultations, le psychomotricien et le pédiatre demandent aux parents s'ils ont compris le concept de ce suivi ou s'ils ont besoin qu'on leur réexplique. En grande majorité ils répondent : « *On a dû me l'expliquer mais je ne m'en souviens plus. Vous savez j'ai vu tellement de personnes défiler, que je ne me rappelle pas de tout ce qu'ils m'ont dit* ».

La naissance d'un enfant prématuré est synonyme d'urgence et la question du devenir prédomine. Les parents doivent assimiler une multitude d'informations en peu de temps. Ils ne sont pas toujours psychiquement disponibles pour les entendre et les retenir.

Actuellement dans le livret d'accueil d'une des unités, la psychomotricité est seulement définie par la rencontre « *des bébés et de leurs parents sur prescription médicale dans le cadre de la prévention éventuelle des troubles du développement psychomoteur, de la guidance et de l'évaluation psychomotrice* »<sup>69</sup>.

---

<sup>69</sup> Livret d'accueil « à l'attention de mes parents », Unité de néonatalogie

Au vu de ces faits, il me semble intéressant de réaliser une plaquette plus précise du rôle du psychomotricien auprès des enfants en réanimation pédiatrique et néonatale, et en néonatalogie, qui serait dédiée aux parents. Le principe du suivi de la grande prématurité et des enfants ayant subi une souffrance fœtale pourrait également figurer sur ce document. Ainsi, les parents auraient les informations à disposition et pourraient les utiliser au moment propice pour eux.

## 2. Un projet

Cette plaquette serait adressée aux parents dont l'enfant a une **prescription médicale** auprès d'un psychomotricien. A la fin de **la première rencontre** avec les parents, le psychomotricien donnerait aux parents la plaquette. Celle-ci pourrait permettre au parent présent d'en parler avec son conjoint, si celui-ci est absent. Ils pourraient ainsi réfléchir ensemble aux questions qu'ils aimeraient poser au psychomotricien.

L'équipe soignante qui est au quotidien en contact avec le nouveau-né et ses parents devra elle aussi s'approprier cette plaquette. Les parents se confient aux soignants qu'ils connaissent, ce qui permet à l'équipe de faire le lien avec le psychomotricien.

Cette proposition de projet est bien évidemment à réfléchir en équipe. Je souhaite vous proposer ma réalisation de plaquette explicative dédiée aux parents, qui sera présentée aux équipes soignantes, ainsi qu'à des parents ayant vécu une hospitalisation précoce de leur enfant.

Ce document est présenté sur une feuille A4, pliée en trois.

## **Après l'hospitalisation : les consultations de suivi**

Les consultations bi-disciplinaires, avec un pédiatre et un psychomotricien, permettent de suivre la bonne évolution de votre enfant.

N'hésitez pas à leur poser toutes vos questions (alimentation, sommeil, mode de garde, développement psychomoteur, éveil ...)

### **Pour qui ?**

Pour tous les enfants nés avant 33 semaines d'aménorrhée ou ayant subi des complications périnatales.

### **Quand ?**

La première année : quatre rendez vous à 3, 6, 9 et 12 mois d'âge corrigé.

La deuxième année : à 18 et 24 mois.

A partir de 3 ans : une fois par an jusqu'à 7 ans si besoin.

Ce calendrier s'ajuste à vos besoins et à ceux de votre enfant.

## **Pôle pédiatrique**

Les psychomotriciens à votre écoute:

## **La psychomotricité**

### **auprès de votre**

## **Bébé**



**Unité de réanimation  
pédiatrique et néonatale et  
unités de néonatalogies**

© Mlle Nathalie MICHAU, stagiaire en troisième année de psychomotricité,  
en vu de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricien

## Un psychomotricien, c'est qui ?

C'est un professionnel de santé, ayant un diplôme d'Etat de psychomotricien. Il intervient sur prescription médicale. Son approche est globale. Il considère que les fonctions motrices, sensorielles, l'état psychique, affectif et relationnel sont liés et indissociables.

## Que fait-il auprès de votre enfant ?

Par un travail de rencontre avec votre bébé, et dans une réflexion commune avec l'équipe soignante et vous-même, le psychomotricien est attentif :

- Au confort de votre enfant, pour lui offrir une posture idéale qui favorise son développement, avec notamment l'installation d'un cocon.

- À l'aménagement de l'environnement. Votre enfant est vulnérable aux stimulations environnementales, il faut donc y être vigilant.

Le psychomotricien participe également aux soins de votre enfant. Avec l'équipe soignante, ils ajustent les stimulations pour optimiser son vécu sensoriel et moteur.



Sur prescription médicale, le psychomotricien réalise :

- un bilan psychomoteur qui évalue les compétences motrices, affectives et relationnelles de votre bébé. Il est systématique pour les enfants nés avant 33 semaines d'aménorrhée

ou ayant subi des complications périnatales.

- Des séances de psychomotricité axées sur les difficultés motrices, sensorielles et relationnelles, afin de guider et soutenir votre bébé.

Lors des interventions du psychomotricien, votre présence est conseillée.

**C'est avec vous que le psychomotricien cherche à découvrir votre bébé.**

Il est aussi présent pour répondre à vos questions, vos inquiétudes, vous soutenir et vous guider dans vos ressentis et votre vécu.

## CONCLUSION GENERALE

Ainsi le devenir à long terme des enfants nés prématurément est une préoccupation au sein des équipes néonatales. Les équipes de néonatalogie travaillent ensemble pour soutenir les bébés prématurés et leurs parents prématurés. C'est un travail transdisciplinaire qui se met en place autour de ces familles.

C'est à travers son travail auprès du bébé prématuré que le psychomotricien soutient et étaye la parentalité. Par son approche psycho-corporelle du nouveau-né, il aide les parents à décrypter ses comportements, grâce au langage corporel observé. Selon Claudine AMIEL-TISON et Albert GRENIER « *toute démonstration précoce de ses capacités intactes fait mieux que tous les discours, et alors seulement les parents oseront communiquer avec leur enfant à part entière* »<sup>70</sup>. En effet, pour favoriser un meilleur accordage parent-bébé, le psychomotricien aide les parents à découvrir ce qu'ils font de bien. Les parents prennent ainsi plus facilement une place de soutien pour leur enfant.

Ces axes de prise en soin se poursuivent lors des consultations de suivi de la grande prématurité. Ce suivi rassure les parents sur le développement psychomoteur de leur enfant. Un relais est parfois nécessaire.

A court terme, les consultations en libéral sont orientées vers un retard psychomoteur ou une guidance parentale. A long terme, on peut observer des troubles des apprentissages scolaires ou des difficultés sociales, etc. que j'ai notamment pu observer au cours de mon stage en cabinet libéral.

Il est nécessaire d'accompagner l'enfant et ses parents dans ce parcours si particuliers.

**« Quiconque se préoccupe de l'enfant a nécessairement, en parallèle, le souci de ses parents.**

***L'un ne va pas sans l'autre* »<sup>71</sup>.**

---

<sup>70</sup> Patrice BLOISSIER, « Psychomotricité et nouveau-nés hospitalisés : quels soins ? », dans *La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant*, de James RIVIERE et al., Solal, 1999

<sup>71</sup> HOUZEL Didier et al., *Les Enjeux de la parentalité*, Erès, 2004

# BIBLIOGRAPHIE

**AJURIAGUERRA Julian et CAHEN MICHEL**, « Tonus corporel et relation avec autrui, l'expérience tonique au cours de la relaxation », dans *Revue de Médecine Psychosomatique*, 1960

**ARNAUD Claudi**, « L'expérience psychomotrice à la rencontre du bébé prématuré et de ses parents de porcelaine » dans *Evolution psychomotrices*, vol. 17, 2005, n°67

**ALLEZ Eugénie et SIMEONI Florence**, « Prise en charge en psychomotricité autour du lien parents/enfant dans un service de rééducation pour enfants présentant des atteintes neurologique acquises, perturbation du lien parent-enfant » dans *Evolution psychomotrices*, vol. 17, 2005n°67

**ALONSO-BEKIER Séverine**, « Petit prématuré deviendra grand... ou nécessité du suivi en psychomotricité » dans *Evolution psychomotrices*, vol. 17, 2007, n°67

**APTER-DANON Gisèle et JARICOT Béatrice**, « Le dialogue tonico-émotionnel parents-bébé : une mise en scène de l'intersubjectivité » dans *Evolution psychomotrice*, vol. 16, 2004, n°63

**BION Wilfried Ruprecht**, « La fonction alpha », tirée de *Aux sources de l'expérience*, éditions PUF, collection Bibliothèque de Psychanalyse, 1979, sur [http://www.tabledesable.fr/pdf/BION\\_fonction\\_alpha.pdf](http://www.tabledesable.fr/pdf/BION_fonction_alpha.pdf)

**BOSCAINI Franco**, « Le rôle du dialogue tonique dans la genèse de la relation parentale et thérapeutique » dans *Evolutions psychomotrices*, vol. 16, 2004, n°63

**BYDLOWSKI Monique et GOLSE Bernard**, « De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectivation » dans *Carnet Psy* (<http://www.carnetpsy.com/Archive/Recherches/items/p58.htm>)

**CANIZAREZ HERNADEZ M.**, « Le dialogue tonico-émotionnel, Réflexion à partir de la psychologie » dans *Evolutions psychomotrices*, vol. 16, 2004, n°63

**COLOMBIE, LEUGER, ALBERGE**, « La part de la psychomotricité dans un protocole expérimental de prise en charge précoce du grand prématuré au sein d'un réseau de soins : « P'tiMip » en Midi-Pyrénées » dans *Entretiens de bichat 2009*

**CREMOUX Clémence**, *Etre et devenir : les liens d'attachements dans le contexte de la prématurité*, Mémoire de psychomotricité, 2013

**CYRULNICK Boris**, « Le lien d'attachement chez l'enfant : empreinte et niche sensorielle » dans *JDP Petite Enfance*, 2010, n°67

**DRUON Catherine**, *A l'écoute du bébé prématuré*, Edition Flammarion, 1996, Edition révisée Champs essais, 2005

**GARCIA-MERIC**, « Devenir neurodéveloppemental à long terme » dans *Elsevier Masson SAS*, 2011

**GLORIEUX, MONTJAUX, CASPER**, « NIDCAP® (Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement) : définition, aspects pratiques, données publiées » dans *Elsevier Masson SAS*, *Archives de Pédiatrie*, 2009, p.827-829

**GOLSE Bernard**, « La naissance de la pensée et aléas de son développement », dans *L'information psychiatrique*, 2006, volume 82, n°9, p.713-716

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

**HAAG Geneviève**, « La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps » dans *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1985, p.107-114

**Haute Autorité de Santé**, « Recommandation de bonnes pratiques : grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement », 2009, ([http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses\\_a\\_risque\\_-\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf))

**HOUZEL Didier et al.**, « *Les enjeux de la parentalité* », Erès, 2004

**IBANEZ Margarita**- « Prématuré, émotions et développement à long terme », dans *Spiral*, 2005/1, n° 33, p. 93 à 106

**INSERM**, « Le sommeil de l'enfant, de la période fœtale à l'adolescence », dans *Rythmes de l'enfant : De l'horloge biologique aux rythmes scolaires*, 2001, p.31-34

**INSERM**, <http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/la-pre-eclampsie>

**LACROZE V.**, « Prématuré : définition, épidémiologie, étiopathogénie, organisation des soins », dans *Elsevier Masson SAS*, 2011

**LAGANIERE Josée, TESSIER Réjean et NADEAU Line,** « Attachement dans le cas de prématurité un lien médiatisé par les perceptions maternelles », dans *Enfance*, n°2, 2003, p.1001 à 1007

**LAISNE Christophe et HEYMAN Isabelle,** « Résilience et rémanence des traumatismes : Problèmes actuels d'hospitalisme en néonatalogie Deux exemples en Martinique », dans *Le Coq-Héron*, Eres, p. 68

**LAMAS C., GUEDENEY N.,** « Constitution de liens d'attachement » dans *Journal de pédiatrie et de puériculture*, n°19, 2006

**MAMBRINI, et al.,** « Implantation des soins de développement et comportement de l'équipe soignante » dans *Editions scientifique et médicales Elsevier SAS*, 2002

**MARIE Patricia et KLOECKNER Anja,** « Soins de soutien au développement et psychomotricité en néonatalogie » dans *Soins pédiatrique-puériculture*, n°252, janvier/février, 2012

**MATA Liliane,** « John Bowlby et la théorie de l'attachement » dans *Métier de la petite enfance*, juin 2007, n°130

**MAUVAIS Patrick et al.,** *La parentalité accompagnée*, Mille et un bébés, Erès, 2004

**MEYER Pascale,** « Parents et parentalité », dans *Vie Sociale et Traitement*, 2004, n°84, page 9-11

**MONTAGNER Hubert,** « Le regard du bébé à sa mère et de la mère à son bébé : une construction structurante et révélatrice », *Spiral*, 1986, n°1

**MONTOYA F.,** « Personnalisation des soins et présence des parents : avantages et difficultés » dans *Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS*, 2002

**Naître et grandir,** *Nouveau-né : Soins de développement et attachement*, Centre de Formation Permanente des Personnels de Santé, colloque, mars 2012 à BORDEAUX

**NORMAND Maylis,** *Quand les regards se croisent... » Intérêt d'une consultation conjointe pédiatre-psychomotricien dans le cadre du suivi de la grande prématurité*, Mémoire de psychomotricité, 2013

**RAUZY Amandine,** *Comment le psychomotricien exprime-t-il sa spécificité dans un lieu d'accueil parents-enfants ?*, Mémoire de psychomotricité, 2007

**RIAND R., PLARD V., MORO M.R.,** « Familles et cultures : porter, penser et rêver les bébés », dans *Spirale*, n° 46, 2008

**RICARD Séverine**, *Bébés biens portés : bébés biens portants : approche psychomotrice du portage auprès du nouveau-né hospitalisé en unités de néonatalogie*, Mémoire de psychomotricité, 2009

**RIVIERE James et al.**, *La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant*, Solal, 1999

**Société canadienne de pédiatrie**, <http://www.cps.ca/fr/documents/position/retinopathie-des-prematures-depistage>

**SOLIS-PONTON Leticia**, « Sur la notion de parentalité développée par Serge Lebovici » dans *Spiral*, n°17, 2001

**SOLIS-PONTON Leticia**, « La parentalité. Défi pour le troisième millénaire. Un hommage à Serge Lebovici » sur [http://www.minkowska.com/article.php3?id\\_article=2439](http://www.minkowska.com/article.php3?id_article=2439)

**TERENO Susana**, « Théorie de l'attachement fondements conceptuels » dans *Santé mentale*, n°148, mai 2010

**THOMAS Nelly et DURRMEYER Xavier**, « La consultation neuropsychomotrice des grands prématurés » dans *Enfance et PSY*, n°38, 2008

**TOMBEUR M. et al.**, « Le soignant, tiers dans la construction du lien parent-bébé prématuré hospitalisé » dans *Cahier de psychologie clinique*, n°28, 2007, p.221-238

**VAIVRE-DOURET Laurence**, *La qualité de vie du nouveau-né : corps et dynamique développementale*, Odile Jacob, 2003

**VASSEUR Roger et DELION Pierre**, *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, ERES, 2010,

**VILAIN Annick et al.**, « La situation périnatale en France en 2003 - Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale » dans *Santé protection social*, sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-situation-perinatale-en-france-en-2003-premiers-resultats-de-l-enquete-nationale-perinatale,4509.html>

**WINNICOTT Donald Woods**, « La préoccupation primaire maternelle », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1956

# GLOSSAIRE

**Age corrigé** : il se calcule à partir de l'âge chronologique auquel on enlève l'écart séparant la date de sa naissance et la date du terme normal de gestation (41 semaines). Il permet de mieux tenir compte du développement de l'enfant.

**Age chronologique ; âge réel, âge civil** : il se calcule à partir de la naissance de l'enfant.

**Age gestationnel** : âge de la grossesse à partir du jour de la conception.

**Assistance respiratoire**, ventilation artificielle : lorsqu'un bébé prématuré est encore trop jeune pour savoir respirer, ou lorsqu'il est malade, il est aidé par une machine appelée respirateur. Celle-ci reproduit artificiellement ses cycles respiratoires : inspiration, expiration.

**Attachement** : processus interactif précoce concourant à l'instauration des liens entre le bébé et sa mère.

**Bradycardie** : ralentissement des battements cardiaques.

**CAMSP** : Centre d'Action Médico-Sociale précoce, établissement destiné au dépistage, au diagnostic, au traitement, à la rééducation et au suivi des enfants jusqu'à 6 ans.

**Cardiopathie** : toute maladie du cœur quelle qu'en soit l'origine.

**Cathéter** : petit tuyau très fin introduit dans une des veines du bébé, qui sert à lui faire absorber sa nourriture ou ses médicaments lorsqu'il ne peut le faire par voie orale.

**Céphalo-caudal** : le sens céphalo-caudal se réalise de la tête en direction du bassin et inversement pour le sens caudo-céphalique.

**Clonies** : secousse musculaire brève et involontaire.

**Couveuse, ou incubateur, ou isolette** : grande boîte en plastique transparent permettant de maintenir l'enfant au chaud tout en le surveillant au travers des parois.

**Détresse respiratoire** : maladie des poumons empêchant le sang de s'oxygéner. Il faut alors aider l'enfant par un traitement d'oxygène et une assistance respiratoire.

**Dialogue tonico-émotionnel** : est un dialogue entre deux locuteurs, dont la communication s'effectue par la relation indissociable du tonus et des émotions.

**Dysplasie broncho-pulmonaire** : maladie des poumons pouvant survenir chez les prématurés qui ont été sous assistance respiratoire. Un nouveau-né atteint de dysplasie broncho-pulmonaire ne peut se passer d'un apport en oxygène. Les médecins vont devoir le sevrer par étapes.

**Enfant en risque** : « *enfant qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité* » (Office Décentralisé de l'Action Sociale)

**Enfant maltraité** : « *Tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes, ayant des conséquences sur son développement physique et psychologique* » (Office Décentralisé de l'Action Sociale)

**Gastrostomie** : alimentation assistée médicalement, mise en place lorsque le patient ne peut plus s'alimenter naturellement. Ce dispositif est un procédé chirurgical contrairement à la sonde naso-gastrique.

**Grasping** : réflexe de préhension.

**Hernie inguinale** : saillie d'un organe de la cavité abdominale apparaissant au niveau de l'aîne.

**Hypospadias balano-prépuce** : malformation de l'urètre. Le méat urétral situé normalement à l'extrémité du gland, se trouve ici au niveau de la face inférieure du pénis.

**Hypotrophie**: cf. retard de croissance intra-utérin de l'urètre distale.

**Information Préoccupante** : Tout élément d'information sociale, médicale ou autre, quelle que soit sa provenance susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger. Cette information, qui doit faire l'objet d'une évaluation, doit être transmise à la cellule départementale (Bureau des Enfants en Danger), qu'il y ait une mesure d'aide en cours ou pas.

**Interaction** : ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre un nourrisson et sa mère, chacun des partenaires jouant un rôle actif et à part entière. On peut distinguer 3 niveaux dans les interactions : les interactions comportementales, les interactions affectives et enfin les interactions fantasmatiques.

**Intubation** : insertion dans la trachée d'un mince tube en plastique relié à un respirateur.

**Lésion ischémique** : lésion d'un tissu organique due à un arrêt de l'apport de sang artériel. Lorsque l'ischémie touche une artère du cerveau cela peut être la cause d'une lésion cérébrale.

**Leucomalacie périventriculaire** : lorsque les cellules du cerveau ne reçoivent plus assez de sang pour être correctement nourries et oxygénées, elles se dégradent. Cette maladie s'appelle la leucomalacie. Il n'est pas toujours possible de savoir si l'enfant gardera des séquelles ni leur gravité. Il faut alors le faire suivre régulièrement pour s'assurer que tout va bien ou pour dépister le plus tôt possible les handicaps éventuels.

**Liquide méconial** : liquide amniotique dans lequel le fœtus a déversé ses excréments. Le méconium, la première selle du nouveau-né, est normalement émis dans les vingt-quatre à quarante-huit premières heures de vie. Lors d'une souffrance fœtale, il est émis dans le liquide amniotique.

**Maladie des Membranes Hyaline (MMH)** : maladie respiratoire atteignant presque exclusivement les prématurés. Elle est due à l'insuffisance de surfactant, ne permettant pas aux alvéoles pulmonaires du prématuré de s'ouvrir et à l'enfant de respirer. La maladie survient juste après la naissance et impose en général que l'enfant soit mis quelques jours sous assistance respiratoire.

**Moniteur, monitoring, scope** : appareils électroniques permettant la surveillance du rythme cardiaque.

**Morbidité** : Nombre d'individus atteints par une maladie dans une population donnée et pendant une période déterminée.

**Mortalité** : rapport entre le nombre de décès et l'effectif moyen de la population dans un lieu donné et pendant un période déterminée.

**Oralité** : terme médical issu du vocabulaire psychanalytique et signifiant l'ensemble des fonctions orales.

**Parentification** : processus psychiques qui se déroulent chez un individu qui devient père ou mère par Serge STOLERU dans *La parentification et ses troubles*.

**Parentalité** : fonction de parent, sur les plans juridique, moral et socioculturel.

**Pattern** : modèle spécifique représentant la structure d'un comportement individuel ou collectif.

**Peau à peau** : méthode destinée à favoriser l'installation de la relation entre le bébé hospitalisé et ses parents. Elle consiste à lover le tout-petit, vêtu d'une simple couche, contre le thorax dénudé du père ou de la mère, à l'aide d'un linge. L'enfant est alors maintenu bien au chaud et contenu.

**Plagiocéphalie positionnelle** : asymétrie crânienne découlant de forces qui déforment la boîte crânienne lorsqu'un bébé est en décubitus dorsal.

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**Pouce adductus** : flexion du pouce replié dans la paume de la main. C'est un signe potentiel de lésion neurologique.

**Pré-éclampsie** : maladie de la grossesse caractérisée par une élévation de la pression artérielle se produisant au plus tôt au milieu du second trimestre (après vingt semaines d'aménorrhée).

**Psychosocial** : qui révèle à la fois de la psychologie et de la sociologie.

**Réflexe de fouissement** : réflexe de recherche d'orientation vers le sein.

**Reflux gastro-œsophagien** : passage du contenu de l'estomac dans l'œsophage.

**Retard de croissance intra-utérin** : cela concerne les bébés dont le poids n'est pas en accord avec l'âge gestationnel et se situe en-dessus du 16<sup>e</sup> percentile sur les courbes de Leroy et Lefort.

**Rétinopathie du prématuré (RDP)** : trouble des vaisseaux sanguins de la rétine en développement du nourrisson prématuré, peut entraîner une mauvaise acuité visuelle ou la cécité. La RDP s'associe également à une mauvaise issue neurodéveloppementale. Le traitement ablatif de la rétine réduit considérablement le risque d'une mauvaise vision. Cette maladie des yeux est consécutive à l'administration d'oxygène en quantité importante pour sauver le nouveau-né prématuré atteint de détresse respiratoire.

**Semaine d'aménorrhée (SA)** : nombre de semaines écoulées depuis que la femme n'a plus ses règles.

**Sonde gastrique** : Si le nouveau-né ne peut être nourri par tétées, au sein ou au biberon, sa nourriture lui est apportée directement dans l'estomac par un petit tube appelé sonde gastrique. Elle peut être introduite par le nez (sonde naso-gastrique) ou par la bouche. On

appelle ce mode d'alimentation entérale, par opposition la nourriture parentérale (par cathéter).

**Stomie** : déviation chirurgicale d'un conduit naturel dans une poche, quand celui-ci ne peut plus remplir son rôle. Elle peut être digestive ou urinaire.

**Surfactant** : substance fabriquée par les poumons qui les aide à rester gonflés à chaque nouvelle inspiration. Le surfactant est sécrété seulement en fin de grossesse. Plus la naissance est prématurée, moins il y a de surfactant. Lorsqu'il n'en a pas assez, l'enfant contracte la maladie des membranes hyalines (MMH)

**Syndrome de C.H.A.R.G.E** : Le nom 'CHARGE' est constitué des initiales de certaines des affections les plus communes rencontrées dans cette maladie. Les personnes atteintes de ce syndrome ne présentent pas toutes les anomalies énumérées ci-dessous :

- C Colobome : anomalie de l'œil, causée par un défaut de formation de celui-ci
- H (heart) : cardiopathie
- A Atrésie des Choanes : Un seul ou les deux conduits nasaux peuvent être bouchés ou anormalement étroits à la naissance.
- R Retard de croissance et de développement
- G (génital) : Anomalies génitales
- E (ear) : Anomalies des oreilles : L'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne peuvent être affectées, et les problèmes habituels incluent une perte auditive, etc...

D'autres anomalies peuvent être associées au syndrome de CHARGE. (Pour plus d'information voir le CRESAM)

**Syndrome polymalformatif** : ensemble de malformations multiples.

**Trémulation** : tremblement involontaire d'une partie ou de la totalité du corps.

# ANNEXE

Unité :

Date:

Examineur :

Heure:

<b>EXAMEN PSYCHOMOTEUR</b>
----------------------------

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>
<p>Tonus</p>	

- 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 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 :

‡ Retrait      - Tactiles  
‡ 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.)



# TABLE DES MATIERES

<b><u>SOMMAIRE</u></b> .....	<b>5</b>
<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	<b>6</b>
<b><u>I. Bébé prématuré</u></b> .....	<b>9</b>
<b>A. <u>La prématurité</u></b> .....	<b>10</b>
1. Définition de la prématurité .....	10
2. Viabilité et devenir .....	11
3. Etiologie .....	12
<b>B. <u>Les conséquences de la prématurité</u></b> .....	<b>13</b>
1. Le développement sensoriel et perceptif .....	13
2. L’immaturité des organes du bébé prématuré.....	16
3. La motricité du bébé prématuré .....	18
<b>C. <u>Les unités hospitalières dédiées au tout petit</u></b> .....	<b>20</b>
1. L’Unité de réanimation néonatale et pédiatrique .....	20
2. Les unités néonatales .....	20
3. Les équipes de réanimation néonatale et de néonatalogie .....	21
4. Les soins de développement .....	22
<b><u>Conclusion</u></b> .....	<b>24</b>
<b><u>II. Bébé prématuré, parents prématurés</u></b> .....	<b>25</b>
<b>A. <u>Avant la naissance</u></b> .....	<b>26</b>
1. Désir d’être parent, désir d’enfant .....	26
2. Le concept de parentalité .....	27
<b>B. <u>Une grossesse prématurée</u></b> .....	<b>28</b>
1. De l’obstétrique à la néonatalogie .....	28
2. Le deuil de la fin de grossesse .....	30
3. <u>L’enfant réel et le deuil de l’enfant imaginé et fantasmatique</u> .....	31
<b>C. <u>Les enjeux de la parentalité sur le développement psychomoteur du bébé</u></b> .....	<b>32</b>
1. La préoccupation maternelle primaire .....	33
2. L’attachement .....	34
3. Les interactions précoces .....	36
a) <u>Les interactions concrètes</u> .....	37
b) <u>Les interactions affectives</u> .....	38
c) <u>Interactions fantasmatiques</u> .....	39
4. Les enjeux de la parentalité.....	39

<b>D. <u>Conséquences de l'hospitalisation du nouveau-né sur la dyade parents-enfant</u></b> .....	<b>42</b>
1. La rencontre en néonatalogie .....	42
2. L'environnement technique et hospitalier .....	43
3. Eloignement parents-enfant.....	43
<b><u>Conclusion</u></b> .....	<b>46</b>

### **III. Toute une équipe pour soutenir ces familles prématurées** ..... **47**

<b>A. <u>L'étayage de la parentalité dans les équipes néonatales</u></b> .....	<b>48</b>
1. Le médecin pédiatre .....	48
2. La puéricultrice, l'infirmière, l'auxiliaire de puériculture et l'aide soignante.....	49
3. La psychologue .....	49
4. Le kinésithérapeute .....	51
5. L'assistante sociale .....	51
6. La Protection Maternelle et Infantile .....	52
<b>B. <u>Une sortie préparée</u></b> .....	<b>53</b>
1. L'accompagnement à la sortie de l'hospitalisation .....	53
2. Quand la prévention ne suffit plus .....	54
<b><u>Conclusion</u></b> .....	<b>59</b>

### **IV. Le psychomotricien à la rencontre du bébé prématuré et de ses parents:**

#### **Etayage de la parentalité**..... **60**

<b>A. <u>Le rôle de la psychomotricité en néonatalogie</u></b> .....	<b>61</b>
1. Les indications .....	61
2. Intérêt d'une prise en soin précoce .....	61
3. Au près de l'équipe .....	62
4. Au près du bébé prématuré et de ses parents .....	63
<b>B. <u>La première rencontre, la présentation de la psychomotricité</u></b> .....	<b>64</b>
<b>C. <u>Le bilan psychomoteur</u></b> .....	<b>66</b>
1. Quand évaluer le nouveau-né prématuré ? .....	66
2. Qu'observe-t-on lors de l'évaluation ? .....	66
3. Comment se déroule l'évaluation psychomotrice ? .....	68
<b>D. <u>Soutenir, étayer la parentalité et le développement psychomoteur</u></b> .....	<b>72</b>
1. La prévention posturale.....	72
2. Aménagement de l'environnement .....	75
3. Accompagner les parents lors d'un soin .....	76
4. Séances de psychomotricité : traductions de la motricité .....	77
<b>E. <u>Les consultations de suivi</u></b> .....	<b>80</b>
1. Rôle du suivi en consultation conjointe.....	80
2. Le calendrier .....	81
3. Une prévention précoce .....	82
4. Soutenir les parents à long terme .....	83
5. Pourquoi un psychomotricien plus qu'un autre soignant ?.....	85

<b>F. « La psychomotricité auprès de votre enfant »</b> .....	<b>87</b>
1. Une proposition .....	87
2. Un projet.....	88
<b><u>CONCLUSION GENERALE</u></b> .....	<b>91</b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b> .....	<b>92</b>
<b><u>GLOSSAIRE</u></b> .....	<b>96</b>
<b><u>ANNEXE</u></b> .....	<b>101</b>