



HAL
open science

Le bébé, une personne en devenir. L'approche psychomotrice comme soin préventif pour le bébé vulnérable

Juliette Soulard

► **To cite this version:**

Juliette Soulard. Le bébé, une personne en devenir. L'approche psychomotrice comme soin préventif pour le bébé vulnérable. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01196745

HAL Id: dumas-01196745

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01196745>

Submitted on 10 Sep 2015

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

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention
Du Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

Le bébé, une personne en devenir

—

**L'approche psychomotrice comme soin préventif
pour le Bébé Vulnérable**

SOULARD Juliette

Née le 5 août 1992, à CHOLET

Directeur de Mémoire : Fabienne HIC

Juin 2015

Remerciements

Merci...

Merci aux professionnels **psychomotriciens** qui m'ont accompagnée tout au long de cette formation :

Géraldine Murzeau, Alice Gallot, Gwenaëlle Vautier, Nicolas Renouard, Séverine Ricard

Pour leurs partages d'expériences et leurs enseignements.

Merci, tout particulièrement, à **Fabienne Hic** et **Moïra Brissaud**,

Psychomotriciennes en néonatalogie et réanimation pédiatrique,

Pour leur disponibilité, leur écoute et leurs conseils concernant l'écriture de ce mémoire.

Merci aux **équipes des unités de néonatalogie**,

Pour leur accueil, leurs échanges et leurs réponses à mes interrogations.

Merci aux **bébés** et à leurs **parents**,

Pour avoir accepté ma présence dans ces moments d'intimité.

Merci à mes **proches**, ma famille et mes amis,

Pour leurs encouragements, leur soutien malgré la distance.

A ma maman...

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
INTRODUCTION	3

PARTIE THEORIQUE

<u>PARTIE I : Une PREVENTION PRECOCE DEVELOPPEMENTALE</u>	6
A- La prévention	6
B- Une perspective développementale	8
 <u>PARTIE II : Le DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR : dans un ENVIRONNEMENT SUFFISAMMENT BON</u>	13
A- Un corps NEUROPHYSIOLOGIQUE : l'INNE	13
B- Un corps PSYCHOMOTEUR : l'ACQUIS	24

PARTIE CLINIQUE

<u>PARTIE III : Des SITUATIONS de VULNERABILITE</u>	35
A- Le bébé vulnérable	35
B- Un environnement dit <i>vulnérable</i>	45
C- Une situation de vulnérabilité : les jumeaux Milena et Noah	53
 <u>PARTIE IV : PSYCHOMOTRICITE et PREVENTION PRECOCE : Soutien au développement PSYCHOMOTEUR du bébé vulnérable</u>	57
A- Un psychomotricien en néonatalogie	57
B- La prévention psychomotrice en néonatalogie	63
C- Les consultations de suivi dans le cadre de la prévention	79
 CONCLUSION	86
TABLE des MATIERES.....	87
BIBLIOGRAPHIE.....	90

INTRODUCTION

Le bébé, une personne en devenir

Depuis de nombreuses années déjà, le bébé est reconnu comme *une personne*. Cette affirmation nous permet de concevoir le bébé dans sa globalité ; un être à la fois doué de nombreuses compétences, acteur de son développement, mais également, dépendant et particulièrement sensible à son environnement. Les compétences de ce sujet en devenir pourront alors se potentialiser au contact d'un environnement « *suffisamment bon* ».

Au cours de mon stage de troisième année de psychomotricité, en milieu hospitalier (service de néonatalogie et de réanimation pédiatrique), je me suis interrogée sur l'impact d'un tel environnement sur les premiers vécus corporels et sur le développement du bébé *vulnérable*.

Le corps est issu d'une construction progressive. Le développement psychomoteur peut se concevoir comme le passage d'un corps neurophysiologique (doté d'un équipement inné, spécifique et programmé à se développer) à un corps psychomoteur (habité et investi) par l'intermédiaire d'expériences sensorimotrices et relationnelles. Cependant, ces premières expériences corporelles et interactives se trouvent compromises dans un environnement tel que le milieu hospitalier.

En effet, cet univers particulier régi par l'urgence médicale, impose un premier regard technique sur le corps. Or, le bébé par son corps communique tout autre chose que ne pourront le faire ses constantes vitales. J'ai été surprise du langage corporel dont ces nourrissons faisaient preuve pour exprimer leurs capacités mais également leur détresse.

Dans ce contexte, ce sont davantage les signes précoces d'alerte qui ont motivé l'orientation de mon mémoire. Je me suis donc demandé s'il était possible en repérant précocement ces signes de prévenir d'éventuels troubles du développement psychocorporel. Je tenterai alors de répondre à la question suivante : **Quelle place occupe la psychomotricité dans la prévention des troubles du développement psychomoteur et psychoaffectif chez le bébé vulnérable ?**

Dans un premier temps, j'ai souhaité mettre en évidence l'intérêt et la nécessité d'une prévention précoce. Le bébé *inachevé* est un être *en devenir*. Aussi bien ses capacités fonctionnelles que sa naissance psychique seront influencées par ses expériences corporelles.

Je me suis ensuite intéressée au développement psychomoteur dans un environnement « *suffisamment bon* » pour reprendre l'expression de Winnicott. La connaissance des capacités précoces du fœtus et du nouveau-né, des stades développementaux (en tenant compte de leur variabilité et de leur hétérogénéité) et des périodes sensibles permet de mieux observer et appréhender d'éventuels troubles du développement. Ces connaissances permettent également d'étayer et de faire émerger les compétences du bébé vulnérable. Je montrerai par ailleurs en quoi la relation avec le milieu physique et humain joue un rôle essentiel dans l'appropriation du corps de l'enfant.

Je présenterai par la suite les situations de vulnérabilité rencontrées au cours de mon stage. Le développement du bébé se trouve compromis par un équipement neurophysiologique déficient et un environnement précoce (physique et humain) particulier. En effet, ce milieu apparaît dystimulant par rapport à l'état clinique et à la maturité du bébé. Aussi, la séparation précoce rend difficile les interactions parents-enfant pourtant essentielles à sa construction.

Dans une dernière partie, je présenterai le rôle du psychomotricien en néonatalogie. Aussi, je développerai les interventions préventives dont il dispose afin de soutenir le développement psychomoteur du bébé. Ces naissances à risque posent également la question du devenir au-delà de la période d'hospitalisation. L'action préventive pourra dans certains cas évoluer vers une prise en charge précoce.

PARTIE THEORIQUE

PARTIE I

Une PREVENTION PRECOCE DEVELOPPEMENTALE

A- La Prévention

1. Prévention : Généralités

***Prévenir** (du latin « *praevenire* » = devancer) :

- « *Aller au devant de quelque chose pour l'empêcher, le détourner.* »¹
- Informer, avertir

***Prévention** (du latin « *praeventio* » = action de devancer) :

- « *Ensemble des dispositions prises pour prévenir un danger, un risque, un mal.* »²

Ce terme de prévention est surtout utilisé dans le champ médical pour une action de recherche ou d'information en vue de diminuer le taux des accidents de travail ou de maladies.

L'Organisation Mondiale de la Santé (l'O.M.S) classe la prévention selon trois niveaux :

« *La **prévention primaire** s'attache à empêcher l'apparition d'une maladie. La **prévention secondaire** consiste à dépister une maladie grave et à la traiter précocement de façon à la guérir ou à l'atténuer, ou encore à prendre des mesures pour empêcher une épidémie. La **prévention tertiaire** vise à empêcher les récurrences, à lutter contre les séquelles ou à réadapter le malade à la vie sociale et professionnelle.* »³

Selon **Sylvain MISSONNIER**, « *la prévention sera dite précoce si elle se situe, dès la naissance de l'enfant, au carrefour de la prévention primaire (réduire l'incidence d'une maladie) et secondaire (en diminuer la prévalence).* »⁴

2. La psychomotricité préventive précoce

Depuis plusieurs années, les champs d'intervention des psychomotriciens se sont élargis et diversifiés. A ses débuts, la profession s'adressait avant tout aux enfants dans une optique essentiellement éducative puis rééducative.

¹ Encyclopédie Larousse

² Encyclopédie Larousse

³ Le petit Larousse illustré. Editions Larousse, Paris 2002.

⁴ S. MISSONNIER, Pour une hospitalité périnatale, éditions Fabert, 2014, p 13.

La psychomotricité en réunissant les termes *psycho* et *motricité* implique une articulation fondamentale entre le corps et la psyché. Un intérêt nouveau est alors porté sur le **corps comme moyen d'expression de l'activité psychique**. Les psychomotriciens ont alors ajouté à leurs premiers buts rééducatifs, une direction thérapeutique à savoir l'écoute du **langage corporel**.

Cet intérêt particulier pour le corps et ses liens avec la psyché ont favorisé de nouvelles orientations des soins en psychomotricité : secteur médical, psychiatrique, psychologique. La psychomotricité trouve alors sa place dans le domaine **préventif auprès de très jeunes enfants**. En considérant le bébé comme une *personne* en devenir, il apparaît essentiel de s'intéresser au vécu corporel et à l'environnement précoce de ce dernier à partir desquels se formera son psychisme (*personnalisation*). De plus en plus de psychomotriciens sont alors appelés à intervenir dans les crèches, les pouponnières, les secteurs médicaux telles que les maternités, les services de néo-natalité et de pédiatrie.

Je vais m'intéresser plus particulièrement à l'action préventive du psychomotricien dans un environnement dit « à risque » pour le développement de l'enfant, à savoir le milieu hospitalier (service de néonatalogie et de réanimation pédiatrique). Dans ce cadre, la **psychomotricité préventive précoce** va alors répondre aux préventions primaire et secondaire décrites par l'OMS.

En effet, la prévention précoce en psychomotricité est **primaire** puisqu'elle vise à empêcher l'apparition de troubles psychomoteurs et psychoaffectifs. De cette façon, elle cherchera à offrir un environnement respectueux de la maturité et des capacités du bébé. Elle est aussi **secondaire** puisqu'elle s'attache à dépister ces troubles lorsqu'ils sont installés précocement de façon à prendre les mesures les plus appropriées pour soutenir le développement de l'enfant. Ainsi, il s'agira de proposer au nourrisson vulnérable des sollicitations de confort et d'éveil afin de l'accompagner dans son développement.

La psychomotricité préventive précoce accompagne le bébé par rapport à son vécu corporel et psychique du moment et tend à prévenir des difficultés, des troubles ou des retards dans le devenir. Elle se concentre alors sur ce qui se joue dans l'instant et envisage l'enfant dans une dynamique d'évolution, de développement.

« Accueillir l'enfant prématuré (ou à risque sur le plan développemental) en tenant compte de sa sensibilité, de ses compétences motrices, de sa capacité à être en relation, nous amène à le considérer non seulement dans l'état présent mais aussi à le projeter dans l'avenir en tant qu'être en évolution constante, engagé dans un processus de développement. »⁵

⁵ Anja KLOECKNER « Apports en néonatalogie de la sensorimotricité selon A. Bullinger », *Contraste* 1/2008 (N° 28-29), p. 157-178

B- Une perspective développementale

1. Le développement : entre inné et acquis

De nombreux facteurs entrent en jeu et seront déterminants dans le développement de l'enfant. On différencie ce qui est du registre de l'inné de ce qui est du registre de l'acquis.

L'inné qualifie ce qui appartient à l'être dès sa naissance, sans avoir nécessairement un caractère héréditaire. Il s'agit des données d'équipement : le biologique, le génétique, le lésionnel... Pour qualifier cela, je parlerais par la suite du **corps neurophysiologique**.

L'acquis renvoie à ce qui n'existe pas à la naissance et qui survient au cours de l'existence. Il correspond alors au résultat de facteurs liés à l'environnement : physique, social, culturel... Cette appropriation du corps propre en relation avec l'environnement sera qualifiée de **corps psychomoteur**.

A travers la diversité des approches (psychologie développementale, de neuropsychologie, de psychomotricité, de psychanalyse, d'éducation et de pédagogie...), on peut envisager le développement d'un bébé en une *personne* selon un processus dynamique croisant des **données constitutionnelles** (intègres ou déficientes) avec des **facteurs environnementaux** (facilitant ou délétères).

« L'homme est la réalisation d'une hypothèse dont les éléments sont prévus dans le code génétique mais dont l'enfant qui se fait, en se faisant rend possible l'expression générale et probabilise, sous l'influence extérieure et ses propres défenses, ses caractéristiques individuelles. »⁶

2. La maturation du cerveau

On dénombre de plus en plus de recherches orientées sur le développement du cerveau, in utero et pendant les trois premières années, qui permettent de justifier les interventions précoces.

*« A la fin de la grossesse, le fœtus est muni de cent billions de neurones. À la naissance, les neurones communiquent à travers cinquante trillions de synapses. Mais à douze mois, la quantité de synapses a explosé jusqu'à mille trillions. C'est une observation, parmi d'autres, sur le développement précoce du cerveau humain qui démontre la logique des programmes d'intervention ciblant les trois premières années. Certes, la formation de certaines synapses neuronales est **génétiquement** programmée, mais bien d'autres sont produits par les stimulations de **l'environnement**. »⁷*

⁶ AJURIAGUERRA, « L'inné et l'acquis », La psychiatrie de l'enfant, Presses Universitaires De France, vol. XVI, 1973.

⁷ T. B. BRAZELTON, les « points forts » : Intervention préventive de première ligne, ERES, 2004, p 33.

Le développement cérébral se poursuit et s'amplifie même après la naissance et en particulier lors de la première année. Le cerveau, dont l'organisation est « *spécifique* » et « *unique* » pour chaque individu, est le résultat d'interactions constantes entre héritage génétique et environnement. C'est pourquoi, il apparaît essentiel d'offrir un environnement facilitant pour permettre à la maturation du cerveau de se poursuivre dans les meilleures conditions, un environnement stimulant pour permettre à l'enfant d'accéder à chaque étape du développement.

R. Vasseur et **P. Delion** ont insisté sur cette dimension du croisement indispensable entre équipement inné et interactions environnementales, afin que ce qui n'est que programme se réalise et se potentialise. Ils s'appuient sur les travaux inspirés par la théorie de la sélection des groupes neuronaux d'**Edelman**.

Le développement psychomoteur durant les trois premières années de la vie traverse plusieurs étapes successives dont certaines seront de **véritables « périodes sensibles »**. Il s'agit de période de développement pendant laquelle l'enfant est particulièrement réceptif à l'influence de certaines expériences.

Le cerveau présente alors des phases de réceptivité maximale à certaines stimulations spécifiques. A chacune de ces phases critiques, il conviendra d'ajuster l'environnement à l'équipement neuromoteur du bébé, cette adéquation étant indispensable à la maturation du cerveau. Aussi, si les structures et fonctions ne sont pas mobilisées au moment et dans la forme voulus, elles « s'éteignent » ou empruntent d'autres voies moins adéquates. *« Passée cette période, il devient difficile, voire impossible, pour la structure cérébrale considérée, de reprendre un développement normal si elle n'a pas bénéficié de ces stimulations spécifiques. »*⁸

De cette façon, il apparaît essentiel d'intervenir le plus tôt possible afin d'accompagner l'enfant vulnérable lors de chacune de ces étapes afin d'éviter que ne s'installent des désorganisations, celles-ci risquant de se répercuter ensuite à différents niveaux (postural, praxique, affectif).

3. Plasticité cérébrale et plasticité psychique

▪ Plasticité cérébrale

La plasticité (neuroplasticité, plasticité cérébrale ou neuronale) désigne la capacité du cerveau à modifier l'organisation de ses réseaux de neurones (cellules nerveuses) **en fonction des expériences vécues**. Cette plasticité nerveuse porte sur le nombre de cellules, sur leurs formes et sur la manière dont elles s'associent en réseaux.

⁸ Vasseur Roger, Delion Pierre, *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Toulouse, ERES « 1001 bébés », 2010, p 25.

Plus l'être humain est jeune plus son système nerveux central est *plastique*, donc modelable. Au contact de son milieu de vie, l'enfant va développer des aptitudes qui conduiront à renforcer ou à détruire certaines connexions entre ses neurones. Même si l'organisation neuronale est fixée avant la naissance, les **activités motrices, sensorielles et relationnelles** vont réguler la mort ou la survie des cellules et des synapses. A ce sujet, **F. Ansermet** et **P. Magistretti** écrivent que « *si l'expérience donne la forme, le réseau prend la forme. L'expérience sculpte le réseau neuronal.* »⁹

Par exemple, **Merzenich** montre en 1983 que les cartes corticales sensorielles et motrices ne sont pas rigides, fixes, mais dynamiques. Ces cartes se modifient sous l'influence de leurs afférences. Si celles-ci sont interrompues, les cartes se rétractent, si elles sont renforcées les cartes s'étendent.¹⁰

On sait également que la plasticité permet l'établissement de **compensations** pour des fonctions cérébrales endommagées au cours de la vie intra utérine, de la naissance ou de la période post natale, que se soit à la suite de maladies, d'accidents ou de négligences. Cela ouvre de réels espoirs pour la prise en charge des lésions cérébrales. Par ailleurs, cela aide aussi à la compréhension et à l'accompagnement de troubles du développement ou de difficultés d'apprentissage. Ainsi, il est démontré que la prise en charge des enfants à risque sur le plan développemental permet une meilleure récupération fonctionnelle quand l'intervention est précoce.

▪ **Plasticité psychique**

De la même façon, la **construction somatopsychique** du bébé présente une certaine plasticité. Repérer précocement dès la prime enfance certains signes de malaise, de souffrance physique ou psychique, permet d'intervenir rapidement avant que s'inscrivent des troubles de l'identité ou des troubles relationnels plus importants. Les signes d'alerte précoces sont le plus souvent réactionnels et ne sont pas encore inscrits au niveau du psychisme de l'enfant. Il apparaît nécessaire de les identifier et d'y répondre avant que des cercles vicieux relationnels délétères ne s'installent.

⁹ « Plasticité neuronale et inconscient », vers une neuropsychanalyse ?, Paris, Odile Jacob, 2009.

¹⁰ MERZENICH, Neuroscience, 1983, p 33-55.

Pour **SPITZ**, « *une des raisons expliquant la plasticité de la personnalité du nourrisson pendant sa première année est l'absence d'une structure psychique bien établie et bien différenciée.* »¹¹ D'après le psychanalyste, le nouveau-né à la naissance ne possède pas de *moi* tel que le théorise Freud, c'est-à-dire de système destiné à la défense ou à la maîtrise de stimuli provenant de l'intérieur comme de l'extérieur. Ainsi dans les premiers temps, il ne peut manipuler les stimuli qu'il reçoit de l'environnement mais il en est protégé presque automatiquement par un seuil perceptif élevé. Cependant, lorsque ces derniers sont assez puissants, ils provoquent une brèche dans la barrière de protection qui risque de modifier la personnalité non encore différenciée du nourrisson.

Néanmoins, il rappelle que « *les expériences qui influent sur la personnalité encore malléable du nourrisson servent à la modifier* » justifiant alors les interventions précoces auprès de ces enfants vulnérables.

¹¹ SPITZ René A., De la naissance à la parole : la première année de la vie, édition PUF, p90.

« Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre [...]. L'activité humaine n'est pas seulement le circuit stimuli-réponses. Elle implique la réalisation du fonctionnement des structures dans ses relations avec l'objet ; relations qui prennent forme dans le champ de l'expérience et qui contribuent à organiser les structures internes vers des réalisations futures. [...] L'étude de l'enfant permet de dépasser l'opposition entre les théories organicistes et psychogénétiques. Si l'on veut dépasser les contradictions entre ce qui est d'ordre biologique et ce qui relève du psychologique ou entre le psychologique et le sociologique, il faut étudier l'homme dès le commencement. »

Julian de Ajuriaguerra.

PARTIE II :

Le DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Dans un ENVIRONNEMENT SUFFISAMMENT BON

Du corps Neurophysiologique au corps Psychomoteur

Depuis **BRAZELTON**, nous savons que le bébé ne commence pas à *exister* à l'instant de sa naissance. La naissance ne constitue pas une rupture mais un passage puisque le bébé a déjà commencé l'apprentissage de la vie dans le milieu utérin. A la naissance, le nourrisson arrive équipé, compétent. Nous verrons alors les **compétences innées sensorielles et motrices** du fœtus et du nourrisson.

Bien qu'il dispose de compétences ultra-précoces, le nouveau-né est à la naissance un **être inachevé**. Il possède alors une tendance innée à se développer jusqu'à devenir une personne totale, *individualisée*. C'est le contact avec son **nouvel environnement** qui permettra à ce dernier de développer et d'investir ses potentiels.

Finalement, d'un **corps neurophysiologique**, doté d'un équipement spécifique (bagage génétique, sensoriel...) et programmé de façon neurologique et motrice à se développer, l'enfant doit parvenir à s'approprier/investir son **corps psychomoteur** par l'intermédiaire des expériences sensorimotrices et relationnelles (donc au contact de son environnement).

A- Un corps NEUROPHYSIOLOGIQUE : L'Inné

(Corps fonctionnel et potentiel)

Tout nourrisson qui vient au monde dispose d'un certain **équipement de base**. Il s'agit d'un équipement inné : anatomique, physiologique, sensoriel, moteur... Ces données lui sont spécifiques et possèdent des particularités individuelles, uniques avec parfois des déficiences possibles (génétiques, sensorielles, anatomiques...). Le corps neurophysiologique apparaît ainsi fonctionnel à la naissance.

De nombreux auteurs ont à travers leurs travaux identifiés les compétences innées relativement précoces du fœtus et du nouveau-né. Ces études ont révélé l'immense potentiel **du corps neurophysiologique** du bébé.

Nous allons ici nous intéresser aux capacités sensorielles et motrices innées du fœtus et du nouveau-né.

1. Les capacités sensorielles innées du fœtus au nouveau-né

En 1970, l'échographie a révolutionné la vision que l'on avait du bébé et de ses compétences. Par ces images, une nouvelle représentation et observation du fœtus a été possible. On remarque alors qu'il existe un ordre d'apparition chronologique des différents systèmes sensoriels, identique à tous les vertébrés.

Les systèmes sensoriels se mettent en place entre la **7^{ème} et 20^{ème} semaine** de gestation. Seul le système visuel s'installe plus tardivement puisqu'il apparaît vers la 34^{ème} semaine de gestation. Ainsi, le tact est le premier sens à se développer, ensuite suivront la sensibilité vestibulaire, le goût, l'olfaction, l'audition et enfin la vision.

« Non seulement il voit dès sa naissance, mais il entend, goûte avant de naître, tandis que sa peau est déjà sensible »¹²

▪ **Le tact :**

Le système de perception tactile est donc le premier à se développer au cours de la vie intra-utérine. Les récepteurs cutanés sont présents dès la **7^{ème} semaine de gestation**. Ceux-ci sont d'abord présents autour de la bouche, puis sur l'ensemble du visage, de la paume des mains et de la plante des pieds. Au 6^{ème} mois de grossesse, les récepteurs sont répartis sur l'ensemble du corps. Le processus de maturation des voies nerveuses conductrices est en cours d'achèvement.

Par ailleurs, des études ont montré que le fœtus était sensible à la douleur et qu'il pouvait en garder des traces dès la 24^{ème} semaine.

La surface de la peau sur le corps est plus importante par rapport aux autres organes sensoriels, ce qui pourrait expliquer la grande sensibilité au toucher du nouveau-né, même prématuré.

▪ **Le système vestibulaire :**

Le système vestibulaire capte les messages issus de nos mouvements propres et nous renseigne sur l'orientation de notre corps dans l'espace. Ce système est mis en place dès la **7^{ème} semaine de gestation**. Les réflexes vestibulaires seraient présents chez le fœtus à partir de la 25^{ème} semaine. Ce sens est ainsi très tôt stimulé chez le fœtus, en permanence bercé dans le liquide amniotique.

¹² BOUCHART-GODARD A., Une peau sensible, In spirale, Les cahiers du nouveau-né n°5 : l'aube des sens, Stock, 9^{ème} édition, 1980.

▪ **Le système gustatif :**

Les premiers bourgeons gustatifs sont observables dès la **12^{ème} semaine de gestation**. Dès la fin du 3^{ème} mois, tout le système gustatif est fonctionnel. In-utéro, le fœtus déguste le liquide amniotique dont le goût varie selon l'alimentation de la mère. La coordination respiration-succion-déglutition est généralement acquise vers la 34^{ème} semaine d'aménorrhée.

Dès la naissance, le nouveau-né peut différencier le sucré, le salé, l'acide et l'amer. Il a une préférence pour le sucré qui déclenche un pattern de succion avec un effet apaisant. Le bébé discrimine également très tôt le lait maternel du lait artificiel.

▪ **L'olfaction :**

L'odorat est fonctionnel dès la **25^{ème} semaine de gestation** chez le fœtus. Le nouveau-né fait l'apprentissage des odeurs dès six heures de vie. Le nourrisson peut alors sentir l'odeur de sa mère et de son père lorsqu'il est touché, tenu dans leurs bras ou porté en peau à peau.

▪ **L'audition :**

L'univers sonore du fœtus est composé de bruits internes et externes. Certains bruits sont ainsi endogènes (battements du cœur de la mère, bruits intestinaux...) et d'autres exogènes, atténués par le tissu maternel (voix de la mère, du père...). Le système auditif devient fonctionnel autour de la **24^{ème} semaine de grossesse**. A la naissance, le bébé reconnaît la voix de ses parents.

▪ **La vision :**

Le système visuel est le dernier à se former. Cependant, les paupières s'ouvrent dès la 25^{ème} semaine de gestation, à 30 semaines apparaît le réflexe des pupilles à la lumière, à 32 semaines le réflexe des yeux à l'éblouissement.

Le prématuré de 34 semaines peut orienter les yeux et la tête vers une lumière douce et réaliser une poursuite oculo-céphalogyre d'une cible contrastée.

Le nouveau-né distingue les formes et les contrastes. Il peut fixer un visage ou un objet immobile pendant un court laps de temps, à une distance de moins de 20 centimètres. C'est généralement la distance qui sépare le visage du bébé de celui de sa mère lors de l'allaitement. Cependant, sa vision s'affine rapidement. A **2 mois** de vie, la vision centrale se développe. Le bébé est alors capable de suivre du regard et percevra peu à peu les couleurs comme l'adulte.

▪ **Les coordinations intermodales**

Des études ont montré par la suite (dans les années 1980) que les différentes modalités sensorielles (principalement la vision, l'audition et le toucher) étaient coordonnées très tôt, voire dès la naissance. Aussi dès un mois de vie, il semble exister un transfert intermodal, c'est-à-dire la capacité d'appréhender un objet par une modalité ou une autre pour en tirer les mêmes propriétés.

On distingue différentes coordinations intermodales à savoir les coordinations **bucco-faciales, main-bouche, visuo-manuelle, auditivo-visuelle**.¹³

❖ **Les coordinations bucco-faciales**

Le bébé est capable d'imiter les mimiques faciales de l'adulte comme ouvrir la bouche, tirer la langue... **L'imitation néonatale** fonctionne précocement sur la base d'une comparaison intermodale. Il s'agirait d'une aptitude innée à produire une équivalence entre kinesthésie et vision. Cette conduite retrouvée chez tous les nourrissons est automatique et spontanée.

❖ **La coordination main-bouche**

In utero, on repère déjà de nombreux contacts main-bouche. A 14 semaines de gestation, on peut observer le fœtus tétant son pouce (Schaal et coll. – Mouvements fœtaux, 1991). Dès 2 mois après la naissance, la bouche est l'organe d'exploration et de perception tactilo-kinesthésique le plus sollicité par le bébé. C'est ainsi que le nouveau-né portera systématiquement tous les objets à la bouche, pour prendre connaissance du monde qui l'entoure. La coordination main-bouche diminuera dès 4 mois, au profit de la coordination vision-préhension dont elle représente les prémises.

❖ **La coordination visuo-manuelle**

Elle apparaît très précocement, puisqu'un nouveau-né de 1 à 3 semaines est déjà capable de fixer un objet et de déplacer sa main en direction de ce dernier, même s'il ne l'atteint pas, ni ne le saisit (Grenier, 1980, cité par Vaivre-Douret, 2003). Ainsi, le nouveau-né peut très tôt relier information visuelle et motricité manuelle.

Cette association constitue un rudiment de la coordination œil-main (Ennouri et Bloch, 1995, cités par Vaivre-Douret, 2003), qui n'apparaît vraiment qu'à 4 mois, lorsque le bébé commence à saisir les objets qui l'entourent.

❖ **La coordination auditivo-visuelle**

Le nouveau-né peut par réflexe et intentionnellement, pour un bruit moins surprenant, tourner sa tête du côté d'un stimulus sonore (Mendelson et coll., 1976, cités par Vaivre-Douret, 2003). Aussi, un nourrisson regarde davantage un objet animé s'il est accompagné d'un son concordant au rythme de ses mouvements. Enfin, l'interaction visuelle sera d'autant plus prolongée que le partenaire parlera en même temps.

¹³ L. VAIVRE DOURET, La qualité de vie du nouveau-né, Odile Jacob, 2003, p 66.

2. Les capacités motrices innées :

a. Développement du système nerveux et maturation neurologique

Alors que le système sensoriel s'organise très précocement dès la vie intra-utérine, la motricité du fœtus est limitée du fait de son immaturité neurologique.

La motilité du fœtus est d'abord régie par le système sous-corticospinal. La myélinisation des voies motrices s'effectue dans un sens ascendant caudo-céphalique entre la 24^{ème} et la 34^{ème} semaine d'aménorrhée (SA). Ensuite, le système sous-cortical prend le relais, la myélinisation s'organise alors lentement dans le sens inverse céphalo-caudal, de la 34^{ème} SA jusqu'à l'âge de 10 ans environ.

Ce n'est donc que vers **34-36 semaines d'âge gestationnel** que le nouveau-né prématuré verra sa motricité et son tonus commandés par le système pyramidal volontaire. Il est important de tenir compte de ces données avec un bébé prématuré puisque qu'avant 34 semaines de gestation, la maturation de son système nerveux moteur se fera dans le sens inverse de celui d'un bébé né à terme.

b. La motricité primaire du bébé

▪ La motricité spontanée

Jusqu'à deux mois, la motricité du nouveau-né est de type sous-cortical. Elle peut être définie comme incontrôlable, non volontaire, avec des mouvements sans finalité instrumentale ni signification apparente. Ces mouvements sont généraux et spontanés, c'est-à-dire hors de toute stimulation extérieure. A cette période le bébé bouge pour le plaisir de bouger et sa motricité n'a pas de but, elle n'est pas orientée vers un objet extérieur.

Heinz PRECHTL, pionnier dans l'étude du développement neurologique précoce, a étudié depuis plusieurs années l'activité motrice du fœtus humain et du nouveau-né. Il décrit alors les **mouvements généraux** du bébé. Ces mouvements spontanés observés chez le tout-petit jusque vers **16-18 semaines** font directement suite à la motricité fœtale. Ils sont d'origine endogène, ils sont produits par les **CPG** (Central Pattern Generators). Il s'agit de réseaux de neurones situés dans la moelle épinière ou le tronc cérébral, qui peuvent produire par eux-mêmes une activité coordonnée.

Les mouvements décrits à cette période sont d'abord des **mouvements de contorsions** (writhing movements). Ils sont puissants, vigoureux, d'amplitude faible à modérée, de vitesse lente. Ils durent de la naissance à 6-8 semaines. Viennent ensuite les **mouvements de gigotement** (fidgety movements). Ce sont de petits mouvements circulaires, de faible amplitude, de vitesse modérée, avec des accélérations variables. Ils culminent vers 3 mois puis vont persister jusque vers 16-18 semaines. Ils seront relayés ensuite par les **mouvements volontaires**.

L'évaluation de ces mouvements généraux est qualitative. Nous observerons en effet leur fluidité, leur variabilité (critère temporel) et leur complexité (critère spatial). Ceci constitue un indicateur très sensible du fonctionnement cérébral. En effet, les anomalies vont s'exprimer par une perte de la fluidité, et surtout de la variabilité et de la complexité.

Pour étudier les mouvements spontanés, nous devons tenir compte des états de vigilance également décrits par **PRECHTL**. Chez le nouveau-né, cinq états de vigilance sont différenciés à partir de critères comportementaux observables. Ils sont matures à partir de 36-38 semaines de gestation.

Ces cinq états sont les suivants :

- ❖ **Etat 1** : *sommeil calme*, respiration régulière, pas de mouvement, yeux fermés.
- ❖ **Etat 2** : *sommeil agité*, respiration irrégulière, présence de mouvements, yeux fermés.
- ❖ **Etat 3** : *veille calme*, respiration régulière, pas ou peu de mouvement, yeux ouverts.
- ❖ **Etat 4** : *veille agitée*, respiration irrégulière, présence de mouvements, yeux ouverts ou fermés.
- ❖ **Etat 5** : *pleurs*, respiration irrégulière, présence de mouvements, yeux ouverts ou fermés.

L'état n°3 (état d'éveil calme et attentif) est celui au cours duquel le bébé est le plus disponible pour interagir avec son environnement. Il montre alors ses capacités à percevoir et à discriminer les informations venues de son environnement, à s'en protéger dans certains cas, à manifester ses besoins, ses préférences.

Les états de vigilance sont des réalités neurophysiologiques. Ils sont un bon indice de fonctionnement du système nerveux central. Des comportements anormaux ou instables peuvent traduire un dysfonctionnement neurologique. La transition entre chaque stade doit être harmonieuse, l'enfant passant progressivement d'un sommeil profond à un sommeil léger, à une phase de somnolence, puis d'un état d'éveil calme à un état agité...

Sur le plan clinique, il est important de reconnaître l'existence de ces différents états de sommeil et de veille successifs. Par exemple pour nourrir l'enfant, il est important de ne pas confondre un état d'*agitation motrice* de *sommeil agité* avec un *état de veille*, ce qui risquerait de déphaser ses cycles physiologiques par rapport à son besoin d'alimentation.

▪ **Les réflexes archaïques**

Une grande partie de la motricité du nouveau-né est régie par ce que l'on appelle les **réflexes archaïques ou primaires**. Jacques VAUCLAIR définit les réflexes comme « *des mouvements involontaires, automatiques et rapides en réponse à des stimulations sensorielles spécifiques.* »¹⁴

¹⁴ J. VAUCLAIR, Développement du jeune enfant, motricité, perception, cognition, Paris, 2004.

Ces réflexes primitifs sont identiques pour tous les nourrissons et leur codification a été assurée par de nombreuses études neurologiques. Ces dernières ont pu dénombrer jusqu'à **70 réflexes** qui apparaissent avant ou après la naissance, témoignant ainsi de la richesse du programme neuromoteur.

La présence de ces réflexes est physiologique chez le fœtus et au cours des premiers mois de la vie. Elle indique l'absence de dépression du système nerveux central. La disparition ou l'évolution des réflexes dans des conduites plus élaborées est aussi le témoignage d'une bonne maturation. En effet, certains ont une valeur fonctionnelle essentielle, tels que les réflexes de succion et de déglutition. Ils ne seront pas amenés à disparaître mais seront définitifs. D'autres disparaîtront ensuite ou s'intégreront dans des mouvements plus complexes.

Dans certains cas, la persistance, anormale, au-delà d'un certain âge, peut être le signe d'un retard ou d'un trouble du développement.

Selon **Suzanne ROBERT OUVRAY**, six de ces réflexes sont vraiment significatifs pour un bilan de développement.

- ✓ Les réflexes asymétriques du cou.
- ✓ Le réflexe de préhension (grasping).
- ✓ Le réflexe de Moro.
- ✓ Les réflexes d'enracinement et de marche.
- ✓ Le réflexe de succion.
- ✓ Le réflexe de landau ou réflexe du parachute.

Aussi, elle ajoute que ces réflexes répondent à trois grandes fonctions. Ils assurent ainsi une fonction de **protection de l'organisme**, une fonction d'**entraînement à la motricité adulte** et une fonction **signalétique**.

❖ **Les réflexes asymétriques du cou (position dite de l'escrimeur).**

Lorsque couché sur le dos, la tête de l'enfant est tournée d'un côté, on observe l'extension du bras du même côté et la flexion du bras controlatéral, ainsi que la flexion de la jambe du même côté de la tête et l'extension de la jambe controlatérale.

Pour **S. ROBERT OUVRAY**, *«lorsqu'on couche un bébé sur le dos et qu'on essaie passivement de lui tourner la tête sur le côté comme pour l'entraîner à se retourner sur le ventre : l'enfant étend alors son bras homolatéral et sa jambe controlatérale pour empêcher ce mouvement.»*¹⁵

Ce réflexe disparaît vers 3 ou 4 mois quand l'enfant est capable de passer du dos sur le ventre d'une façon volontaire. Le rôle signalétique et protecteur de ce réflexe serait alors d'empêcher l'enfant de passer sur le ventre (position inconfortable, en extension et source de stress).

¹⁵ Suzanne B. Robert. Ouvray, L'enfant tonique et sa mère, édition Desclée De Brouwer, 2007, p 60.

Albert COEMAN ajoute la dernière fonction de ce réflexe préparant à la motricité adulte. Il souligne ainsi que ces mouvements vont jouer un rôle important dans l'intégration de l'axe et dans la mise en place des premières coordinations visuo-motrices, tête-mains (poings)-bouche.

❖ **Le réflexe de Grasping (appelé aussi d'agrippement)**

L'excitation de la paume de la main du nouveau-né par un objet détermine une flexion des doigts très ferme sur cet objet. Ce réflexe assure le rôle de préparation à la préhension future. Il a également une valeur de communication pour le parent, en jouant un rôle essentiel dans la fonction d'attachement.

❖ **Le réflexe de Moro (appelé aussi réflexe des bras en croix ou d'embrassement)**

Lorsqu'un bruit sec se produit (par exemple : taper dans les mains) l'enfant écarte brusquement les bras puis les ramène dans un deuxième temps sur sa poitrine. Il peut être provoqué de diverses façons et se manifeste aussi lors de changement de postures. Ce réflexe disparaît vers le 3^{ème} mois et il deviendra le réflexe de sursaut.

Ce réflexe assure la fonction de protection de l'organisme par le retour sur soi, à la fois protecteur et rassurant. « *Il donne déjà une idée de la capacité de l'être humain à s'auto-consoler, à s'auto-rassembler après un événement déstructurant* ». Le réflexe de Moro possède également une fonction signalétique. Il est ainsi important de bien soutenir la nuque du bébé quand on le porte, « *si la tête du bébé n'est pas bien soutenue, il est en état de stress quasi permanent.* »¹⁶

❖ **Le réflexe de redressement statique**

Le nouveau-né a tendance à étendre ses membres inférieurs lorsqu'on exerce une pression sur les plantes des pieds. Cette réaction disparaît vers le 2^{ème} mois. Elle prépare à la motricité adulte dans le sens où cette réaction réapparaît plus tard dans sa forme active chez l'enfant capable de redressement.

❖ **Le réflexe de la marche automatique**

L'excitation de la plante des pieds du nouveau-né (mis debout au contact d'une table, par exemple) détermine un mouvement des jambes qui rappelle la marche de la motricité adulte.

❖ **Le réflexe de succion**

L'excitation des lèvres du nouveau-né donne lieu à un mouvement de succion rythmique.

¹⁶ Suzanne B. Robert. Ouvray, *L'enfant tonique et sa mère*, édition Desclée De Brouwer, 2007, p 59.

❖ Le réflexe de landau ou réflexe du parachute

Il s'agit de réflexes posturaux qui apparaissent au cours de la première année, quand l'enfant acquiert la station assise. La réaction du bébé est de tendre son bras pour parer à la chute. Ainsi, l'enfant soutenu en suspension ventrale et projeté en avant étend alors rapidement ses bras de façon symétrique et ouvre ses mains, comme pour se protéger. Il s'agit de réactions ayant pour fonction la protection de l'organisme.

Ces réflexes primaires ne signent pas uniquement l'absence de lésion cérébrale, ils témoignent également de la présence de **lois de structuration de la motricité**.

C. Les lois du développement moteur

Grâce à la maturation du système nerveux central et notamment à la myélinisation des fibres nerveuses, le bébé va progressivement pouvoir passer d'un fonctionnement neurologique automatique et réflexe à un fonctionnement volontaire. Le développement moteur de l'enfant s'effectue selon un schéma et des lois déterminées.

▪ **La loi de différenciation**

Le bébé passe d'une motricité involontaire à une motricité volontaire. Au départ, le nouveau-né a une motricité globale, des décharges motrices sont généralisées à l'ensemble du corps. Son activité va ensuite devenir de plus en plus fine et plus élaborée.

▪ **La loi de succession**

Le contrôle moteur est d'une remarquable constance. Cette succession est soumise à deux lois simultanées ; la loi céphalo-caudale et la loi proximo-distale.

Selon la **loi céphalo-caudale**, le contrôle musculaire s'achemine de la tête aux pieds, on parle aussi de loi descendante. Ainsi, les muscles du visage seront contrôlés en premier puis ceux de la nuque et enfin ceux du tronc.

Selon la **loi proximo-distale**, la différenciation se fait du centre du corps à la périphérie. Les muscles de l'axe se trouvent les premiers sous le contrôle de la motricité volontaire, ensuite la maturation se fait progressivement vers les muscles des extrémités : tronc-bras-mains, tronc-jambes-pieds.

▪ **La loi de variabilité**

Le rythme de ce développement n'est pas uniforme. Il peut y avoir des progressions plus ou moins rapides, des stagnations et parfois des régressions. Aussi, chaque enfant aura son propre rythme de développement. L'acquisition de la marche peut se faire à 12 mois comme à 18 mois.

d. Tonus, posture et « motricité libérée »

Le développement moteur est en étroite relation avec l'évolution du tonus. Le tonus se définit comme la tension qui siège dans le muscle quand il est innervé.

À la naissance, le tonus se répartit inégalement dans les muscles, il prédomine dans les muscles fléchisseurs des jambes et des bras et s'installe faiblement dans les muscles de la colonne vertébrale. Ainsi, on trouve une dualité tonique : **l'hypertonie des membres** et **l'hypotonie de l'axe**.

Le tonus progresse ensuite selon la loi de succession précédemment décrite jusqu'à atteindre un certain équilibre.

Le développement postural s'effectue en parallèle du développement tonique. Effectivement, à la naissance, le bébé prend spontanément cette position symétrique **d'enroulement** autour de son centre, répondant à l'hypotonie du tronc et à la prédominance des muscles fléchisseurs. Cet enroulement physiologique est un « *donné constitutif de l'Être humain* ». ¹⁷

Par la suite, le **redressement** deviendra possible par l'augmentation du tonus de l'axe. S'observe alors un ajustement entre les muscles assurant la flexion (antérieurs) et ceux assurant l'extension (postérieurs), « *pour atteindre un état de tension symétrique qui permet aux fléchisseurs et extenseurs de jouer leur rôle d'étayage de l'axe central vertical* » ¹⁸. Cet équilibre libère ainsi progressivement la respiration de sa fonction tonique pneumatique.

Lorsque le redressement du buste est suffisant, les changements de posture se réalisent par une bascule latérale. La répartition tonique particulière imposée par les postures asymétriques, (postures dites « *d'escrimeur* »), amène ensuite un nouveau schéma de mouvement qui est celui de la **torsion** autour de l'axe.

Les conduites de flexion, de redressement et de rotation observables dans les premiers mois de vie, constituent les points d'appui nécessaires à **l'élaboration de la motricité et des coordinations**.

En prenant en compte des états toniques du nouveau-né, des travaux ont centrés leurs recherches sur les **fonctions tonico-posturales**. Ces approches ont tenté de cerner les conditions nécessaires à la réalisation d'une **action sensorimotrice orientée**.

¹⁷ A. COEMAN et M. R. DE FRAHAN, De la naissance à la marche, ASBL Etoile d'herbe, Belgique, 2004, p 22.

¹⁸ *Idem* p 23.

La motricité primaire du nouveau-né est contrainte en grande partie par l'incapacité de l'enfant à tenir sa tête. Le professeur **Albert GRENIER** observe alors que si on empêche les chutes de la tête en fixant la nuque du bébé avec notre main, lorsque l'enfant est en position assise sans dossier, on découvre alors l'étendue de ses possibilités motrices de façon très précoce. GRENIER parle ainsi de « **motricité libérée** ».

Il montre ainsi qu'un bébé de moins de 3 semaines, bien éveillé et bien maintenu, est capable, après plusieurs minutes d'attention, de tendre la main et de toucher un objet attractif, voire d'ouvrir la main et de la poser sur cet objet.¹⁹

Cette découverte et bien d'autres ont le mérite de montrer que les nouveau-nés sont capables de **performances sensorimotrices** précoces à condition que l'entourage apporte à l'enfant **l'appui postural** et **le soutien relationnel** nécessaire à cette révélation.

Finalelement, « *Le développement psychomoteur n'est pas le seul résultat de la maturation du système nerveux central, aboutissant à des compétences innées et à des stades de développement progressifs déterminés génétiquement. Il n'est pas non plus une succession d'expériences sensori-motrices (...). Il est la résultante d'interactions circulaires entre **compétences perceptives** présentes très précocement d'une part et **sollicitation de l'environnement** d'autre part.*»²⁰

En quoi l'environnement (physique et humain) assure t-il un *appui* et un *soutien* indispensable au développement psychomoteur de l'enfant ?

¹⁹ HERNANDORENA Xavier, « À l'aube de la motricité », *Spirale* 3/2011 (n° 59), p. 79-88.

²⁰ Philippe SCIALOM, Françoise GIROMINI et Jean-Michel ALBARET, Manuel d'enseignement de Psychomotricité, De Boeck-Solal, 2011, p 28.

B- Un corps PSYCHOMOTEUR : l'Acquis

(Corps habité et investi)

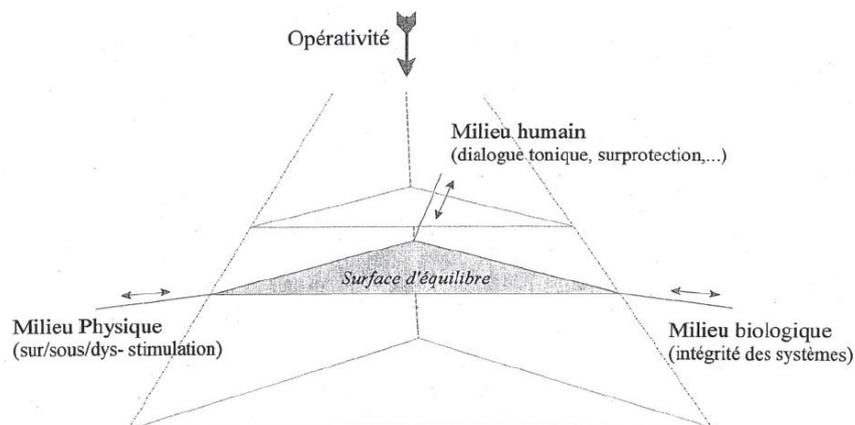
Les premiers temps de la vie constituent pour le bébé une **période sensorimotrice**. L'enjeu de la première année, pour reprendre l'expression d'**André BULLINGER**, va être que l'enfant parvienne à « *habiter son organisme* » pour en faire son *corps*. L'environnement (physique et humain) occupe une place déterminante dans ce développement sensorimoteur.

1- « Habiter son organisme » selon André Bullinger

a. L'équilibre sensori-tonique

L'équilibre sensori-tonique met en lien le **milieu biologique** décrit précédemment (intégrité des systèmes neuromoteurs, sensoriels...) avec le **milieu humain** (interactions) et le **milieu physique** (flux sensoriels). Ces dimensions (facteurs biologiques, affectifs et environnementaux) sont dans un rapport étroit d'équilibre qui assure à l'enfant une véritable « *sécurité de base* ».

L'**équilibre sensori-tonique** introduit par **WALLON** peut se définir comme « *un état interne de l'organisme qui permet, sans désorganisation, de recevoir les signaux issus des interactions avec le milieu* »²¹. Cette notion permet à l'enfant non seulement de recevoir des sollicitations de l'extérieur mais aussi d'y répondre, et ainsi de consolider ses interactions. Il garantit alors au sujet le *sentiment continu d'exister*.



Composantes de l'équilibre sensori-tonique

²¹ H. WALLON, *L'enfant turbulent*, Paris, Puf, coll. « Quadrige », 1984.

Source schéma : www.cairn.info/enjeux-du-developpement-de-l-enfant-et-de-l-adoles--9782749239033-page-119.htm.

Les difficultés du développement sont repérables dans les déséquilibres entre ces trois dimensions. Plus ils seront importants, plus la surface d'équilibre sera petite et plus les moyens du bébé seront limités.

▪ **Le milieu physique : les flux sensoriels**

Dans ses interactions avec le milieu physique, l'enfant est assailli par les flux sensoriels (tactiles, auditifs, visuels, olfactifs, gravitaires). Ces flux entraînent des réactions toniques suivant leur ampleur. Si une intensité de flux dépasse les capacités sensorielles de l'enfant, le recrutement tonique sera alors excessif et désorganisant.

La perception des flux par l'organisme active une chaîne de réactions tonico-posturales décomposables en plusieurs phases : la première dite **phase d'alerte**, entraîne une mobilisation tonique de tout le corps ; la deuxième dite **phase d'orientation** de l'organisme, entraîne un rapprochement ou un détournement par rapport à la source de stimulation ; la troisième dite **phase d'exploration**, engage des coordinations intermodales (coordinations sensorimotrices).

Les flux perçus permettent des habituations à force de répétition de configurations sensori-motrices. Le traitement des signaux devient une activité cognitive qui consiste à tirer des éléments réguliers et stables dans les interactions avec le milieu. L'enfant pourra alors extraire des **invariants** et ainsi construire des conduites instrumentales de plus en plus organisées.

« Lorsque les propriétés du milieu sont dystimulantes, ne correspondant pas aux propriétés normales de cohérence et de stabilité du milieu, l'individu ne peut extraire les invariants nécessaires au réglage de ses conduites »²²

▪ **Le milieu Humain : le dialogue tonique**

Le dialogue avec le milieu humain est le moyen privilégié de régulation de l'état tonique du tout petit.

Au départ, le bébé est dans un état de non-intégration : il vit de multiples expériences sensorielles, somatiques et émotionnelles, non liées entre elles, mais morcelées, éclatées. Ses premiers éprouvés émotionnels ne se différencient pas de ses sensations corporelles et se trouvent confondus au début de la vie. L'enfant va alors exprimer ses émotions par des réactions toniques globales qui se diffusent à la totalité du corps. **WALLON**, le premier, a mis en évidence la fonction du **tonus** comme moyen de communication des émotions. Le tonus devient alors le support de l'échange entre l'enfant et sa mère, il parle ainsi de **dialogue tonique**.

²² André BULLINGER, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, ERES « La vie de l'enfant », 2007.

J. De AJURIAGUERRA reprendra cette notion développée par Wallon. Il met alors en évidence le rôle du tonus dans les interactions précoces. L'enfant exprime son malaise par des variations toniques (l'hypertonie d'appel). La mère interprète et donne du sens aux états toniques de son enfant en y apportant une réponse (soins corporels, nourriture, bercements...). Le bébé exprimera en retour son soulagement et sa satisfaction par un nouvel ajustement tonique (l'hypotonie de réplétion). Entre la mère et le nourrisson s'instaure ainsi, ce que Ajuriaguerra appelle le **dialogue tonico-émotionnel**.

Dans ce dialogue avec la personne qui interagit avec l'enfant, les situations vécues prennent sens et peuvent être intériorisées.

Wilfred Ruprecht BION a dans ce sens décrit la certaine disposition d'esprit maternel que la mère fournit à son nourrisson afin de l'aider à intérioriser ses sensations. Il a ainsi développé la notion de **capacité de rêverie maternelle**. Il s'agit d'un processus psychique complexe, désignant la capacité de la mère à être en empathie avec ce que ressent son nourrisson dans la quotidienneté. Ainsi, la mère est réceptive aux éprouvés psychiques et corporels de son bébé. La psychanalyse qualifie ces éprouvés, d'états affectifs bruts, non pensés, primitifs, qu'il nomme les **éléments bêta**. La mère va ensuite les interpréter, les penser et les transformer pour les renvoyer au bébé sous une forme digérée, assimilable par la pensée. C'est ce que Bion appelle les **éléments alpha**. Elle va ainsi répondre de différentes manières par des actes et des mots associés à une tonalité affective, une gestualité et un tonus corporel qui lui est propre.

Dans ce **dialogue tonique**, la mère transforme les impressions sensorielles, les éprouvés corporels, les expériences émotionnelles éclatés de son bébé, pour les rendre disponibles à sa pensée. Elle lui fournit des images, des représentations sur ce qu'il est en train de vivre. Le monde interne du bébé peut alors s'organiser, se structurer, s'unifier parallèlement à cette mise en sens.

Le bébé devient capable d'anticiper à force de répétition de la situation et de la mise en sens par le milieu humain. Les moyens représentatifs viennent ensuite partiellement relayer le dialogue avec le milieu humain. Ces « *proto-représentations* » vont permettre au bébé de réguler ses états toniques, d'anticiper les effets sensoriels sur son *organisme* et d'organiser de plus en plus son action.

b. L'axe de développement : l'Axe CORPOREL

Le développement sensori-moteur se conçoit dans la perspective de **BULLINGER** comme une suite d'étapes qui se succèdent et s'enrichissent suivant un axe céphalo-caudal. Le professeur décrit les différents espaces corporels qui vont être progressivement intégré par le bébé au cours de son développement.

« Les maîtrises successives des espaces oral, du buste, du bassin, du bas du corps, sont autant de passages nécessaires qui donnent à l'enfant les moyens d'habiter son corps en relation avec son milieu, et de prendre possession du monde. »²³

L'intégration de ces différents espaces détermine la construction de **l'axe corporel**. Celle-ci met en lien les acquisitions posturales, les coordinations sensori-motrices et les notions spatiales. L'axe corporel comme point d'appui à la fois physique et représentatif constitue une étape importante dans le processus **d'individuation** et rend possible les **activités instrumentales**. C'est l'intégration de l'axe corporel qui *« fait de l'organisme un lieu habité. »*

▪ L'espace de la pesanteur (naissance)

De nombreuses transformations de *l'espace* s'opèrent à la naissance. Le nourrisson quitte le premier **espace utérin**. Il perd alors le contenant qui lui assurait un arrière-fond, qui s'ajustait et contenait ses extensions. L'enjeu des premiers mois de vie consistera alors à retrouver cette contenance par le biais des interactions avec le milieu humain. Ainsi, l'entourage permet au bébé de retrouver la posture fondamentale en enroulement et la contenance intra-utérine lors du portage. De son côté, le nourrisson doit parvenir à un nouvel équilibre sensori-moteur pour apprivoiser son nouveau milieu.

▪ L'espace oral (0-2 mois)

Au moment de la naissance, c'est l'espace oral qui va être le premier investi. **L'activité orale instrumentale** (exploration, succion, déglutition), déjà exercée in utero, va se révéler cruciale après la naissance. L'alimentation passive, automatique et continue de la vie intra-utérine devient alors active, interactive et fractionnée. L'aspect narratif du repas (succion, déglutition, satiété) commenté par l'adulte permet au bébé de donner du sens à ses états toniques et aux événements qu'il partage.

Parallèlement, les conduites d'exploration n'ayant pas de finalité alimentaire vont élargir les expériences sensori-motrices. La **bouche** devient un moyen privilégié d'**exploration de l'environnement**.

Aussi, un appui postural adapté et ajusté est nécessaire pour que les activités de succion et d'exploration puissent s'engager. En effet, la bouche va pouvoir capturer et explorer les objets à sa portée uniquement si l'environnement assure au nourrisson un **soutien postérieur axial** qui favorise la position fondamentale en enroulement.

²³ André BULLINGER, Pierre DELION, « Éditorial », *Contraste* 1/2008 (N° 28-29), p. 5-16.

▪ L'espace du buste (2-3 mois)

Dans le développement postural, l'équilibre entre la musculature du plan antérieur assurant la flexion et la musculature du plan postérieur assurant l'extension stabilise le **buste**. Cette **coordination avant/arrière** crée un arrière-fond sur lequel le système visuel va pouvoir s'appuyer. La coordination entre fonction focale et fonction périphérique donne lieu à une activité d'exploration. L'activité oculomotrice passe d'un mode de fonctionnement à l'autre (agrippement/exploration) en fonction des appuis offerts par l'extérieur.

▪ L'espace du torse (4-6 mois)

L'espace du torse fait suite aux mouvements de rotation qui réalisent la coordination des espaces gauche et droit du corps. BULLINGER parle d'« **haubanage droite/gauche** ». Cet espace est essentiel à la **construction de l'axe corporel**.

Au moment où se construit cette coordination, la **bouche** joue un rôle crucial de relais et inscrit l'espace oral dans l'espace de préhension. Le relais oral est alors nécessaire pour passer les objets d'un héli-espace à l'autre. « *La rotation vers la droite et vers la gauche permettent à l'enfant de délimiter deux espaces différents qui se croisent et se réunissent au centre autour de l'espace oral.* »²⁴

Les dissociations toniques entre les côtés gauche et droit du corps vont permettre aux **mains** des activités différenciées de coopération. Cette dissociation rend possible une activité de manipulation des objets. Ce sont les mains qui assurent à présent le rôle explorateur, suppléant alors l'exploration orale.

▪ L'espace du corps (7 mois)

L'espace du corps se construit par une coordination entre le haut et le bas de l'organisme. Cette période de rassemblement débute vers l'âge de 6 mois, bien avant que l'enfant ne soit apte au redressement vertical et à la marche.

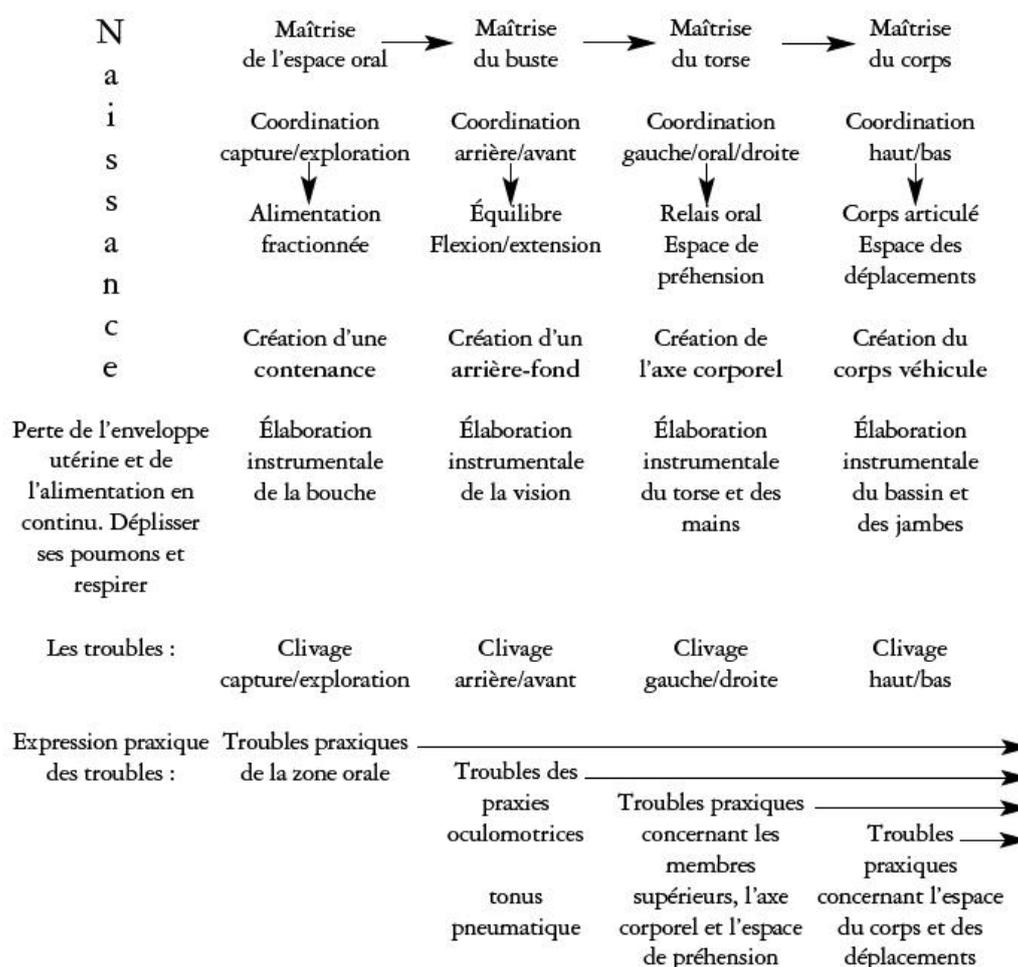
Les capacités de redressement et de rotation qui se sont mises en place facilitent l'intégration du **bassin**. La mobilisation du bassin permet une mobilisation des membres inférieurs dans leurs fonctions **d'exploration** et de **portage** du corps. Cette élaboration instrumentale du corps rend possible la maîtrise des relations spatiales dans l'espace des déplacements.

Cet investissement crée par ailleurs les conditions d'un contrôle progressif des sphincters. « *On constate la concomitance de cette maîtrise des sphincters avec la capacité pour le bébé de marquer nettement son opposition et d'avoir des colères orientées* »²⁵.

²⁴ S. ROBERT OUVRAY, Porter un enfant, c'est un savoir être, Métiers de la petite enfance, 2000, n° 59.

²⁵ André BULLINGER, Pierre DELION, « Éditorial », Contraste 1/2008 (N° 28-29), p. 5-16.

Tableau récapitulatif : l'Axe de développement, Bullinger.²⁶



Des dysfonctionnements aux différents niveaux de ce processus intégratif peuvent être à l'origine ou la résultante de troubles praxiques et développementaux.

2- Investissement des parties et des fonctions du corps

Les étapes, précédemment décrites, de construction du corps psychomoteur, peuvent être lues avec des références psychanalytiques. Je m'appuierai en particulier sur les théorisations de **Geneviève HAAG** qui s'est le plus approchée de la conception bullingérienne du développement. Elle parle des premières intégrations du *moi-archaïque* selon une série d'étapes.

« Je ne conçois pas que le corps appartienne au sujet (...). C'est-à-dire que le corps n'est pas donné, qu'il se construit sine qua non dans ce premier MOI. »²⁷

²⁶ Bullinger André, « Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement », *Contraste* 2/2006 (N° 25), p 128.

²⁷ Benoît LESAGE ; Interview de Geneviève HAAG, 2013.

a. La naissance :

En quittant la matrice utérine, le bébé est soumis à de nombreuses pertes ; perte du regroupement, perte de l'arrière-fond, perte des limites, perte de l'aisance des mouvements... Toutes ces expériences que vit le bébé dans son corps sont probablement responsables des « *angoisses archaïques* » définies par **Mélanie Klein** ou des « *agonies primitives* » selon **Winnicott**. Celles-ci sont décrites comme la sensation de tomber en morceaux, tomber sans fin, n'avoir aucune relation avec son corps.

Pour **Geneviève HAAG**, les angoisses néonatales sont des angoisses de liquéfaction et de chute, « *au moment de la naissance, le bébé fait brutalement l'expérience de perdre la contention fermée et serrée que lui procurait l'utérus jusque-là et peut avoir alors l'impression de se répandre sans fin ; il quitte le milieu liquidien pour entrer dans le milieu aérien qui va lui faire éprouver tout aussi brutalement l'effet de la pesanteur d'où les angoisses de chute, de tomber sans fin.* »²⁸

Contre les angoisses archaïques, l'enfant dispose d'un équipement très efficace : les comportements d'attachement (véritable réflexe archaïques d'agrippement). Ils ont pour but de rapprocher l'adulte du bébé afin qu'il prenne soin de lui (pleurs, cris, babillage, sourire). Au cours des soins qui sont donnés au nourrisson, les angoisses se colmatent peu à peu par l'expérience répétée et intense des **premières interactions**. L'expérience que le bébé vit dans son corps reste cependant morcelée s'il ne trouve pas de contenance.

Pour **G. HAAG**, le développement de l'enfant dépend d'une succession d'intégrations qui vont organiser le corps du haut vers le bas suivant la maturation neurophysiologique céphalo-caudale. Celles-ci permettront l'intégration d'un « *squelette interne* » et la réduction des « *clivages corporels précoces* ».

*« Le corps est donné en tant que forme matérielle mais pour le vivre de manière attachée, pour sentir sa colonne vertébrale comme une attache interne en même temps, cela ne se construit que psychiquement. »*²⁹

En effet, à partir de sa clinique des bébés et dans la continuité de la pensée **d'Esther Bick**, elle propose un modèle dans lequel le bébé théâtraliserait dans son corps ce qui est en jeu dans le lien à la mère. Elle montre notamment qu'il existe des séparations, des clivages, repérables dans le corps des bébés (en raison de l'état de non intégration). Ceux-ci se réduisent alors normalement dans la relation à la mère suivant des étapes successives.

²⁸ G. HAAG, « Hypothèses sur la structure rythmique du premier contenant », Gruppo, n°2, 1986.

²⁹ Benoît LESAGE ; Interview de Geneviève HAAG, 2013.

b. Sentiment d'enveloppe : l'intégration Dos-Regard

La répétition de ces expériences d'interactions précoces, où le bébé se sent compris et contenu, fait naître en lui le **premier sentiment d'enveloppe**. Ce sentiment dépend des expériences du corps (être tenu physiquement) et des expériences de relation (être porté psychiquement). C'est donc dans la relation, dans le corps à corps, que vont se construire les enveloppes corporelles et psychiques. Pour **Geneviève HAAG**, ce sentiment d'enveloppe fonde le « *moi-corporel* » et émerge vers les deux mois de vie.

« Le contact des yeux associé à la tenue qui lui est procurée par le corps de la mère, mais aussi par l'orbiculaire de la bouche tenant et se tenant au mamelon, constituent pour le bébé un premier « tout autour ». »³⁰

Les premières intégrations de l'enfant se font dans les expériences répétées de nourrissage et de relation avec sa mère. De nombreux auteurs ont insisté sur le fait que c'est autour de ces temps de nourrissage que l'essentiel de la vie psychique s'organise pendant les premiers mois de vie. Le mécanisme d'incorporation engagé au cours de cette phase orale permettra la différenciation d'un dedans-dehors et favorisera les premières identifications (espace oral).

Pour **G. HAAG**, lors de ce moment, le bébé est soutenu fermement par les bras de sa mère, son dos se love dans ce portage, un fond est donné au nourrissage. Le visage de la mère face au nourrisson est tel que les regards se rencontrent, se fixent.

L'intégration du regard, avec sa dimension d'interpénétration, joint à l'intégration tactile (contact du dos) permet qu'un « fond » se constitue pour le bébé. **GROTSTEIN** parle alors de la « **présence d'arrière-plan d'identification primaire** », participant à la mise en place d'un sentiment de sécurité de base. Un rassemblement *devant-derrière* s'opère suite à ces premières expériences (espace du buste).

De l'enveloppe corporelle à « l'enveloppe psychique » :

Esther BICK suite aux théorisations de **Didier ANZIEU** propose, en 1968, une description de la **fonction psychique de la peau**, primordiale dans le développement du bébé.

D'après cette conception, l'appareil psychique du bébé se construit pour répondre à la perte de continuité du milieu intra-utérin. Confronté à cette perte, source des premiers vécus d'angoisse, le bébé développe des moyens de défense et de survie psychique afin de tenter de retrouver une continuité d'être. **Esther BICK** montre la nécessité pour le bébé de faire *l'expérience d'un objet contenant intégrant le corporel*, avec lequel il s'identifie afin de se sentir suffisamment contenu dans sa propre peau.

³⁰ Anne-Marie LATOUR, La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques, Edition ERES, 2014, p 98.

« Le besoin d'un objet contenant apparaît, dans l'état infantile non intégré, comme la recherche effrénée d'un objet – une lumière, une voix, une odeur ou un autre objet sensuel – qui peut tenir l'attention, et, de ce fait, être expérimenté, momentanément tout au moins, comme tenant ensemble les parties de la personnalité. L'objet optimal est le mamelon dans la bouche, accompagné du portage, des paroles et de l'odeur familière de la mère. »³¹

c. Intégration de l'axe vertical : l'axe médian

L'arrière plan se condense dans un axe corporel médian permettant l'intégration d'un squelette interne. « C'est quelque chose qui se présente entre l'avant et l'arrière et qui me semble être la sensation d'une accroche interne, qui est projeté dans le corps mais qui est une construction psychique »³². Le vécu de peau psychique qui entoure le bébé peut s'incorporer, se vivre intérieurement pour donner naissance à des mouvements de rassemblements autonomes.

Cet axe vertical permet alors le rassemblement *gauche-droite*. A partir de celui-ci s'opèrent les premières coordinations : main-bouche, bi-manuelles, le rassemblement yeux-mains-bouche. On retrouve ainsi chez le nourrisson aux alentours de 4 mois des mouvements de jonction de la partie droite et de la partie gauche du corps (espace du torse).

Cette jonction est le reflet de la qualité des soins nourriciers et de l'attention portée au bébé. **G. HAAG** pose l'hypothèse que le bébé incorpore puis intériorise la tenue qui lui est procurée par la mère au cours des soins et intériorise du même coup le lien mère-bébé.

d. Intégration de l'axe horizontal

Puis, suivant toujours la maturation neurophysiologique, le bébé intègre progressivement le bas de son corps permettant le rassemblement mains-pieds, bouche-pieds, le redressement, puis la marche et enfin la sphinctérisation. L'unité se fait cette fois autour de **l'axe horizontal** du bassin permettant le rassemblement *haut-bas*. On assiste alors à l'appropriation d'un corps unifié (espace du corps).

Pour **G. HAAG**, l'enfant incorpore puis intériorise sa mère et l'installe comme objet interne permanent. Ainsi, il peut s'engager dans un processus de différenciation et de séparation.

« Par l'expérience que fait le bébé d'être rassemblé dans les bras de sa mère, il se construit le sentiment d'être rassemblé ; par l'expérience d'être porté il se sent porté, même en l'absence de sa mère, et il peut ensuite se porter ; par l'expérience d'être contenu, il peut ensuite se contenir. »³³

³¹ E. BICK « L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces », dans *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, Lanor-Plage, Éditions du Hublot, 1998. p. 136.

³² Benoît LESAGE ; Interview de Geneviève HAAG, 2013.

³³ Anne-Marie LATOUR, *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques*, Edition ERES, 2014, p 107.

Du corps Neurophysiologique au corps PSYCHOMOTEUR

Finalement, le bébé à sa naissance possède tout un répertoire inné de compétences révélant la richesse et l'immense potentiel du **corps neurophysiologique**. Ainsi, le développement de l'enfant se fonde sur les potentialités et les limitations que lui offre son *organisme*.

Aussi, 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. La qualité des expériences sensori-motrices et relationnelles permettront au bébé de potentialiser ses compétences innées et de passer d'un fonctionnement réflexe automatique à un fonctionnement habité rendant possibles les conduites instrumentales et le traitement spatial. Le **schéma corporel** s'élabore ainsi dès cette première période.

Parallèlement, sensorialité et motricité se mettront au service de l'avènement d'un *Moi-corporel*, par la continuité et la répétition des expériences de relations, de corps à corps. L'investissement du corps en relation contribuera à l'élaboration de **l'image corporelle**.

On peut penser le **corps psychomoteur** comme « *un corps en-relation, un corps vécu, éprouvé, un corps émotionnel et moteur tout à la fois, comme le lieu d'habitation et d'investissement de la relation à l'autre.* »³⁴

Ce processus psychomoteur permet le passage d'un fonctionnement archaïque et automatique du corps à un fonctionnement approprié, instrumenté, subjectivé.

Or, qu'en est-il du développement psychomoteur lorsque le corps neurophysiologique apparaît déficient à la naissance et/ou que l'environnement précoce (physique et humain) n'est pas « *suffisamment bon* » ?

Je vais présenter par la suite les situations « *à risque* » dites *vulnérables*, rencontrées au cours de mon stage en milieu hospitalier.

³⁴ JOLY Fabien, « Les signes psychomoteurs précoces de l'autisme », *Contraste* 1/2008 (N° 28-29), p 181.

PARTIE CLINIQUE

PARTIE III : Des SITUATIONS de VULNERABILITE

A- Le bébé vulnérable

1. Définition

La **vulnérabilité** vient du latin *vulnus* (la blessure) et *vulnerare* (blesser). Selon le Larousse, est vulnérable celui « *qui peut être blessé, frappé* » ; « *qui peut être facilement atteint, se défend mal* ».

Pour reprendre la définition synthétique proposée par **Marc-Henry SOULET**, sociologue français, la vulnérabilité désigne « *une potentialité à être blessé* »³⁵. Par ailleurs, la vulnérabilité illustre le fait que différentes personnes devant un risque donné ne présentent pas les mêmes troubles, mettant ainsi en évidence l'importance de facteurs personnels.

Les critères définissant les **nouveau-nés « vulnérables »** ne font pas vraiment l'objet d'un consensus. Je qualifie ici de « bébé vulnérable », le bébé né prématuré ou le bébé né à terme et présentant une pathologie, qui peut *potentiellement être blessé* lors de ses premiers jours de vie. En raison d'un équipement fonctionnel spécifique et d'un environnement précoce particulier, celui-ci se trouve plus *vulnérable* pour poursuivre un développement harmonieux.

Je présenterais par la suite les facteurs susceptibles de perturber l'équilibre dont parle **Bullinger** nécessaire au développement de l'enfant. Finalement, le **milieu biologique** (non intégrité des systèmes) ainsi que le **milieu physique** (dystimulations) et le **milieu humain** (premières interactions compromises) vont rendre l'enfant vulnérable.

2. Les raisons de l'hospitalisation précoce

a. Naissance et prématurité

En France, 811 510 bébés sont nés au cours de l'année 2013 d'après une étude menée par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)³⁶. Selon les dernières estimations, près de 6,6 % de ces naissances sont prématurées, ce qui représente 60 000 nourrissons. Ce nombre est en augmentation régulière et place la France au 10^{ème} rang en Europe.

³⁵ L. LARDEUX, Vulnérabilité, identification des risques et protection de l'enfance : Nouveaux éclairages et regards croisés, mai 2014, p12.

³⁶ Bellamy V., Beaumel C., « Statistiques d'état civil sur les naissances en 2013 », *Insee Résultats* n° 157 Société, septembre 2014.

Par définition, une naissance prématurée est une naissance qui survient **avant 37 semaines d'aménorrhées (SA)**, sachant qu'en moyenne, une grossesse dure 41 SA.

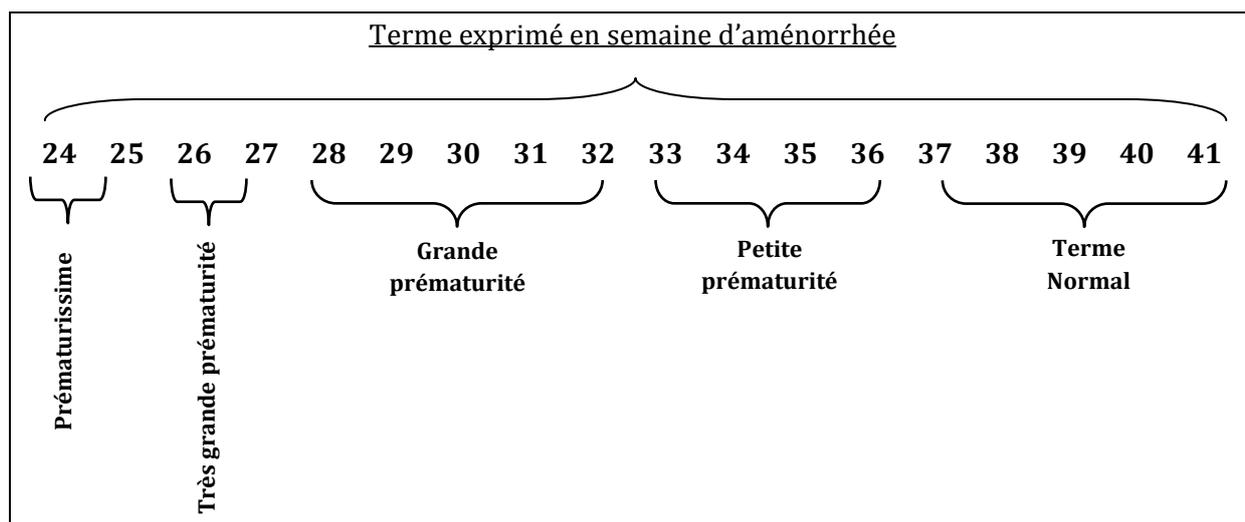
On considérera deux âges différents pour l'enfant jusqu'à ses deux ans :

- **L'âge réel (AR)** est l'âge de l'enfant depuis le jour de sa naissance.
- **L'âge corrigé (AC)** est l'âge calculé à partir de l'AR auquel on soustrait le nombre de semaines de prématurité.

Par exemple, un bébé né à 31 SA dont l'âge réel est de 2 mois de vie, aura un âge corrigé de 39 semaines (2 mois - 10 semaines). Ses compétences seront proches de celles d'un enfant qui vient de naître à terme. C'est pourquoi pour évaluer les compétences psychomotrices de l'enfant on tiendra compte de l'âge corrigé et non de l'âge réel jusqu'à ses deux ans. A partir de 3 ans, il n'y a plus de différence visible entre l'âge réel et l'âge corrigé.

On distingue 4 stades de prématurité :

- ✓ La **petite prématurité** : du début de la 33^{ème} SA à la fin de la 36^{ème} SA.
- ✓ La **grande prématurité** : du début de la 28^{ème} SA à la fin de la 32^{ème} SA.
- ✓ La **très grande prématurité** : les enfants nés au cours des 26^{ème} et 27^{ème} SA.
- ✓ Le **prématurissime** : défini par une naissance survenant avant la 26^{ème} SA.



La législation exige de déclarer à l'état-civil tout enfant naissant avec un âge gestationnel supérieur à 22 SA ou avec un poids de naissance supérieur à 500 grammes. Toutefois, la survie est rare en deçà de 25 SA.

Les Causes de la prématurité :

Les étiologies de la prématurité sont diverses. Certaines naissances sont **spontanées**, d'autres sont **induites** sur décisions médicales, on parle alors de prématurité iatrogène.

Parmi les naissances prématurées spontanées, consécutives à un travail déclenché inopinément, on retrouve souvent en cause : les grossesses multiples, les infections génito-urinaires, les infections généralisées ou encore les anomalies utéro-placentaires.

Les naissances prématurées seront « provoquées », sous décision médicale, dans le cas d'une menace, d'un risque vital ou de complications graves pour la mère et/ou son enfant. Les origines de cette menace peuvent être les suivantes : retard de croissance intra-utérin, diabète déséquilibré, incompatibilité rhésus, placenta prævia hémorragique, hématome rétroplacentaire, ou encore des signes de souffrance fœtale aigue.

Les recherches médicales ont permis de repérer certains facteurs de risques de prématurité, parmi lesquels : l'âge de la mère (moins de 18 ans, plus de 35 ans), la multiparité, la consommation abusive de toxiques (tabac, alcool, drogues), l'antécédent d'accouchement(s) prématuré(s), les conditions de vie pendant la grossesse (difficultés socio-économiques, pénibilité du travail, longs trajets quotidiens...).

Les Conséquences de la prématurité :

Le bébé prématuré naît alors que la maturation de l'ensemble de ses organes et fonctions n'est pas totalement achevée. Il est alors immature sur le plan biologique et métabolique :

- **Immaturité pulmonaire** (risque de maladie de membrane hyaline, dysplasie broncho-pulmonaire...),
- **Immaturité cardio-vasculaire** (risque d'insuffisance cardiaque...)
- **Immaturité cérébrale** (risque d'hémorragies intraventriculaires (HIV) et de leucomalacies périventriculaires),
- **Immaturité digestive** (risque d'entéocolite ulcéro-nécrosante, risque de troubles alimentaires),
- **Immaturité du système de thermorégulation** (risque d'hypothermie),
- **Immaturité de la fonction rénale**
- **Immaturité de la fonction hépatique** (risque d'ictère nucléaire),
- **Immaturité du système immunitaire** (risque d'infections...).

Ces tout-petits ont donc un besoin vital de soins spécifiques et d'une surveillance médicale attentive. En effet, plus un bébé naît tôt plus l'accompagnement se fera de manière intensive et extrêmement médicalisée. Tout cela interroge sur la qualité de la prise en soin précoce et sur le devenir de ces enfants.

Afin de mieux connaître les causes et conséquences de la prématurité ainsi que le devenir de ces enfants et de leurs familles, une étude a été menée par l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) depuis 1997. Il s'agit de l'étude **EPIPAGE 1** (Etude **EPI**démiologique sur les **P**etits **A**ges **G**estationnels).

Voici quelques chiffres concernant le devenir à 5 ans des bébés nés grands prématurés, soit avant 33 SA ³⁷ :

- 15 % d'entre eux sont **décédés**.
- Un tiers des anciens grands prématurés requièrent toujours d'un **suivi médical ou paramédical spécifique** (contre 16% du groupe témoin des nouveau-nés à terme).
- 9% présentent une **infirmité motrice cérébrale** (se traduisant par des troubles moteurs) dont un tiers ne marchent pas sans aide.
- 12 % sont atteints de **déficiences intellectuelles**, avec un QI inférieur à 70 (contre 3% pour le groupe témoin). Les difficultés cognitives des grands prématurés risquent de les exposer à des troubles des apprentissages lors de leur scolarisation.
- Au total, près de 40% de ces enfants présentent une **déficience motrice, sensorielle ou cognitive**.

	Handicap moteur	Déficience intellectuelle
Grande prématurité (<32 semaines)	10%	15%
Prématurité modérée (32-33 semaines)	4%	10%
Prématurité tardive (34-36 semaines)	0,5%	5%

Des changements dans la prise en charge des femmes enceintes et des enfants se sont produits ces quinze dernières années. Ceux-ci ont pu avoir un impact sur la santé et le développement des enfants. L'étude **EPIPAGE 2** permettra de mieux connaître le pronostic de la prématurité en étudiant l'état de santé global de ces enfants (croissance, métabolisme, allergies, maladies respiratoires) et leur développement, y compris les troubles psychiatriques, les troubles des apprentissages, les handicaps graves et la qualité de vie.

³⁷ PERINATALITE, Devenir à 5 ans des anciens grands prématurés : Résultats de l'étude EPIPAGE de l'Inserm, disponible sur internet :

<http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/etudes/epipage/epipage-595-1738.html>

Source schéma : <http://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/prematurite-fr/etat-des-connaissances>

Jean Bergès *et al.* décrivent en 1977 « **le syndrome de l'ancien prématuré** » qui se traduit par des retards du développement psychomoteur. On retrouve chez ces enfants notamment des troubles de la structuration spatiale et de la structuration temporelle, des troubles praxiques, des troubles du schéma corporel, des troubles de l'attention, et des difficultés d'apprentissage.

Les auteurs sont alors les premiers à aborder les **séquelles neuropsychologiques** de la prématurité. Les troubles observés ne sont pas expliqués par un équipement neurophysiologique spécifique (cause lésionnelle, génétique, neurologique...), mais seraient rattachés aux premiers vécus, corporel et affectif, du prématuré. On comprend alors la nécessité d'une prévention précoce pour soutenir le développement du bébé *potentiellement à risque* même sans handicap apparent. Par ailleurs, les auteurs concluent que le devenir psychologique de ces enfants, à durée égale d'hospitalisation, dépend des conditions sociales et affectives du milieu. Ainsi, soutenir les échanges et étayer les liens parents-enfant dans le cas de la prématurité apparaît tout aussi important pour le développement futur de l'enfant.

b. Souffrance neurologique néonatale

La souffrance neurologique néonatale est la manifestation clinique d'une souffrance cérébrale du nouveau-né. Une anoxie ou une ischémie cérébrale peut alors être secondaire à :

- Un accouchement pathologique,
- Une pathologie respiratoire ou cardio-vasculaire,
- Une anomalie métabolique,
- Une méningite,
- Une hémorragie intracrânienne,
- Une malformation cérébrale.

La souffrance cérébrale peut se manifester par différents signes cliniques : des difficultés cardio-respiratoires, des troubles du comportement, des crises convulsives, un coma, ou encore un état de mort apparente. C'est une véritable urgence de réanimation pédiatrique.

La survenue d'une asphyxie cérébrale en période périnatale peut entraîner de graves lésions cérébrales et perturber le développement de l'enfant. Source de handicaps plus ou moins sévères sur le plan neuromoteur, sensoriel ou cognitif, son pronostic à long terme reste difficile à établir. A court terme, une hospitalisation est nécessaire pour assurer la surveillance de l'enfant ainsi que son évolution. Celle-ci peut être rapide et favorable, le bébé récupère alors un état neurologique normal. Si l'évolution se présente comme grave, engageant le pronostic vital, une réflexion éthique est alors essentielle pour éviter l'acharnement thérapeutique.

c. Les autres pathologies rencontrées

De nombreuses maladies peuvent conduire l'enfant à être hospitalisé à sa naissance. Il ne s'agit pas de toutes les répertorier mais de lister les pathologies les plus fréquemment rencontrées.

- L'hypotrophie fœtale
- Les infections néonatales
- Les insuffisances respiratoires
- Les pathologies digestives
- Le post-opératoire néonatal
- Les hospitalisations à visée diagnostique (génétique, malformatif, autres)
- Les maladies cancéreuses, métaboliques...
- Les malformations...

d. Les bébés de la « défaillance parentale »

Les bébés dits « *de la défaillance parentale* » sont des enfants dont les parents sont dans des situations sociales ou psychoaffectives défavorisées. Celles-ci ne leur permettent pas d'assurer une présence régulière auprès de leur enfant ou une interaction adaptée. Par exemple, des parents résidant loin de l'hôpital et ayant une situation sociale précaire, ne rendront alors que rarement visite à leur enfant. Dans d'autres situations, l'enfant peut se trouver en attente de placement sous décision judiciaire, les visites de ses parents seront acceptées avec une vigilance particulière. Ces bébés peuvent souffrir de la séparation parentale.

La maman d'Emile et Julie réside à la *maison des parents* du CHU de Bordeaux le temps de l'hospitalisation de ses jumeaux. Cette résidence accueille les familles d'enfants hospitalisés domiciliant hors du département de la Gironde. Cette proximité permet à la Mme J. d'être auprès de ses bébés quotidiennement. Lorsque Julie reçoit l'autorisation de rentrer au domicile parental, la maman ne viendra auprès de son fils plus qu'une journée par semaine. Il est difficile pour celle-ci d'accepter les séquelles de la prématurité dont souffre son fils alors que sa petite fille, elle, se porte bien. Emile manifeste ce manque d'attachement. Il réclame le besoin d'être porté en permanence et pleure dès qu'il est replacé dans son cocon, sans pouvoir s'apaiser seul.

Cela peut concerner par ailleurs des parents qui ont choisi de donner naissance à leur enfant en gardant l'anonymat, avant de le confier aux services de l'état. Il s'agit des « **bébés nés sous secret** ».

Cela comprend pour finir les parents porteurs de pathologies, de déficiences... qui nécessiteront un accompagnement particulier notamment par la PMI (protection maternelle et infantile). Nous verrons alors l'exemple des jumeaux Milena et Noah dont les parents sont sourds-muets.

Que cette défaillance soit **psychosociale**, qu'elle relève d'une **pathologie**, ou qu'elle soit assumée, elle fait de ces bébés des enfants vulnérables.

3. Les signes précoces d'alerte : à l'écoute du corps

AJURIAGUERRA nous dit que « *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* ». ³⁸

Dans un contexte comme celui de l'hospitalisation, le personnel soignant doit être particulièrement attentif aux signes corporels que peut renvoyer le bébé. Le corps de l'enfant constitue pour lui son unique moyen d'expression de ses sensations et de ses émotions. Il fera appel à ses ressources corporelles, toniques, posturales pour exprimer son inconfort corporel ou sa douleur qu'elle soit physique ou psychique.

« Le corps est la voie privilégiée de leur détresse ». ³⁹

a. Prise en compte de la douleur

Selon la définition officielle de l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP), « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes* » ⁴⁰.

Alors qu'auparavant on pouvait nier la douleur de l'enfant et en particulier celle du bébé, on sait aujourd'hui que les structures neuro-anatomiques et biochimiques nécessaires à la perception de la douleur sont fonctionnelles dès la 24^{ème} SA.

La docteur **GAUVAIN-PIQUARD** a démontré la précocité de la perception de la douleur et la compétence des enfants prématurés pour signaler une zone corporelle douloureuse. Ses théories ont également porté sur les effets de la douleur physique sur le développement psychique de l'enfant. Selon elle, lorsque la douleur est légère, on assiste à un surinvestissement de la zone douloureuse, et lorsqu'elle est forte, à un désinvestissement de la zone douloureuse et du monde extérieur. Lorsque la douleur devient réellement torturante, cela semble provoquer une « *implosion de l'appareil psychique* ». ⁴¹

Comme le dit **GOLSE** : « *Il n'existe pas de douleur sans psychisme pour l'éprouver. L'excès de douleur peut laisser des cicatrices psychiques* ». ⁴²

³⁸ J. de AJURIAGUERRA, Tonus corporel et relation avec autrui, l'expérience tonique au cours de la relaxation. Revue de Médecine Psychosomatique, 1960.

³⁹ Martine LAMOUR, Le développement du nourrisson, sous la direction de Roger Lécuyer, DUNOD, p 476.

⁴⁰ [Http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur](http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur).

⁴¹ A. GAUVAIN PIQUARD, Ces enfants trop calmes, dans Souffrances, quel sens aujourd'hui ?, 1992, p23-27.

⁴² B. GOLSE, Bébés en réanimation, Naître et Renaître, édition Odile Jacob, 2001, p 191.

Des échelles comportementales ont été conçues par des groupes d'experts pour permettre de mieux apprécier et quantifier la douleur de l'enfant. Elles sont aujourd'hui recommandées dans la pratique par la Haute Autorité de Santé. Parmi ces échelles, je peux citer : l'**EDIN** (Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né) qui évalue la douleur prolongée ; la **DAN** (Douleur Aigüe du Nouveau-né) ou la **PIPP** (Premature Infant Pain Profile) pour coter les réactions aigües d'un bébé lors d'un soin invasif. Cette observation permet la mise en place de moyens préventifs avant la réalisation de soins ou d'actes qui seraient sources d'inconfort et de stress pour le nouveau-né.

L'auxiliaire s'apprête à faire les soins médicaux et d'hygiène à Alan. Ceux-ci se font à quatre mains ; pendant que la professionnelle assure les gestes techniques, la psychomotricienne apporte au bébé un contact contenant et rassurant. Cette dernière me propose de remplir l'échelle DAN afin de mesurer si le geste invasif est vécu douloureusement par le petit garçon. L'observation s'effectue en trois temps. Les manifestations comportementales (expressions faciales, mouvements des membres et expressions vocales) sont alors relevées avant, pendant et après le soin. On peut noter que le comportement d'Alan change brutalement au cours du soin. Ses paupières se contractent, ses sourcils se froncent, les hurlements sont constants. Ses membres inférieurs deviennent raides et résistent contre la contenance apportée par les mains de la psychomotricienne. Après le soin, le bébé ne parvient pas à s'apaiser seul, ses manifestations corporelles seront de même intensité. La cotation permettra alors aux deux professionnelles de penser à un programme de soin pour Alan.

b. Le « bébé seul »

Bien que rarement physiquement isolé en raison d'un personnel de service nombreux, le bébé est toujours à risque d'être psychiquement seul. C'est dans ces conditions **qu'Emmy PIKLER** parle du « *nouveau syndrome d'hospitalisme* ». Les tableaux cliniques décrits par son aîné **SPITZ** (état de repli sur soi, perte de contact, marasme, stéréotypies...) apparaissent aujourd'hui moins spectaculaires, dramatiques mais tout aussi alarmants pour une bonne santé psychique de l'enfant.

Une décision de placement a été posée pour Lisa. Cette grande prématurée née à 27 semaines se trouve rapidement séparée de sa maman hospitalisée en psychiatrie. Des visites auprès de sa fille sont organisées cependant les échanges sont pauvres et le contact difficile.

Lorsque que la psychomotricienne installe Lisa sur la table à langer la petite fille montre rapidement des signes de stress (bâillement, éternuement, changement de coloration de la peau...). Son visage est amimique, ses expressions sont peu variées. Ce bébé, peu porté en dehors des soins, a une motricité figée. Lila se manifeste peu, elle ne réclame pas l'attention de l'autre : ne pleure pas, ne babille pas, ne sourit pas... Elle ne montre alors aucun comportement d'attachement et semble avoir renoncé à *habiter* son corps.

c. Les signes de souffrance physique ou psychique

✓ La sphère somatique :

Les symptômes de la sphère somatique peuvent se traduire par une **perturbation** des rythmes : **sommeil et alimentation**. Des **signes fonctionnels** tels que des infections respiratoires à répétition, des fièvres inexplicables ou des affections cutanées sont également des signes d'appel.

▪ Le refuge dans le sommeil ou l'hyper-vigilance

Le bébé peut exercer un contrôle sur ses niveaux de vigilance. Pour certains, cela se traduit par une *chute brutale* dans le sommeil ou « *l'hypersomnie refuge* ». A l'inverse, des enfants vivent ce quotidien imprévisible en se montrant hypervigilant à leur environnement, en état d'alerte permanent.

Emma est née à 26 semaines, avec un poids de 672 g. Elle présente une maladie des membranes hyalines qui a évolué vers une dysplasie broncho-pulmonaire sévère. Un ventilateur accompagne la respiration du bébé. La psychomotricienne retrouve Emma deux fois par semaines pour les séances de psychomotricité. La séance se fera cette fois-ci en présence de la maman. A notre arrivée Emma est dans les bras de celle-ci. Le portage est figé, Emma est davantage posée sur sa mère que réellement *portée*. Cependant, la petite fille est disponible et veille à son environnement.

La psychomotricienne prend le relais et installe Emma en travers du lit. Elle confectionne un cocon à l'aide de langes pour maintenir son bassin en enroulement. Immédiatement, la petite fille ferme les yeux et s'endort. Les efforts de la psychomotricienne pour interagir avec Emma ne mèneront à rien, cette dernière conservant les yeux fermés malgré les sollicitations. La mère confie à la professionnelle que la grossesse avait été difficile en raison du décès d'un de ces proches à la même période. Elle pouvait se réfugier dans le sommeil pendant ces moments douloureux.

▪ Le trouble de l'alimentation :

Au niveau de la sphère digestive, le bébé peut présenter des régurgitations, des vomissements, voire de l'anorexie. La succion est dans certains cas particulière (lenteur, voracité, absence de plaisir, absence de manifestations d'appel évoquant la faim...).

La croissance staturo-pondérale peut être ralentie voire stoppée.

Manon est née à terme avec une atrésie de l'œsophage de type I diagnostiquée en anténatal. L'œsophage se termine alors en cul-de-sac et n'est pas relié à l'estomac. De cette façon, l'alimentation se fait en continue par l'intermédiaire d'une gastrostomie. La petite fille n'a pas investi sa sphère orale comme lieu de plaisir et d'exploration. Elle *s'accroche* alors à sa tétine avec une succion frénétique qu'elle peine à quitter.

✓ **Les troubles de la régulation tonique : entre Hypertonie et Hypotonie.**

La perturbation de l'organisation tonique peut être un signe de détresse. Les troubles de la régulation du tonus peuvent être repérés en observant l'enfant dans sa motricité spontanée ou lors du portage.

Le **bébé hypertonique** se présente comme un nourrisson raide, jambes tendues, qui se tient en opisthotonos. Il s'agit d'une *contracture généralisée prédominant sur les muscles extenseurs, de sorte que le corps est incurvé en arrière et les membres sont en extension*⁴³. L'hypertonie peut être l'expression d'un stress, d'une tension qui peut avoir différentes origines comme une douleur physique chronique, une sur-stimulation... mais elle peut aussi être le signe d'une désorganisation plus profonde et d'une distorsion relationnelle.

La fixité et rigidité présentées par l'enfant hypertonique rendent l'adaptation dans le portage difficile, « *l'enfant semble fuir le contact et les points d'appui* ». Or, « *les points d'appui dans le portage, dans la posture, sont nécessaires à l'établissement de l'interrelation mère-bébé* », nous dit **Jean-Baptiste GUILLAUMIN**.⁴⁴

Un **bébé hypotonique** donne l'impression d'un bébé « *mou* » difficile à porter et à contenir. Elle peut traduire une fatigue importante du bébé (bébé très malade) mais elle peut aussi signifier une souffrance psychique. Selon **Suzanne ROBERT OUVRAY**, l'enfant a « *abandonné sa tonicité primaire* »⁴⁵. On retrouve alors une pauvreté des mouvements et une retenue gestuelle.

L'enfant hypotonique ne s'adapte pas non plus dans le portage, il « *se laisse couler* », ce qui peut entraîner un déséquilibre dans les interactions corporelles.

*« L'inconfort que ressent l'adulte rend les ajustements tonico-posturaux périlleux et entraîne une raréfaction des contacts, pouvant aggraver encore les troubles du tonus chez le bébé. »*⁴⁶

✓ **Les comportements de retrait, repli sur soi**

Les échanges et interactions sont compromis par un **comportement d'évitement** (refus du regard...). On note une pauvreté de réactions, voire une absence de manifestations de détresse, une absence de plaisir. Le visage est peu mobile et peu expressif, les mimiques sont pauvres. Le sourire n'apparaît pas.

Le Dr **GAUVAIN PIQUARD** décrit l'**atonie psychomotrice**. Ce comportement s'apparente aux symptômes de la dépression du nourrisson : immobilité et raréfaction des initiatives motrices, gestes lents et segmentaires, sans coloration affective, inexpressivité, pas d'intérêt à ce qui l'entoure, pas d'initiative dans la relation, mobilisation difficile... Elle est induite par la douleur.

⁴³ Marie-Paule DURIEUX, Développement et troubles de l'enfant 0-12 mois, Fabert, Yapaka.be, 2013.

⁴⁴ M. GIRARD et C. GROS, « L'installation du nouveau-né » : un enveloppement structurant, dans *Thérapie psychomotrice et recherches, S'attacher pour mieux se détacher*, 2008, n°155, p149.

⁴⁵ Suzanne B. Robert. Ouvray, *L'enfant tonique et sa mère*, édition Desclée De Brouwer, 2007.

⁴⁶ Martine LAMOUR, *Le développement du nourrisson*, sous la direction de Roger Lécuyer, DUNOD, p 478.

✓ **Les troubles de la motricité**

Chez le bébé plus grand, l'absence d'investissement de la motricité comme activité exploratoire est préoccupante. Elle peut mettre en évidence une carence de sollicitations ou des perturbations graves de l'attachement et de l'individuation.

On peut trouver également des **activités répétitives ou stéréotypées** (balancements rythmiques, stimulations répétées d'une région du corps). Celles-ci expriment la difficulté du nourrisson à réguler ses tensions internes, sans l'aide de son environnement. **S'agiter** parfois de manière compulsive peut aussi être pour le bébé une autre stratégie lui permettant de se sentir exister.

✓ **Les comportements d'agrippement et de recherche de contact**

L'attention de l'enfant se focalise sur ses sensations, cela peut se traduire par exemple par :

- **Un accrochage visuel** à la lumière, à une personne, à un objet, à un point de l'espace...

« Son regard vide et perdu est un regard qui « plafonne », donnant la sensation à celui qui le regarde d'être transparent. »⁴⁷

L'auxiliaire de puériculture cherche à interagir avec Milena qu'elle porte face à elle. Devant le regard particulier de ce bébé, elle va retirer ses lunettes. Cependant, l'impression reste la même, le regard du bébé ne semble pas lui être adressé, mais donne le sentiment à son interlocutrice d'être traversée.

- **Un agrippement tactile** à un objet (suction frénétique, manipulation d'objets...)

Elio agrippe en permanence son cathéter. Il est difficile de lui retirer le fil des mains.

B- Un environnement dit *vulnérable* :

1. L'environnement hospitalier :

a. Milieu physique et technique

▪ Les unités hospitalières

Le centre hospitalier dans lequel 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 accueillent des nouveau-nés présentant des fonctions vitales qui nécessitent une surveillance et des soins spécifiques.

⁴⁷ G. BRUWIER, A la rencontre des bébés en souffrance, Fabert, Yapaka.be, 2013, n°69, p 41.

- L'unité de réanimation néonatale et pédiatrique, située au pôle pédiatrique, possède une capacité de 18 lits.

Les deux unités néonatales sont situées dans des pôles différents de l'hôpital : l'une 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.
- Le service de néonatalogie au pôle pédiatrique comporte 27 lits dont 9 chambres individuelles mère/enfant, trois box de 4 lits pour les nouveau-nés nécessitant plus de surveillance, 2 chambres individuelles de soins intensifs et 3 chambres doubles mère/enfant accueillant prioritairement des jumeaux.

<p style="text-align: center;">En quoi cet environnement physique hospitalier peut-il <i>potentiellement</i> compromettre le développement de l'enfant ?</p>

- **L'environnement dystimulant :**

L'environnement hospitalier apparaît dystimulant pour ces nouveau-nés vulnérables. Cet univers particulier impose à l'enfant des stimulations inappropriées par rapport à son développement : des sur-stimulations et des sous-stimulations.

MARTEL identifie sept sources de dystimulations⁴⁸. Les six premières sont liées aux sens, il ajoute à celles-ci la dystimulation motrice en raison d'un positionnement inadéquat.

- **Dystimulation TACTILE :**

Le nouveau-né est exposé quotidiennement à un excès de stimulations tactiles : répétition des soins, déshabillage/habillage, change, pesée, déplacement des capteurs, pose de sondes, prélèvements sanguins, repositionnements... Selon **PETERS**, « *les nouveau-nés prématurés sont soumis en moyenne à 113 contacts quotidiens, et jusqu'à 164 chez les plus malades* ». ⁴⁹

De nombreuses conséquences s'en suivent telles que : apnée, désaturation cutanée en oxygène, bradycardie, excitabilité... Toutes les manipulations peuvent être sources d'inconfort, de stress, de sentiment de morcellement, de discontinuité. Cela peut même entretenir à long terme des comportements d'aversion.

⁴⁸ MARTEL et MILETTE, Les soins du développement, des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré, Editions du CHU Sainte-Justine, 2006, p 194.

⁴⁹ Cité par MARTEL et MILETTE, Les soins du développement, Editions du CHU Sainte-Justine, 2006.

- **Sous-stimulation VESTIBULAIRE :**

Les seules stimulations vestibulaires surviennent lors des repositionnements, lors des portages et des mobilisations. Ces situations se font rares en raison de l'immaturation et de la fragilité du bébé. Ainsi, les stimulations vestibulaires sont le plus souvent « subies » sans que le bébé ne puisse être actif et ne puisse intégrer ces sensations.

- **Dystimulation OLFACTIVES et GUSTATIVES :**

L'univers olfactif et gustatif se compose de saveurs étrangères et désagréables qui viennent régulièrement stimuler le nouveau-né hospitalisé : solution hydroalcoolique sur les mains des soignants, soins de bouche au bicarbonate, odeur des compresses...

La sphère orale est également soumise à des soins intrusifs comme l'intubation, l'aspiration nasale ou buccale.

- **Sur-stimulation AUDITIVE :**

La sur-stimulation auditive est telle qu'un fond sonore persiste en permanence, il est dû : aux bruits de l'incubateur, à la fermeture des portes, aux sonneries intermittentes, aux alarmes des scopes, au déballage des compresses à l'intérieur de l'incubateur...

L'enfant peut manifester des instabilités physiologiques en réaction aux bruits : sursauts, bradycardie, apnée, modification de la coloration de la peau, désaturation en oxygène... La sur-stimulation auditive est souvent responsable de problèmes auditifs ultérieurs.

- **Sur-stimulation VISUELLE :**

Le nouveau-né peut être exposé à des stimuli visuels parfois permanents de 236 à 1485 lux (contre des intensités lumineuses de 150 lux in utero).

Ces sur-stimulations visuelles perturbent le développement du rythme circadien (veille/sommeil), et pourraient même interférer sur la croissance du nourrisson. De plus, cette surexposition à la lumière est une des causes de rétinopathie du prématuré.

- **Dystimulation MOTRICE :**

Le contexte hospitalier impose au bébé des contraintes posturales liées aux soins (membres attachés, port de mouffes, tête fixe...). Les positionnements inadéquats limitent le mouvement du bébé et ne favorisent pas un développement moteur optimal. Ils augmentent également la probabilité de développer des problèmes moteurs musculaires et articulaires (limitation de la rotation de l'épaule, torticolis...).

b. Milieu humain :

▪ Une équipe pluridisciplinaire

De nombreux professionnels, spécialisés dans la prise en charge des nouveau-nés travaillent en étroite collaboration dans ces services. Le **psychomotricien** est alors amené à échanger avec :

- **Les médecins** : chef de service, pédiatres néonatalogistes, internes...

Chaque enfant a un pédiatre référent ; la famille peut le rencontrer sur rendez-vous. Les médecins assurent le suivi médical, la surveillance et le traitement des bébés.

- **Les cadres infirmières** :

Elles coordonnent les équipes afin de veiller à la meilleure qualité des soins, elles sont les garantes de la continuité des soins et de la collaboration continue entre la prise en charge médicale et paramédicale.

- **L'équipe soignante** : puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puériculture...

Ces soignants travaillent ensemble afin d'assurer des soins de qualité auprès des enfants. Ils accompagnent et guident les parents tout au long de l'hospitalisation.

- **Le psychologue**

L'hospitalisation d'un enfant dès sa naissance peut être vécue difficilement. Le psychologue est présent dans le service pour s'entretenir avec les parents qui le désirent et envisager avec les équipes le soutien psychologique à mettre en place. Elle suit également l'évolution de l'enfant sur le plan relationnel, émotionnel...

- **Le kinésithérapeute**

Le kinésithérapeute intervient sur prescription médicale. Il accompagne l'enfant par rapport à son évolution motrice en assurant des séances de rééducations spécifiques. Ses interventions se portent sur la motricité, sur la kinésithérapie respiratoire, sur le confort postural (asymétrie posturale, torticolis, trouble orthopédique).

- **L'assistante sociale**

L'hospitalisation d'un nouveau-né engendre souvent des frais et des démarches administratives supplémentaires. L'assistante sociale peut informer les parents et les recevoir si besoin.

- **Les agents de service hospitalier**

Ils sont chargés de l'entretien des locaux et participent à l'accueil des bébés.

- **Les secrétaires médicales**

Quelle place cet environnement hospitalier laisse-t-il à la famille ?
--

▪ Le milieu Familial

Ces services ont un fonctionnement spécifique, ce sont des services dits "fermés".

Aujourd'hui les parents ne sont plus contraints par des heures de visites limitées. Ils peuvent à tout moment de la journée et de la nuit entrer dans le service où leur enfant est hospitalisé. Aussi, l'un des parents a la possibilité de rester dormir auprès du bébé. Cette évolution montre à quel point les professionnels ont désormais conscience de la place et du rôle central des parents dans le soin.

Les parents doivent cependant respecter des règles d'hygiène strictes. Avant de se rendre auprès de leur bébé, ils doivent passer par un sas où ils se laveront et désinfecteront les mains et emprunteront une blouse de protection. En cas de maladie, des masques sont à disposition pour limiter la propagation aérienne des germes. Toutes ces règles à respecter, bien qu'indispensables à la vie de l'enfant, font obstacle à la spontanéité du lien. Pourtant comme l'écrit **B. GOLSE**, « pour être des individus sociaux à part entière, pour se construire psychiquement, il est nécessaire d'inscrire le bébé hospitalisé dans une histoire qui ne soit pas seulement médicale ou biologique mais aussi relationnelle ». ⁵⁰

En ce qui concerne le reste de la famille, la fratrie, les oncles et tantes ainsi que les grands-parents, les règles de visites sont plus restrictives. Elles sont proscrites pendant les périodes d'épidémie hivernale. Cependant, il existe un couloir de visite extérieur pour le service de néonatalogie du pôle pédiatrique, dans lequel la famille peut se rendre pour observer le nourrisson hospitalisé. Ces différentes modalités sont nécessaires compte-tenu de la fatigabilité et de la fragilité des bébés.

La rencontre du nourrisson par les proches est possible si les parents en font la demande auprès des médecins : les visites sont limitées à deux personnes par jour pour une durée maximale de 30 minutes. La visite de la fratrie auprès du bébé malade sera le plus souvent préparée et encadrée (par exemple par la psychologue du service). Par ailleurs, des personnes ressources pourront être désignées par les parents, elles pourront alors relayer les parents à leur demande.

Les parents de Marine ont désigné la grand-mère maternelle comme « personne ressource ». Celle-ci se rend auprès de sa petite-fille lorsque les parents ne peuvent pas être présents. Elle peut également accompagner l'un des parents lorsqu'il se rend seul voir sa fille. Ce tiers permet une présence continue de la famille au chevet de Marine.

⁵⁰ B. GOLSE, *Bébés en réanimation, Naître et Renaître*, édition Odile Jacob, 2001, p 114.

2. Un environnement réfléchi : des projets de soutien au développement

Ces dernières années, les connaissances sur la première période de la vie ont prodigieusement évolué et ont modifié le regard porté sur le nouveau-né. Auparavant, on considérait que le nouveau-né n'était pas affecté par son environnement et qu'il était incapable d'interagir activement. Les connaissances sur le développement sensori-moteur montrent aujourd'hui que le nourrisson est un partenaire actif, un être de communication capable de s'ajuster et de répondre aux sollicitations de son environnement. **BRAZELTON**, pédiatre et pédopsychiatre américain, est un pionnier dans cette reconnaissance. Il a su mettre en évidence les compétences ultra-précoces du nourrisson et a élaboré une échelle d'évaluation encore reconnue et utilisée aujourd'hui, la NBAS (Neonatal Behavioral Assessment Scale).

Si le nouveau-né est particulièrement sensible à la qualité de son environnement, le bébé vulnérable l'est d'autant plus. C'est pour répondre à la vulnérabilité du bébé hospitalisé que des programmes de soins de développement ont été pensés. Ces programmes considèrent que les anomalies du développement ultérieur sont à mettre en relation avec le caractère iatrogène de l'environnement et les soins imposés au bébé hospitalisé. Ces projets portent alors une attention particulière aux conditions de confort corporel et psychique nécessaires au développement de ce dernier.

a. Le programme NIDCAP (Brazelton, Als)

Dans la continuité des travaux de Brazelton, **ALS** a élaboré, dans les années 1980, un programme de soins de développement destiné aux enfants prématurés : le **programme NIDCAP** (programme individualisé d'évaluation et de soutien du développement).

Ce programme repose sur un concept : la **théorie synactive du développement**. Les comportements du nouveau-né nous renseignent sur son niveau de maturité développementale.

▪ La théorie synactive du développement

Cette théorie a été une des premières à considérer le nourrisson comme le principal acteur de son développement et à placer ses parents comme les co-régulateurs naturels de celui-ci. **H. ALS** a décrit le mode de fonctionnement du bébé en 5 sous-systèmes interagissant continuellement les uns par rapport aux autres et par rapport à l'environnement immédiat de l'enfant.

Elle distingue :

- ✓ **Le sous – système autonome** : Il représente le fonctionnement physiologique de base des organes vitaux : fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, fonctions viscérales, coloration de la peau... Il est central dans le développement de l'enfant : « *le nouveau-né doit d'abord établir une stabilité autonome avant de passer au sous-système suivant* »⁵¹.
- ✓ **Le sous – système moteur** : tonus, posture, mouvement...
- ✓ **Le sous – système des états de veille/sommeil** : Il correspond aux différents états de conscience, aux transitions veille-sommeil-agitation, à la fluidité du passage d'un état à un autre...
- ✓ **Le sous – système de l'attention-interaction** : Il définit le degré d'attention, la capacité à répondre à différents stimuli...
- ✓ **Le sous – système de l'autorégulation** : Il correspond à la capacité de l'enfant à maintenir un équilibre entre ces différents sous-systèmes, en trouvant par lui-même des solutions pour s'apaiser (comportement d'auto-renforcement comme la succion).

Ces différents critères permettent d'évaluer le comportement et les réactions du nouveau-né ainsi que sa manière de gérer les stimulations de l'environnement. Si celles-ci sont inadaptées, elles entraînent un déséquilibre dans un ou, par cascade, plusieurs sous-systèmes.

Ainsi, le bébé est considéré « **organisé** » si une stimulation nouvelle entraîne des réponses comportementales d'approche (signes de bien-être), ou « **désorganisé** » si elle entraîne au contraire des réponses de retrait (signes de stress).

▪ **Le programme de soins**

Le programme repose sur l'observation attentive des comportements de l'enfant avant, pendant et après un soin ou une intervention. Un programme de soins est ensuite établi par l'équipe soignante en collaboration avec les parents :

- Adaptation de l'environnement au niveau de développement de l'enfant,
- Organisation des soins en respectant son sommeil et en tenant compte de sa tolérance,
- Utilisation des pratiques de soutien du développement (grasping, positionnement, succion...).

L'application de ce programme vise à réduire les signes de stress et à améliorer les signaux d'autorégulation lorsque le bébé prématuré interagit avec l'environnement immédiat et les soignants. Le programme s'efforce également de toujours favoriser la relation parent-enfant. Finalement, l'organisation de ce travail vise le bien-être de l'enfant pour un meilleur développement.

⁵¹ MARTEL et MILETTE, Les soins du développement, Editions du CHU Sainte-Justine, 2006.

b. Programme de soins de soutien du développement : basé sur le concept de la régulation sensori-tonique (André Bullinger)

Ce programme s'adapte à une population plus large. Il s'intéresse aussi bien à l'enfant prématuré ou au nouveau-né né à terme qu'au nourrisson hospitalisé. D'autre part, il s'intègre dans une **perspective développementale**. La période néonatale est vue dans une continuité entre la période anténatale et la période postnatale à moyen et long terme.

Le bébé vulnérable se trouve dans un environnement physique particulier où les contraintes de soins et les installations ne fournissent pas toujours des signaux susceptibles d'être traités par l'équipement sensori-moteur du bébé.

Les soins de développement basé sur le concept de la régulation sensori-tonique développé par André BULLINGER, visent à **optimiser les ressources du bébé** :

- En soutenant la relation parentale,
- En adaptant l'environnement et les soins,
- En favorisant l'activité spontanée du bébé,
- En prévenant les dystimulations.

Dans un premier temps, les comportements de l'enfant seront observés attentivement, à savoir :

- Posture et motricité,
- Systèmes sensoriels et leurs co-variations dans l'interaction,
- Niveaux de vigilance
- Régulation tonique
- Capacités d'autorégulation

Suite à cette observation comportementale, on cherchera à mobiliser les ressources toniques et posturales du bébé, à intégrer des soins sensori-moteurs au projet de soin si nécessaire (comme les sollicitations orales), à adapter l'environnement, à permettre aux parents d'assumer leur fonction contenante.

C- Une situation de vulnérabilité : les jumeaux Milena et Noah

Les jumeaux Milena et Noah sont nés le 11 juillet 2014, à 29 semaines d'aménorrhée. Une pré-éclampsie est responsable de la naissance de ces grands prématurés. Cette affection maternelle, caractérisée par une élévation de la pression artérielle, est fréquente dans le cas de grossesse gémellaire. Il s'en suit alors un retard de croissance intra-utérin (RCIU) chez ces derniers.

Les parents des jumeaux sont tous deux sourds-muets. Leur présence auprès de leurs enfants se fait rare et est discontinuée dans les premiers temps de l'hospitalisation. Les interactions parents-enfants sont décrites comme pauvres avec peu d'échanges entre les partenaires. L'équipe soignante rapporte être en difficulté pour communiquer avec les parents, même en présence de l'interprète. Il est difficile de les inclure et de les sensibiliser à la prise en charge de leurs enfants.

J'ai pu assister à un temps d'observation organisé afin de mieux repérer les comportements de détresse de ces enfants. Celui-ci s'est fait en présence de la psychologue, de la psychomotricienne et d'une auxiliaire de puériculture. La scène est filmée par la psychologue. Les professionnelles interpréteront les observations dans un second temps en s'appuyant sur l'échelle de l'ADBB (Alarme Détresse Bébé). Cette échelle est destinée à évaluer le comportement de retrait relationnel chez les enfants âgés de 2 à 24 mois.

L'observation a lieu dans la chambre des bébés, ces derniers étant allongés côte à côte sur un tapis d'éveil. Les jumeaux sont alors âgés de 4 mois et 17 jours, soit un âge corrigé de 1 mois.

❖ Observation de Milena :

Le comportement spontané de Milena pendant l'observation apparaît tout de suite très préoccupant. Son visage est spontanément immobile, figé, froid. Ses yeux plafonnent, le regard semble vide, vague et fuyant. L'activité corporelle est pauvre, Milena présente peu de mouvements spontanés. Son attitude générale s'avère crispée, tendue. On peut remarquer des gestes d'autostimulation. Une stéréotypie de la main droite se traduit par des mouvements répétitifs et réguliers de rotation du poignet.

L'observation se porte ensuite sur les réactions de Milena face aux sollicitations de la psychomotricienne (sourire, voix, geste, toucher, portage...). La petite fille manifeste rapidement des signes végétatifs de stress (bâillements, hoquet, changement de coloration de la peau, accélération de la respiration...). Elle ne montre aucune capacité d'autorégulation. Dans le portage, Milena se réfugie immédiatement dans le sommeil (hypersomnie refuge). Après de nombreux efforts de sollicitation de la part de la professionnelle, Milena peut lui adresser un regard *traversant*. Le contact visuel est possible seulement s'il est activement recherché. Cependant, ce n'est pas un regard avec une qualité qui relève de l'interaction mais un agrippement de tout le corps.

L'auxiliaire propose ensuite le biberon à Milena. L'ajustement tonico-postural apparaît difficile. La petite fille se coupe totalement de la relation lors de ce moment. Elle ferme les yeux et rejette le biberon activement. On note également l'apparition rapide d'un réflexe nauséux, son visage montre alors une pâleur inquiétante. Le bébé présente par ailleurs un schéma en extension. Une contenance (physique et relationnelle) très soutenue sera nécessaire pour parvenir à l'apaiser et ainsi rétablir le contact avec Milena.

Bien qu'il soit possible d'entrer en relation avec Milena, il est cependant difficile de maintenir l'interaction de façon continue. Les professionnelles mettent en avant un trouble de l'oralité ainsi qu'un trouble du lien très préoccupant. La cotation de l'échelle Alarme Détresse Bébé donne un score total de 20 (le seuil de risque de retrait étant supérieur ou égal à 5). Ce bébé présente ainsi un retrait majeur.

❖ Observation de Noah :

Lors de l'observation du comportement spontané de Noah, on peut noter que l'expressivité de son visage est pauvre. Le regard est fuyant, les yeux partent se fixer en arrière accompagnant ainsi un schéma postural en hyperextension. On observe alors peu de regroupement sur l'axe. L'activité corporelle se répète en boucle. Noah semble enfermé dans des mouvements stéréotypés, répétitifs de tout son corps. Ces gestes d'autostimulation se traduisent par des mouvements d'adduction/abduction des membres supérieurs et de flexion/extension des membres inférieurs. Ceux-ci s'effectuent de façon asymétrique (un côté du corps après l'autre). Sa motricité alterne alors entre ces mouvements saccadés et des moments d'immobilité. On peut remarquer également des mouvements de balancement de la tête et d'autostimulation des lèvres (qu'il lape avec sa langue).

Face aux sollicitations de la psychomotricienne, Noah n'accroche que rarement le regard de celle-ci. Ses mimiques sont peu variées malgré la possibilité de sourire-réponse à certains moments. Un strabisme apparaît lorsque que la psychomotricienne cherche à interagir avec plus de proximité. Ce petit garçon se manifeste par un geignement quasi-incessant et non modulé. Sur le ventre, Noah prend la position du planeur (contraction généralisée des muscles extenseurs). Sur le dos, on remarque une absence d'investissement du bas du corps malgré des sollicitations au niveau du bassin et des jambes. Il sera difficile d'obtenir une détente et un relâchement des membres inférieurs lors des mobilisations. Noah montre également peu d'intérêt pour les objets qui lui sont présentés. L'ajustement tonico-postural lors du portage est difficile, ce bébé conservant une hypertonie postérieure.

Les moments d'interactions sont possibles mais restent globalement partiels et segmentés. La cotation de l'échelle Alarme Détresse Bébé donne un score total de 23. Ce bébé présente également un retrait majeur.

Le film a ensuite pu être visionné en équipe pluridisciplinaire. Guidé par les commentaires de la psychologue, les professionnels ont pris conscience de la détresse des jumeaux. Un projet de soin incluant l'accompagnement parental s'est mis en place afin de soutenir le développement de ses bébés.

Quel soutien précoce peut-on apporter en psychomotricité ?

Suite à cette observation, un projet de soin en psychomotricité s'est mis en place. La psychomotricienne retrouve les jumeaux deux fois par semaine, le mardi et le jeudi. La durée de la séance est adaptée en fonction de la disponibilité des bébés et des soins qui leurs sont effectués.

Tout d'abord, le rythme des mobilisations et des sollicitations doit être lent et progressif de façon à maintenir le plus possible l'interaction. Des temps d'arrêt peuvent être nécessaires pour leur permettre de revenir à la relation. Cet ajustement permet également au bébé d'être actif et d'intégrer les différentes propositions.

La prise en soin en psychomotricité cherche à :

- **Mobiliser les ressources toniques et posturales** : par des installations qui favoriseront l'enroulement, par des portages contenant et sécurisants, par des mobilisations qui amèneront la détente et le relâchement...
- **Proposer des sollicitations sensori-motrices** afin d'unifier les différents espaces corporels et d'en réduire les clivages. Concernant le trouble de l'oralité de Milena, des sollicitations oro-faciales pourront être proposées avant chaque repas. Pour Noah, des sollicitations tactiles et visuelles pourront l'amener vers une perception et une intégration du bas du corps.
- **Etayer les capacités motrices** et les premières coordinations autour de l'axe corporel en guidant le mouvement.
- **Solliciter l'interaction** en s'adressant à la hauteur de l'enfant et en veillant à maintenir le contact par le regard et la parole.
- **Adapter l'environnement** afin de réduire les stimulations et d'offrir des points d'appuis visuels et posturaux dans les installations.
- **Inclure les parents** à la prise en charge ; les sensibiliser aux comportements de leurs bébés et les associer à cette rythmicité différente de façon à soutenir la rencontre et les liens d'attachement entre les différents partenaires.

Ceci est un exemple d'intervention du psychomotricien auprès des bébés vulnérables.

Dans la dernière partie du mémoire, nous verrons quel peut être le rôle et la place du psychomotricien en néonatalogie. Aussi, je présenterais les différents moyens dont il dispose pour répondre à chacun de ces objectifs afin de soutenir le développement psychomoteur des bébés hospitalisés.

« Il faut accorder de l'importance (sans les opposer) d'une part au potentiel que l'enfant apporte à sa naissance, d'autre part à ce que le monde extérieur va apporter à cet enfant immature tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif, afin que ce qui est possible s'accomplisse et que ce qui est probable se réalise aux divers moments de la maturation, dans le cadre de l'organisation fonctionnelle évolutive ».

Julian de Ajuriaguerra.

PARTIE IV :
PSYCHOMOTRICITE et PREVENTION PRECOCE :
Soutien au développement PSYCHOMOTEUR du bébé vulnérable

A- Un psychomotricien en néonatalogie...

1. Pour qui ? Les indications de soin en psychomotricité

L'intervention du psychomotricien en néonatalogie se fait sur prescription médicale. Le soin en psychomotricité auprès du bébé vulnérable hospitalisé est indiqué dans les cas suivants :

- ✓ Tous les bébés nés **avant 33 semaines d'aménorrhée**, il s'agit des enfants grands prématurés. Ces derniers sont les plus à risque du fait de leur immaturité.
- ✓ Les bébés présentant des **anomalies génétiques** (pathologies génétiques ou syndromiques, troubles sensoriels...) ou ayant vécu une **souffrance neurologique néonatale** (anoxie néonatale) sont rencontrés afin d'évaluer et soutenir leur compétences psychomotrices.
- ✓ Les bébés risquant de rester **longtemps hospitalisé**. Le soin proposé vise à prévenir les retards du développement ou les risques de souffrance psychique que peut engager une hospitalisation prolongée.
- ✓ Les **soignants de l'équipe médicale** peuvent solliciter l'intervention du psychomotricien lorsqu'ils estiment que le regard de ce professionnel peut les aider dans leur pratique quotidienne. Le psychomotricien peut ainsi rencontrer l'enfant lorsque le soignant se trouve en difficulté pour accompagner et s'ajuster à ce dernier. Il peut s'agir de **bébés hyperexcitables** ou à l'inverse **trop peu réactifs**, de bébés présentant des **anomalies posturales observables** (hyper-extension, asymétrie...), des bébés présentant des difficultés d'**ajustement tonico-postural** (lors des portages, mobilisations, soins de nursing...).
- ✓ La **guidance parentale** peut également être une indication de suivi en psychomotricité. Le psychomotricien peut intervenir auprès des parents :
 - qui rencontrent des difficultés dans les premières interactions avec leur nouveau-né.
 - qui ont besoin d'être rassurés, accompagnés dans leur fonction de parents.
 - qui sont demandeurs d'informations concernant le développement futur de leur enfant et qui s'interrogent sur les stimulations et l'environnement optimal à lui apporter.

2. Pourquoi ? Les objectifs de prise en soin en psychomotricité

a. Des objectifs communs : regards croisés

Le psychomotricien travaille en étroite collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire présentée précédemment. En effet, ce sont eux qui vont faire appel au professionnel lorsqu'ils jugent que son regard apparait nécessaire pour compléter les observations autour d'un enfant. De plus, c'est grâce à ces interlocuteurs que le psychomotricien pourra intervenir au moment opportun et dans les meilleures conditions pour l'enfant. En effet, ces derniers transmettent et inscrivent les informations et les consignes particulières à suivre dans le dossier de chaque enfant (heures des tétées, heures de présence des parents, examens prévus, précautions à prendre...). Le psychomotricien peut y avoir recours avant de rencontrer l'enfant afin de mieux s'ajuster à l'état clinique et à la disponibilité de ce dernier.

Le psychomotricien peut intervenir avec d'autres professionnels auprès de l'enfant ou de sa famille. Il peut être amené à observer un soin réalisé par une puéricultrice ou une auxiliaire de puériculture ou à participer à un soin à quatre mains par exemple. Ces temps sont l'occasion pour lui d'observer le positionnement de l'enfant, ses capacités à s'apaiser seul après un soin douloureux... Suite à ces observations, il pourra faire des propositions pour améliorer le confort et l'environnement du nourrisson.

Les échanges entre les différents professionnels lors de réunions hebdomadaires sont nécessaires pour appréhender l'enfant dans sa **globalité**. Chaque professionnel par sa spécialité appréhendera différemment l'enfant et sa famille. Par exemple, l'assistante sociale aura peu de contact avec l'enfant mais connaîtra la situation sociale, culturelle, professionnelle... de la famille. Elle pourra communiquer ces informations à l'équipe afin que celle-ci s'ajuste aux particularités de chaque patient. Ces temps permettront également de réaliser un **projet de soin personnalisé** pour l'enfant. Aussi, les disciplines réunies pourront engager des réflexions autour de diverses préoccupations : amélioration de l'environnement, limitation du stress, lutte contre la douleur...

Finalement, le travail en **équipe pluridisciplinaire** apparait nécessaire pour croiser les regards autour de l'enfant. La confrontation des observations faites dans chaque discipline permet d'avoir une vision globale du bébé pour répondre de façon ajustée à ses besoins. Ces réflexions communes permettent que la prise en charge globale soit assurée de façon cohérente.

b. Les objectifs spécifiques

Comme nous l'avons vu précédemment, le nouveau-né à la naissance (quel que soit son terme, son bagage génétique ou sensoriel...) dispose d'un équipement de base qui lui est propre. L'enjeu des premiers temps de la vie sera que ce dernier parvienne à s'approprier et à investir son corps propre malgré cet environnement particulier. Le rôle du psychomotricien en néonatalogie va être de soutenir ce développement.

La prise en soin en psychomotricité suit une **temporalité particulière**. Le psychomotricien rencontre l'enfant à différents moments. Ses observations se concentrent à chaque fois sur l'instant tout en prenant en compte *l'avant* et *l'après*. N'étant pas un *soin vital*, elle n'intervient pas dans l'urgence. « *L'urgence du psychomotricien, c'est de prendre le temps de l'instant présent.* »⁵² Cette spécificité engage alors une certaine souplesse dans l'intervention du professionnel. Ce dernier prend le temps de s'adapter à chaque enfant en fonction des soins dont il bénéficie, de sa disponibilité, de son rythme singulier...

Le premier objectif recherché est que l'enfant soit **acteur du soin, acteur de son développement**. C'est pourquoi le professionnel cherche à intervenir au moment le plus favorable. Il offre au nourrisson les conditions qui lui permettront de participer et d'intégrer les sollicitations proposées. Ainsi, le psychomotricien apporte au bébé un vécu corporel autre que celui des soins hospitaliers et un soutien physique et psychique pour favoriser son développement.

Bien sûr la maturation et l'investissement du corps psychomoteur est indissociable d'un étayage relationnel et affectif. Comme « *un bébé seul n'existe pas* », la présence des parents lors des soins à tout son intérêt. On l'a vu, c'est dans la relation avec son parent, que l'enfant parviendra à créer et éprouver une enveloppe corporelle qui contribuera à sa naissance psychique. L'objectif sera **d'inclure les parents**, dans la mesure du possible, au suivi en psychomotricité, qu'ils soient présents pendant les séances ou non. Le psychomotricien propose ainsi aux parents d'oublier l'espace d'un instant cet univers extrêmement médicalisé qu'est la néonatalogie et favorise la rencontre entre eux et leur bébé.

Finalement, l'accompagnement en psychomotricité cherche à **soutenir le développement psychomoteur** de l'enfant (développement tonique, postural, moteur et sensoriel...) et à dépister précocement les troubles qui s'y rapportent. Il vise également à **étayer le développement psychoaffectif** de l'enfant en accompagnant les parents dans leur accès à la parentalité. Le psychomotricien cherche à prévenir les troubles de l'attachement, du lien parent-enfant, les difficultés de contact (toucher/portage) qui pourraient avoir de réelles répercussions sur le devenir psychomoteur de l'enfant.

*« Nos « urgences » en tant que psychomotricien sont à visée beaucoup plus lointaine que celles des soignants et des néonatalogistes. »*⁵³

⁵² F. HAMEL, Le psychomotricien en néonatalogie, dans *Thérapie psychomotrice et recherches, Approches psychomotrices et interdisciplinaires autour du jeune enfant*, 2008, n°158, p 44.

⁵³ *Idem* p 53.

3. Comment ? Un accompagnement en 4 temps.

a. Rencontre

Avant de rencontrer pour la première fois le bébé et ses parents, le psychomotricien prend connaissance de l'anamnèse du patient (âge, terme de naissance, conditions de l'accouchement, pathologies décelées...) et des transmissions de l'équipe soignante (soins ou examens prévus, interactions mère-enfant...). Cela lui permet d'appréhender le contexte familial et d'avoir un aperçu de l'état clinique du bébé. Aussi, il est important pour le psychomotricien de repérer d'où vient la **demande** (vient-elle du médecin, d'un soignant, des parents... ?). Il doit également pouvoir identifier le motif de cette rencontre, qui peut être ciblé (ex : trouble de l'oralité) ou être plus général (ex : retard de développement psychomoteur).

La **rencontre** entre le psychomotricien, le patient et ses parents se fait dans la chambre du bébé. L'échange est d'autant plus riche lorsque les deux parents sont présents. Cependant, les conditions ne sont pas toujours favorables à cette rencontre. Certains boxes accueillent plusieurs enfants, la confidentialité et l'intimité se trouvent alors souvent compromises.

L'objectif de ce premier temps est de **faire connaissance avec les parents et leur bébé**. Le professionnel commence par une présentation de la psychomotricité et explique le rôle qu'elle occupe en néonatalogie. Le psychomotricien transmet au parent que son intervention consiste à être attentif au confort et au vécu corporel du nourrisson en portant une attention particulière à son environnement (physique et humain). Il suivra de cette façon, l'évolution du développement psychomoteur de l'enfant afin de prévenir d'éventuels retards ou troubles du développement.

Cette rencontre est aussi **l'occasion pour les parents de partager ce qu'ils savent** de leur enfant, ce qu'ils observent de son comportement... Certains parents savent décrire avec précision les manifestations de leur enfant. Ils commencent à reconnaître et anticiper ses besoins. Au contraire, pour d'autres l'ajustement sera plus difficile. A travers cet échange, les parents peuvent ainsi laisser émerger leurs inquiétudes, leurs interrogations. Le psychomotricien sera attentif au discours des parents. Ainsi, il pourra se représenter de quelle façon l'enfant est investi, porté par son ou ses parent(s).

La psychomotricienne vient à la rencontre de Jules et de ses parents. Le petit garçon né prématuré est en *peau à peau* avec sa maman. Son papa est installé près d'eux. Les parents nous accueillent et nous parlent de leur parcours depuis la naissance de leur garçon. Ils se rendent à l'hôpital tous les jours en début d'après-midi et ne repartent que dans la soirée. Au fil de la conversation, les parents confient être fatigués, ils dorment peu, la maman fait fréquemment des cauchemars. Ces parents trouvent difficile de devoir quitter leur enfant chaque soir. Une fois à la maison, ils angoissent à l'idée de recevoir un appel des médecins dans la nuit. A ce moment, Jules tournera sa tête vers nous. Le père pourra dire que leur enfant comprend beaucoup chose et communique beaucoup. Chaque jour à leur arrivée, le scope de Jules se met à sonner. Les parents interprètent cela comme un « *bonjour* » de la part de leur petit garçon. Un petit rictus apparaît sur le visage de Jules. Le papa poursuit alors : « *Vous voyez il confirme !* ».

Cette première rencontre est l'occasion d'établir une **alliance thérapeutique** avec les parents. En effet, le rôle du psychomotricien auprès du bébé n'aura de sens que si le parent en comprend l'intérêt et se saisit à sa façon des propositions du professionnel. Le soin en psychomotricité leur donne la possibilité de *rencontrer* leur enfant, d'apprendre à le connaître. Le professionnel leur indique les conditions les plus favorables au développement psychomoteur de leur enfant dans le respect de sa maturité et de ses capacités. Cette alliance avec les parents apparaît ainsi essentielle puisque ce sont bien eux qui chaque jour vont assurer la continuité du soin.

Lorsque la sortie approche, les parents peuvent demander à rencontrer le psychomotricien pour des questionnements autour du couchage, du portage (porte bébé, écharpe de portage...), de l'installation (poussette, siège coque, transat...). Ils pourront alors se saisir s'ils le souhaitent des propositions du psychomotricien.

b. Observation

Le contexte du jour sera toujours pris en compte lors de l'observation de l'enfant. En effet, si des examens, des visites ont eu lieu, ou si ce dernier a été sollicité précédemment par un professionnel, son état de vigilance et ses capacités interactionnelles seront altérés.

Le psychomotricien peut faire des observations **lors des soins** réalisés par les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture. Le co-soin permet de croiser les regards autour de l'enfant et d'enrichir les observations. Ce regard croisé permet par la suite que chaque professionnel s'ajuste de la meilleure des façons dans sa pratique avec l'enfant.

Le psychomotricien peut également faire des **observations spontanées** de l'enfant, en présence ou non de ses parents. Dans ce cas, l'attention est portée sur **l'environnement technique** (scopes, sondes...) et sur **l'enfant lui-même**. Le psychomotricien sera attentif :

- **Au comportement général du nourrisson :**
 - à son état de vigilance (veille, sommeil, agitation...),
 - à la stabilité des constantes physiologiques (fréquence cardiaque et respiratoire...),
 - à son état tonique : (détendu, membres relâchés, mains ouvertes, ou au contraire, crispé, poings fermés, schèmes en extension...),
 - à ses expressions faciales (visage apaisé, détendu ou grimaçant, expression figée...),
 - aux comportements d'autorégulation (suction, agrippement...),
 - aux signes de stress et de dystimulation (bâillements répétitifs, éternuements, hoquets, changement de couleur de peau...),
 - à sa motricité spontanée (harmonieuse, asymétrique, excessive, pauvre...).
- **A son installation** (cocon, mobile, jouets présents...) et à son **positionnement** (décubitus dorsal, latéral ou ventral).
- **A la qualité des échanges** avec le parent : dans les interactions corporelles (qualité du portage, du toucher...), dans les interactions visuelles (échange de regards...), dans les interactions vocales (orientation à la voix...), dans les interactions affectives...

L'observation est un préalable à toute relation avec l'enfant, que ce soit lors d'une intervention spontanée ou lors d'une évaluation psychomotrice.

c. Evaluation psychomotrice

Comme l'écrit **BRAZELTON**, « *L'évaluation d'un nourrisson doit être considérée comme une opportunité d'interaction avec lui, et à travers la façon dont il utilise l'examineur et ses matériels, on devrait obtenir la meilleure compréhension de son mode de fonctionnement* ».

L'évaluation psychomotrice ne peut avoir lieu sans une prescription médicale faite au préalable. Elle est systématique pour tous les bébés prématurés nés avant 33 semaines d'aménorrhée et est réalisée pour ces derniers **aux alentours de 36 SA**. A partir de la 34^{ème} semaine de gestation, le système moteur responsable de la motricité volontaire se myélinise. C'est donc à cette période que la motricité réflexe archaïque laisse place à un début de motricité volontaire. Une évaluation peut être également demandée lorsque le **bébé suscite l'inquiétude** de l'équipe médicale par rapport à son développement psychomoteur (troubles sensoriels, neurosensoriels, syndromes ou maladies génétiques, troubles de la régulation tonique, comportements de retrait...).

Avant d'évaluer le nourrisson, le psychomotricien s'assure de la **disponibilité** de ce dernier (éveil calme, à distance de la tétée et des soins ...) et de la **qualité de l'environnement**. Il cherche ainsi à limiter les stimulations sensorielles et le nombre de personnes présentes dans la pièce (qui se restreint dans la mesure du possible à la présence des parents et du psychomotricien). Ces conditions optimales ne sont cependant pas toujours possibles à obtenir.

Il est préférable que les **parents soient présents** lors de l'évaluation, puisque celle-ci vise à mettre en évidence les compétences de leur enfant ; ses capacités et ses difficultés à la fois motrices et relationnelles. 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.

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

L'évaluation tentera d'appréhender l'équipement **NEUROPHYSIOLOGIQUE** et l'investissement **PSYCHOMOTEUR** à travers les manifestations corporelles du bébé. Celle-ci commence par un temps **d'observation générale** (comportement, installation, motricité spontanée). Elle se poursuit ensuite par un **examen postural**. Le psychomotricien évalue alors le tonus postural et le tonus d'action à travers différentes manœuvres. Il observe ainsi le comportement du nourrisson en réponse à différents changements posturo-moteurs induits (position semi-assise et motricité libérée, décubitus dorsal, décubitus latéral droit et gauche, décubitus ventral) ; à des stimuli proposés (réactions d'orientation tactile, auditive, visuelle ; fixation oculaire et poursuite oculo-céphalogyre, ...).

En fonction de l'âge du nourrisson, l'évaluation pourra appréhender la coordination oculomotrice et la préhension. Pour finir, le psychomotricien portera son attention sur **l'ajustement tonico-émotionnel** (comportement global durant l'examen, capacité de rassemblement/regroupement, comportements d'autorégulation, qualité d'interaction parent-enfant, psychomotricien-enfant...).

A l'issue de ce bilan, effectué la plupart du temps en plusieurs rencontres, un projet de **prise en soin en psychomotricité** pourra être décidé. L'évaluation est placée dans le dossier de l'enfant, elle est donc à disposition des autres soignants jusqu'à la sortie de ce dernier.

d. Prise en soin

Les séances de psychomotricité s'organisent dans la chambre de l'enfant. Il peut être installé sur la table à langer, en travers de son lit ou sur un tapis d'éveil quand il est plus grand. L'heure et la durée des séances sont définies selon le rythme du bébé (en fonction de ses tétées, de ses soins et de ses examens potentiels). Le psychomotricien cherche à intervenir au moment opportun en prêtant attention à la disponibilité, à l'état de vigilance et au confort du bébé. Ces conditions vont favoriser la rencontre et laisse à l'enfant la possibilité d'intégrer les différentes sollicitations proposées.

Les séances en psychomotricité auront une finalité préventive. Nous allons maintenant nous intéresser aux différentes actions de prévention engagées lors d'un soin en psychomotricité.

B- La prévention psychomotrice en néonatalogie

L'action préventive du psychomotricien en néonatalogie sera de trois ordres ; **tonico-posturale, sensorimotrice et relationnelle.**

1. Prévention tonico-posturale

La prévention posturale se fait en collaboration avec toute l'équipe soignante, en particulier les infirmières, auxiliaires, puéricultrices qui sont au quotidien avec l'enfant. L'équipe peut faire appel aux psychomotriciennes de l'unité lorsqu'elle rencontre des difficultés dans l'installation et la mobilisation des bébés. Les psychomotriciennes peuvent également intervenir spontanément pour améliorer le positionnement d'un nourrisson ou pour porter un bébé qui ne parvient pas à se calmer.

« La posture est le support de l'activité motrice spontanée, des coordinations sensori-motrices et de la vie relationnelle. »⁵⁴

⁵⁴ Vasseur Roger, Delion Pierre, *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Toulouse, ERES « 1001 bébés », 2010, p 61.

La **prévention tonico-posturale** (installation, mobilisation, portage) soutient à la fois le développement neuromoteur et le développement psychomoteur du nourrisson.

a. **Soutien au développement NEUROMOTEUR :**

▪ **L'installation**

Avant les années 1980, on ne se préoccupait guère des postures que les nouveau-nés prématurés hospitalisés pouvaient adopter dans leurs berceaux. L'accent était mis sur leur survie médicale, leur respiration et leur alimentation. Ainsi, dans les unités, il n'était pas rare d'observer des bébés installés dans des positions figées ; bras en chandelier de part et d'autre de la tête, flexion et rotation externe importante des jambes en position de grenouille, hyperextension de la nuque et de la partie supérieure de la cage thoracique. Les bébés étaient dans un tel état de raideur et de tension qu'il était difficile de les manipuler, de les porter ou de les contenir.

C'est le Docteur **Albert GRENIER**, chef du Service de pédiatrie de l'hôpital de Bayonne, qui fut le premier à s'interroger sur les séquelles neuromotrices d'un tel positionnement et à mettre en place des moyens de prévention.

En effet, le bébé prématuré, hypotonique, ne bénéficie plus des qualités de l'apesanteur, dont il faisait l'expérience in-utéro, pour pouvoir se mouvoir à la naissance. Il subit alors les forces gravitationnelles et se retrouve figé « *en grenouille écrasée* » d'après l'expression d'Albert Grenier. Sa motricité se manifeste par des mouvements brusques, plus ou moins archaïques, sous forme de décharges explosives. Ceux-ci ne sont plus contenus, comme auparavant, par la matrice utérine. N'ayant pas le tonus nécessaire pour maintenir et mobiliser son corps en flexion, le nourrisson va alors développer un schème en extension postérieure contraire à son développement neuromoteur.

Cette nouvelle préoccupation est à l'origine de la mise en place des premiers **cocons**. Simples de fabrication et d'utilisation (langes roulés ou pliés), ils permettent d'installer confortablement le nouveau-né dans une position plus physiologique et de proscrire l'installation de positions vicieuses.

Ainsi, l'installation en flexion est nécessaire pour prévenir les complications orthopédiques, les étirements ou les raccourcissements de certains muscles, le positionnement des bras en chandelier (difficultés de coordination mains-œil), le positionnement des jambes en « batracien » ainsi que les étirements de la cage thoracique. Varier les positions permet d'éviter les déformations crâniennes (plagiocéphalie) et les escarres.

Différents positionnements sont proposés : la **position dorsale**, la **position ventrale** et la **position latérale**. En position dorsale et latérale, on favorise le positionnement asymétrique qui renforce l'état de vigilance et permet au bébé de se tourner vers les objets de son milieu (Casaer 1979). La **posture asymétrique** légèrement regroupée est une position de confort qui renforce la motricité spontanée, favorise le développement des coordinations sensori-motrices et de l'interaction. Il est important de respecter l'alternance droite/gauche dans cette mise en forme. Ainsi, en offrant une posture plus physiologique, le cocon permet au nourrisson de poursuivre une **maturation tonique plus harmonieuse**.

D'après **Anja KLOECKNER**, ce positionnement intervient à plusieurs niveaux, il favorise :

- Les conduites de capture par un appui postural adapté de la tête (évitant ainsi les agrippements),
- La déglutition grâce au relâchement des muscles de la nuque,
- Les coordinations oculo-manuelles,
- L'exploration de la bouche,
- Une meilleure répartition du tonus entre l'avant et l'arrière du corps,
- Un soutien à la motricité spontanée,
- Une stimulation du diaphragme,
- La construction de l'axe corporel.

Des cocons sous forme de mousses creusées, les « *cocoonababy* », sont commercialisés depuis 2008. **Danielle SALDUCCI**, kinésithérapeute, a mis au point ces supports qui facilitent les installations de confort en position asymétrique, dorsale et latérale. Un autre modèle adapté aux bébés en couveuse a également été créé pour les services de néonatalogie.

Evan est un petit garçon conçu par Fécondation In Vitro (FIV). Il est né à terme à 40 semaines d'aménorrhée. A sa naissance, l'enfant présente de nombreuses malformations (pieds bots...). Une trachéomalacie est à l'origine d'une détresse respiratoire et d'un stridor (bruit plus ou moins strident lors de l'expiration). Une sonde reliée à un ventilateur accompagne alors sa respiration. Cette pathologie occasionne par ailleurs des difficultés alimentaires (fausses-routes, reflux...). L'enfant est en partie alimenté par une gastrostomie. Une myopathie est également suspectée. Evan est âgé de 2 mois et est hospitalisé en néonatalogie quand je le rencontre.

Sa motricité est contrainte par une hypotonie majeure et globale en plus des nombreux appareillages qui assurent ses fonctions vitales. Il est très difficile de s'ajuster dans le portage puisque l'enfant se laisse manipuler comme « *une poupée de chiffon* ». Il n'a pas la tonicité suffisante pour maintenir sa tête qui *tombe* en permanence vers l'avant ou sur le côté. De cette façon, l'interaction ne peut être maintenue. Un corset siège en mousse, moulé sur mesure, a été conçu pour Evan. Ce siège permet d'installer le petit garçon dans une position respectueuse de son développement orthopédique. Il lui offre un maintien de l'axe et stabilise sa tête sans contraindre ses mouvements. Une fois installé, Evan dispose de points d'appui qui lui permettront d'engager une motricité spontanée. Il peut à présent montrer ses compétences, tendre son bras vers les objets, les suivre du regard avec intérêt et interagir avec la psychomotricienne.

▪ Portage et Mobilisations :

Lors des mobilisations, il convient de soulever l'enfant de la position couchée sur le dos par le décubitus latéral, dans un mouvement d'enroulement. Pour cela, on veille à ce que le bébé soit tenu sous sa base (fesses et cuisses) et au niveau de la nuque. La colonne vertébrale ainsi soutenue amène la perception de l'axe corporel.

Toute manœuvre pour déplacer le bébé se fera de façon douce afin de lui permettre d'être suffisamment disponible pour engager de lui-même l'état de changement postural. « *Eviter le plus possible de prendre le bébé sous les bras car dans ce mouvement, souvent exécuté, en plus avec brusquerie et vitesse, le bébé, au delà de la compression thoracique, perd tout support et a souvent, à ce moment, un réflexe en extension.* »⁵⁵. La principale conséquence immédiate d'une manœuvre brusque est le déclenchement du réflexe de Moro.

Mme H. confie à la psychomotricienne que lorsqu'elle dépose délicatement sa fille sur la table à langer celle-ci s'éparpille. Des mouvements vifs l'amènent en extension et il est alors difficile de la contenir et de la rassembler.

La psychomotricienne explique à cette maman que la réaction qu'elle a pu observer est due à l'effet de la pesanteur. Pour éviter que Elisa ne se disperse lors de ce transfert et de ce changement de support (bras de la maman – table à langer), on peut lui proposer une contenance et la rendre plus actrice dans ce mouvement. Le bébé, maintenu en enroulement, peut être déposé sur le flan de son bassin. On laisse ensuite reposer sa tête dans l'axe, il se trouve ainsi en flexion sur le coté. En proposant un appui au niveau du bassin, le bébé passe de lui-même sur le dos.

On propose différents modes de positionnement et de portage dans les unités, à savoir :

- La « position semi-assise » et la « position de Récamier »

Ces deux positions ont été décrites par **Albert GRENIER**. Elles seront davantage utilisées pour examiner l'enfant.

La « *position semi-assise* » consiste à assoir l'enfant, face à soi, à 90° sans dossier, en soutenant sa nuque à l'aide d'une main. Aussi, un **soutien antéropostérieur** (l'autre main placée au niveau du sternum) libérera le bébé de sa motricité réflexe. La détente neuromusculaire sera alors favorisée et l'état de vigilance de l'enfant adapté à la relation.

Pour la « *position de Récamier* », l'enfant sera allongé sur le coté, en appui sur son avant-bras, la tête reposant sur la main de l'adulte.

⁵⁵Albert COEMAN et Marie RAULIER H DE FRAHAN, De la naissance à la marche : les étapes du développement psychomoteur de l'enfant, ASBL Etoile d'herbe, Belgique, 2004, p 51.

- Le portage dorsal en mode « berceau » :

Ce mode de portage est utilisé spontanément par les parents pour donner le biberon à leur enfant. L'avant-bras se glisse le long et à l'arrière du tronc du bébé, la main allant soutenir son bassin, tandis que sa tête reste en appui au niveau du coude. L'incurvation du coude de l'adulte permet de moduler la position de la nuque de l'enfant. La tête de ce dernier est alors bien soutenue, ce qui favorise le relâchement de ses membres supérieurs. Cette position en légère flexion permet d'obtenir une détente de l'enfant lors de la tétée et **d'éviter toutes fausses routes ou régurgitations.**

- La position bouddha :

Cette position favorise l'enroulement du bébé. Elle est utilisée notamment pour soulager et apaiser des bébés très hypertoniques. Le dos du bébé est appuyé contre le ventre de l'adulte. Celui-ci place une de ses mains sous les fesses du nourrisson afin de maintenir ses jambes fléchies et rassemblées sur son bassin. L'autre main peut-être placée sur le ventre de l'enfant. Il est important que la tête de l'enfant reste dans l'axe du corps. Cette position lui permet d'avoir un soutien antéropostérieur qui **facilite la détente musculaire axiale puis périphérique.**

Dans son cocon, Melaine prend rapidement une posture en extension malgré le soutien proposé par les langes. Sa motricité est figée par une hypertonicité globale. Le portage majeure cette attitude et il est difficile de la maintenir en enroulement. Seul un soutien antéropostérieur en position bouddha permettra d'obtenir un relâchement. Les deux mains pourront alors s'ouvrir et Mélaine les rassemblera spontanément à la bouche.

- Le portage en position érigée :

Cette façon de porter est **souvent utilisée pour le rot** ou pour partager un moment de tendresse. La tête de l'enfant repose au niveau de l'épaule de l'adulte. Un maintien lui est proposé au niveau du siège et de la nuque afin d'éviter tout schéma en extension. Le bébé peut soit laisser sa tête reposer en flexion sur l'épaule du parent et ainsi sentir l'odeur de son cou, ce qui le détend et le rassure, soit il va tenter de la contrôler pour explorer l'environnement du regard.

- Le portage en mode ventral :

Cette position consiste à porter le nourrisson, positionné en décubitus ventral, sur l'avant-bras de l'adulte. Le parent passe une main entre les jambes du bébé afin de soutenir ses hanches. S'il le souhaite, il peut mettre l'autre main dans le dos du nourrisson dans un but de réassurance. Cette position favorise une **détente musculaire globale** du nouveau-né qui se sent contenu. Elle **facilite la digestion** et **calme les douleurs abdominales.**

Pour conclure, la base du développement neuromoteur, tant au niveau statique que dynamique (installation ou portage), repose sur la qualité de **l'organisation du complexe enroulement-redressement**.⁵⁶ Cela correspond à l'espace du buste dans l'axe de développement. C'est sur cet étayage que les mouvements de torsion vont apparaître ensuite et donner lieu à la création de l'espace du torse. Il est alors essentiel de favoriser dans un premier temps la **flexion et l'enroulement** pour qu'un équilibre puisse se développer entre le plan ventral des fléchisseurs et le plan dorsal des extenseurs.

b. Soutien au développement PSYCHOMOTEUR :

Les installations et portages proposés assureront une prévention orthopédique et développementale en respectant la position des parties du corps et les articulations du bébé, mais seront également l'occasion d'offrir au nourrisson le réconfort affectif essentiel à son investissement corporel.

*« Posturer un enfant n'est pas qu'une technique, mais bien un fait relationnel, qui redonne à chaque bébé une identité propre avec ses singularités et ses besoins spécifiques. C'est un soin personnalisé ».*⁵⁷

In utéro, le fœtus est en enroulement, dos calé contre la paroi utérine. L'installation et le portage devront apporter au nourrisson les points d'appui qui lui permettront de conserver une posture en **enroulement** et de retrouver un sentiment de **contenance**. Ces conditions apparaissent essentielles au développement d'une « *sécurité de base* ».

▪ L'enroulement fondamental :

La naissance impose le **passage d'un état antigravitaire** à un **état gravitaire** (espace de la pesanteur). Le bébé va devoir réagir à cette sensation nouvelle. Afin d'aider ce dernier, il est essentiel de lui apporter (dans l'installation ou le portage) les moyens de se sentir « *tenu, contenu, posé en enroulement donc rassemblé, pour supprimer la sensation de chute, l'oppression du poids de la pesanteur pour retrouver calme et sécurité, retrouver une situation de non danger.* »

Dans le cas contraire, « *en l'absence de rassemblement et de soutien, un sentiment d'insécurité peut émerger et pour y faire face, le nourrisson va adopter un comportement d'urgence :*

- *Se mouvoir sans arrêt en une forme de mouvement continu qu'il va utiliser pour se contenir, se tenir,*
- *Se raidir, se contracter, se compacter et d'une certaine façon tenter de se tenir lui-même, de s'agripper à ce qu'il peut.*
- *Se laisser couler dans une forme d'hypotonie. »*⁵⁸

⁵⁶ Albert COEMAN et Marie RAULIER H DE FRAHAN, De la naissance à la marche : les étapes du développement psychomoteur de l'enfant, ASBL Etoile d'herbe, Belgique, 2004, p 22.

⁵⁷ M. GIRARD et C. GROS, « L'installation du nouveau-né » : un enveloppement structurant, dans Thérapie psychomotrice et recherches, S'attacher pour mieux se détacher, 2008, n°155, p148.

Pour **Albert Coeman**, la position enroulée permet au bébé de se rassembler, de s'apaiser, de se centrer. L'enroulement est la « *position amenant la sécurité de base, l'apaisement, la confiance, parce « je me lâche », « je donne mon poids du corps »* ». ⁵⁹

Pour **Suzanne Robert Ouvray**, le mouvement d'enroulement prépare la base narcissique, il est synonyme de « *préoccupation fondamentale de soi* ». Positionner le bébé, c'est lui donner la possibilité de se centrer sur lui-même, « *c'est sur cet enroulement moteur réflexe, parce que indispensable à la vie psychique, que le bébé construit son centre corporel* ». ⁶⁰

▪ **La contenance :**

A la naissance, le bébé va passer d'un **espace fermé, contenant** à un **espace ouvert**, sans limites. Des sensations de chute, des sentiments de morcellement, d'éclatement peuvent en être la conséquence.

L'installation vise à recréer un « *espace fermé* ». Ainsi, le cocon crée autour du corps du bébé va pouvoir trouver une **fonction de contenance** et de « **pare-excitation** ». Cet enveloppement soutient la perception d'une enveloppe corporelle continue qui protège le bébé d'une « *surcharge d'excitation interne et externe* » explique Michelle Gauberti. Se trouve ainsi matérialisé le concept du *Moi-Peau* développé par **Didier ANZIEU**. Selon la théorisation d'**Esther BICK**, le cocon répondra au besoin du bébé de trouver « *un objet contenant, un objet maternant pour répondre à son état de non intégration psychique* ».

De la même façon, le portage permet de relier, de tenir ensemble toutes les parties du corps, de recréer une unité corporelle. **Donald WINNICOTT** insiste sur l'importance des soins corporels dans la construction du psychisme de l'enfant. Il élabore alors la notion de **holding** (de l'anglais « *to hold* » : *porter*). Le holding qualifie l'expérience d'être porté physiquement et permet à l'enfant de naître psychiquement. Le bébé se sent ainsi physiquement contenu et peut se vivre psychiquement unifié.

Pour **Suzanne ROBERT OUVRAY**, le but fondamental du *holding* est d'aider l'enfant à acquérir la capacité d'exister seul sur ses propres appuis moteur et psychique sans débordement d'angoisse, sans vertige, sans désorganisation. ⁶¹

▪ **La sécurité de base :**

Pour Albert Coeman, le « *tenu* » comporte deux dimensions ; une **dynamique de soutien** (se poser, lâcher le poids du corps pour pouvoir se centrer, porter une attention sur soi) et une **dynamique d'appui** (s'appuyer pour aller vers l'extérieur, se redresser, se mouvoir). C'est la mise en œuvre de ces deux dimensions du « *tenu* » qui permettra l'élaboration d'une sécurité de base selon l'auteur.

⁵⁸A. COEMAN et M. R. DE FRAHAN, De la naissance à la marche, ASBL Etoile d'herbe, Belgique, 2004, p 37.

⁵⁹ *Idem*

⁶⁰ S. ROBERT OUVRAY, Porter un enfant, c'est un savoir être, Métiers de la petite enfance, 2000, n° 59.

⁶¹ *Idem*

Cette *sécurité de base* permet **l'intégration du vécu tonique et corporel** et assure une **disponibilité corporelle et émotionnelle**, il s'agit ainsi d'une « *structure essentielle d'appui pour l'ensemble du processus de développement psychomoteur* ». ⁶²

Ibrahim est né à 31 SA et 4 jours. Il est hospitalisé en réanimation néonatale. La puéricultrice s'approche de l'incubateur pour faire les soins du petit garçon en présence de sa maman. Ce dernier manifeste son inconfort par des mouvements brusques, saccadés de grande amplitude. Sa tête reste figée sous le poids du masque CPAP qui l'aide à respirer. Ses yeux sont fermés, il ne semble pas pouvoir réagir à la voix pourtant rassurante de sa maman.

Sa tonicité ne lui permet pas de lutter contre les flux gravitaires et contre le poids des nombreux tuyaux auxquels il est rattaché. Il subit alors passivement les stimulations de son environnement sans pouvoir y répondre. De telles conditions rendent l'interaction impossible.

La puéricultrice propose à la maman de prendre son bébé avant de débiter le soin. Le soutien apporté par les mains de Mme L. offre à Ibrahim des points d'appui postérieurs et une enveloppe sensorimotrice ressource. Maintenu en enroulement, il n'apparaît plus oppressé par le poids de la pesanteur et ses mouvements gagnent en fluidité. Ibrahim va doucement ouvrir les yeux et fixer le regard de sa mère. Il semble à présent totalement disponible et répond activement à la voix de sa maman. Il pourra ensuite orienter son visage vers la puéricultrice qui s'adresse à lui. Mme L. nous transmettra son émotion : « *Regardez, c'est lui qui le fait tout seul* ».

En retrouvant un sentiment de sécurité et une unité corporelle dans un espace contenant, le bébé va pouvoir bénéficier de vécus ajustés et modulés au niveau tonique et sensorimoteur. Ce qui favorisera la prise de conscience des limites du corps, l'ouverture au monde environnant et l'investissement de l'interaction. Se constituent ainsi les bases de l'élaboration du **schéma corporel** et de **l'image du corps**.

2. Prévention sensorimotrice

Sensorialité et motricité sont bien évidemment liées. C'est leur enrichissement progressif mutuel qui va permettre un développement psychomoteur harmonieux. Le psychomotricien par son approche soutient le bébé dans son développement sensoriel et moteur.

a. Corps sensoriel : sollicitations d'éveil et de confort

La naissance implique le passage d'un univers où toutes les stimulations sensorielles sont atténuées, modulées par l'environnement intra-utérin (liquide amniotique, parois utérine, bercements...), à un univers surstimulant voire dystimulant. Le nourrisson se retrouve subitement privé d'une **enveloppe sécurisante**.

⁶² M. GIRARD et C. GROS, *Thérapie psychomotrice et recherches*, 2008, n°155, p 148.

Le bébé vulnérable, plus que tout autre bébé, va être assailli par des sensations inconnues, douloureuses, liées à la situation d'urgence médicale (manœuvres de réanimation, soins invasifs et morcelant, en plus d'un environnement tactile, olfactif, sonore et visuel désorganisant). Toutes les stimulations que l'enfant va vivre et ressentir durant sa prise en charge, aussi bien en réanimation qu'en néonatalogie, vont déborder ses capacités sensorielles. Le nourrisson subit des « *sensations inintelligibles et traumatisantes* » d'après les mots de **Simone SAUSSE**.

Différentes **sollicitations sensorielles** peuvent être proposées lors d'un soin en psychomotricité. Elles sont décrites séparément par la suite mais seront bien évidemment confondues lors des séances. Elles visent la construction d'une unité psychocorporelle en restaurant une enveloppe sécurisante. Elles permettent également un éveil sensorimoteur du bébé.

- **Des sollicitations tactiles :**

- ❖ **Il peut être proposé aux parents de porter leur enfant en « peau à peau ».**

L'enfant est alors en contact direct avec la peau de sa mère. Il peut reconnaître son odeur, percevoir sa voix et les battements de son cœur et donc retrouver les sensations connues in-utéro. De plus, le parent peut faire connaissance avec le corps de son enfant, avec l'odeur et la texture de sa peau.

Pour **AJURIAGUERRA**, « *la peau, avec sa texture et son odeur n'est pas seulement lieu d'échange entre le corps de la mère et de l'enfant, elle est également enveloppe contenante, membrane frontière et membrane protectrice* ».

Le « *peau à peau* » présente de nombreux effets bénéfiques : meilleure stabilité de la température et du rythme cardiaque, meilleure oxygénation, facilitation de l'allaitement et soutien à l'instauration du lien d'attachement parent-enfant. Il s'agit du seul soin qui ne peut être donné que par les parents. Il est souvent très apprécié de ces derniers.

« *Te voilà blotti contre moi, ta peau contre ma peau, toi contre moi, moi contre toi, nous nous retrouvons enfin... Ta respiration se régule, tu t'apaises, tu ouvres même tes petits yeux... Merci mon chéri, je redeviens MAMAN.* » Kristel, maman de Noa, né à 36 SA.

- ❖ **Le toucher contenant**

On peut également proposer un « **toucher contenant** » qui peut aider le bébé à se calmer et s'apaiser. Cela consiste à rassembler d'une main les membres inférieurs et/ou supérieurs du bébé sur son axe par un toucher apaisant et sécurisant. L'autre main se place sur le crâne de l'enfant par exemple. Quand le parent est disponible et qu'il en a le désir, c'est lui qui réalise ce toucher. Le rôle du psychomotricien sera alors de l'accompagner et de soutenir la dyade.

❖ Le toucher massage

La médiation du « **toucher-massage** » peut aussi être proposée. Le psychomotricien peut accompagner le parent s'il en fait la demande. La qualité du toucher est importante : il doit être ferme, doux, lent et englobant afin de donner au bébé l'expérience d'un corps unifié. Mieux vaut utiliser la paume de la main plutôt que le bout des doigts et rester en contact avec le corps de l'enfant afin de ne pas introduire de ruptures qui pourraient être angoissantes pour lui.

« *La main est à la fois touchante et touchée... elle faite pour rassembler, accueillir, recueillir.* »
Boris DOLTO, kinésithérapeute.

❖ Différents contacts tactiles

Par ailleurs, les séances de psychomotricité auprès de bébés longtemps hospitalisés peuvent être l'occasion de leur proposer des **contacts avec différentes textures** (matières douces et moelleuses, tissus, balles à picot...) afin de varier et d'enrichir les explorations.

▪ Des sollicitations vestibulaires :

Le système vestibulaire est sollicité lors des mobilisations, des portages, des bercements... Des supports permettront également de stimuler ce sens comme le hamac, les matelas à eau. Le « *Vestibulo* », mis au point par Laurence Vaivre Douret, a été récemment introduit dans les services.

Les sollicitations vestibulaires jouent un rôle primordial dans la perception des mouvements, des positionnements et dans l'orientation du corps dans l'espace. Elles permettent au bébé d'intégrer les sensations indispensables à l'équilibre dynamique du corps et à la construction du schéma corporel.

Les stimulations vestibulaires ont un véritable effet apaisant. Très souvent lorsque des bébés s'agitent et ne parviennent pas à se calmer, le simple fait de les porter et de se déplacer en les berçant permettra de les apaiser.

▪ Des sollicitations olfactives et gustatives :

Il est proposé aux mamans de laisser un tissu imprégné de leur odeur corporelle ou un tampon imbibé du lait maternel dans le berceau du bébé, ce qui aura pour effet d'apaiser l'enfant. « *Les odeurs ont valeur de contenant. Chez le bébé, une odeur connue, si elle est présente lors de soins intrusifs, permet le retour à un état stable plus rapidement* ». ⁶³

⁶³ Bullinger André, « Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement », *Contraste* 2/2006 (N° 25), p. 125-139

▪ **Des sollicitations auditives :**

- Il s'agit de proposer à l'enfant un **univers sonore enveloppant**, de partager avec lui :
- des moments de parole et d'échange positifs : l'envelopper d'un « *bain de paroles* » apaisant et rassurant.
 - des moments de chanson, d'écoute musicale. Le chant par son effet vibratoire permettra d'apaiser le bébé.

Elio pleure et s'agite dans son lit. L'auxiliaire qui s'occupe du petit garçon ce jour là, est occupée à préparer son transfert vers un autre service dans lequel des examens complémentaires seront effectués. Elle me propose alors de prendre Elio dans mes bras en attendant la venue des brancardiers. Le bébé est tendu, crispé et exprime son vécu inconfortable par des gémissements. L'ajustement dans le portage est difficile, Elio lutte contre l'enroulement et la contenance que je lui propose. Je commence alors à chanter. Progressivement, un dialogue tonique s'instaure, le petit garçon semble percevoir les vibrations qui accompagnent ma voix. Il se relâche, réajuste sa position dans le creux de mes bras et s'endort.

▪ **Des sollicitations visuelles :**

Pour préserver le bébé vulnérable de l'intensité lumineuse, une attention particulière est portée à son environnement (préférer les sources lumineuses individuelles, baisser les stores lors de journées ensoleillées, promouvoir un rythme circadien en recouvrant les couveuses de couvertures plus ou moins épaisses qui faciliteront la distinction jour/nuit...).

On peut également disposer des surfaces contrastées le long des parois de l'incubateur ou du berceau afin d'offrir des accroches visuelles qui soutiendront le confort postural du bébé. Des objets contrastés, noirs et blancs ou de couleurs vives, peuvent aussi être proposés. Ils seront également placés dans le champ visuel de l'enfant (doudous, mobiles à suspendre, portique...). L'intérêt est de canaliser la vision de l'enfant de façon à éviter qu'il ne plafonne du regard vers des sources lumineuses et dans de mauvaises positions (tête inclinée, tronc tassé ou incurvé...).

Il s'agit par ailleurs de proposer une interaction visuelle en s'adressant au bébé dans un contact de proximité en face à face. Il est important de se mettre à la hauteur de l'enfant lorsque l'on s'adresse à lui afin d'éviter qu'il ne prenne une posture en extension. De cette manière, le bébé pourra interagir plus facilement.

▪ Oralité et coordination des différents espaces :

On l'a vu précédemment, l'espace oral est le premier espace auquel le bébé accède dans la construction de l'image corporelle. C'est à travers son activité que tous les espaces sensoriels se coordonnent. L'oralité est aussi un élément essentiel à la relation mère-bébé et aux comportements d'attachement. Si cet espace ne se construit pas de manière stable, « *c'est toute la chaîne du développement qui risque d'en pâtir : déséquilibre entre regroupement et extension, absence de coordination des espaces droit et gauche, troubles praxiques, non-investissement du bassin et difficultés de régulation tonique des membres inférieurs* ». ⁶⁴

Or, de nombreux bébés hospitalisés sont nourris à l'aide de sonde gastrique. En reprenant les notions décrites par A. Bullinger, ce type d'alimentation brise l'aspect narratif du repas. De plus, il ne facilite pas les premières coordinations entre les différents espaces sensoriels. En effet, dans le cas d'une alimentation au sein ou au biberon, toute une chaîne d'événements se met en place pour finalement aboutir à l'aspect hédonique du repas : posture, olfaction, succion, déglutition, satiété. Or, l'assistance à l'alimentation s'effectue parfois dans le berceau, l'enfant est allongé et seul, se laissant alors « *remplir* » passivement. De plus, l'oralité est la plupart du temps contrainte par des soins intrusifs de la sphère orale comme l'intubation, l'aspiration nasale ou buccale...

M. **MARTINET** et A. **BULLINGER** ont mis au point un travail préventif autour des troubles de l'oralité. Ces derniers proposent d'accompagner les bébés nourris par alimentation entérale afin de préserver la séquence narrative et temporelle du repas.

Il s'agit tout d'abord de privilégier une **installation en flexion**. Dans le meilleur des cas, l'enfant sera installé dans les bras du parent.

Ensuite, des **sollicitations péri-orales et orales** sont proposées à l'enfant. A l'aide d'un coton-tige (ou du doigt, ou de la tétine...), on stimule les joues du bébé du lobe de l'oreille vers le coin des lèvres et leur pourtour. On observe alors les réactions d'orientation ou de détournement vers la stimulation ainsi que la capacité du bébé à engager une succion plaisir non nutritive.

L'éveil au **goût du lait** peut être proposé à l'aide d'un coton-tige imbibé (lait maternel ou glucose) à chaque début d'alimentation par sonde.

Ce protocole de « *stimulations non-nutritives* » permet de maintenir l'activité instrumentale et de faciliter la coordination succion-respiration-déglutition, nécessaire à l'autonomie alimentaire. Aussi, il a été montré que proposer ces sollicitations permettait de raccourcir le temps de transition vers l'alimentation active et de ce fait le temps d'hospitalisation.

⁶⁴ Vasseur Roger, Delion Pierre, *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Toulouse, ERES « 1001 bébés », 2010, p 66.

La séance de psychomotricité de Calie touche à sa fin. La petite fille s'est montrée disponible et a pris plaisir à interagir avec nous. A présent, l'auxiliaire de puériculture vient lui proposer le biberon. Calie manifeste un trouble de l'oralité depuis son arrivée dans le service de néonatalogie. Une sonde naso-gastrique lui apporte ses besoins alimentaires. Cependant, afin de maintenir et stimuler l'activité de sa sphère orale, le biberon lui est régulièrement présenté. Compte tenu de la disponibilité de Calie pendant la séance, la psychomotricienne propose à l'auxiliaire de débiter par les sollicitations oro-faciales. Au départ, Calie ne réagit pas à la pression exercée par le coton tige sur sa joue. Après plusieurs tentatives, elle orientera finalement sa tête en direction de la stimulation et tétera l'extrémité imbibée de lait. Le biberon lui est ensuite présenté. Soutenue par le regard et les paroles réconfortantes de la professionnelle, Calie pourra prendre sa ration sans manifester de rejet ou de stress.

b. Corps moteur : guider le mouvement

L'environnement médical et la situation d'hospitalisation contraignent les possibilités de mouvements et les changements de positions du bébé. En plus d'une immaturité tonique qui ne lui permet pas de se mouvoir seul, sa motricité se trouve également entravée par le cocon et les multiples fils qui l'entourent (saturation, sondes...). De plus, ce contexte particulier ne favorise pas la mise dans les bras, le portage et les mobilisations, tel que cela pourrait être le cas à la maison. « *Les contacts avec l'enfant sont des plus rares et toujours précédés d'une série d'étapes et de précautions qui éliminent le naturel* ». ⁶⁵

Il est important de proposer des installations qui favorisent le mouvement et n'entravent pas la motricité spontanée du bébé. Les nourrissons sont très souvent dans des postures figées dans lesquelles ils ne peuvent pas faire l'expérience de leur motricité. Par ailleurs, le positionnement doit faciliter la mobilisation des moyens d'autorégulation (mains vers le visage, succion des doigts, capture d'objets...).

Pour un enfant longtemps hospitalisé, le psychomotricien cherchera à le guider dans sa motricité naissante afin de prévenir un éventuel retard psychomoteur. L'intérêt n'est pas de faire pour l'enfant ou à sa place, mais d'initier le mouvement afin qu'il soit acteur de son développement. Le psychomotricien induit un mouvement par transfert du poids du corps, d'un appui à l'autre, tout en respectant l'enroulement physiologique. Cela permet de préserver et de solliciter les schèmes neuromoteurs (mouvements d'enroulement, manœuvres de retournement guidé dos-ventre et ventre-dos, renforcement du tonus axial, présentation d'objet dans l'axe...). Ces manœuvres contribuent à mettre en œuvre les premières coordinations autour de l'axe corporel du bébé.

⁶⁵ S. ALONSO-BEKIER, Du prématuré au prématurissime : la psychomotricité a de plus en plus sa place dès la néonatalogie, dans journal de Pédiatrie et de Puériculture, n°6, 2002, P.63.

Une séance sur le tapis d'éveil est proposée à Elio. On commence par observer l'ajustement que lui demande ce support, en position dorsale. On remarque alors que sa nuque est en légère extension. Ainsi, il est difficile pour ce bébé de saisir l'objet proposé au niveau de son axe. La préhension sera possible à gauche comme à droite, mais l'objet ne pourra passer d'une main à l'autre, ni être amené à la bouche. Un soutien tête-nuque-épaule à l'aide de langes lui est proposé. Celui-ci maintient sa ceinture scapulaire en enroulement. Cette fois l'objet présenté dans l'axe pourra être saisi et les deux mains pourront se rassembler simultanément à la bouche.

Lorsque des asymétries sont observées, le psychomotricien cherchera à engager le mouvement en sollicitant les parties du corps délaissées (droite-gauche ; haut-bas). Il pourra discuter avec l'équipe soignante autour de l'aménagement de l'environnement. Par exemple, offrir des accroches visuelles dans le berceau qui soutiendront un positionnement asymétrique vers le côté que l'on cherche à mobiliser ; donner un appui tête-nuque-épaule pour faciliter l'enroulement lors du change et ainsi éviter que la tête ne parte en arrière...

Lorsque cela est possible, le psychomotricien réalise la séance sur le tapis d'éveil. Il peut également installer l'enfant dans le transat en lui proposant un portique par exemple. Ces propositions permettent de varier les postures dans l'espace. Elles donnent la possibilité au bébé de découvrir différemment son environnement tout en faisant l'expérience de sa motricité.

Un soutien corporel et sensoriel pour une naissance psychique

La psychomotricienne et la psychologue retrouvent Théo dans sa chambre, située dans l'unité de réanimation néonatale. L'enfant de 8 mois est allongé dans son lit à barreaux, entouré de langes. L'équipement médical est lourd et invasif. De nombreux fils sont reliés au corps de Théo. Des écrans et autres appareils médicaux encerclent son lit. C'est dans cet environnement que l'enfant vit depuis sa naissance.

Les soins de trachéotomie et de gastrostomie touchent à leur fin. Théo a le visage inquiet, fermé. Son regard est fuyant et s'accroche à l'écran du scope. Il donne l'impression d'être douloureux. Les mouvements répétitifs et symétriques de ses jambes témoignent de son inconfort. La puéricultrice prévient Théo de notre présence et laisse la place aux deux professionnelles.

La psychomotricienne prend doucement contact avec Théo. Elle s'approche et cherche à initier l'interaction en lui parlant. Petit à petit, Théo parvient à poser son regard sur le visage de son interlocutrice mais ce lien reste fragile. La professionnelle va alors lui proposer un soutien au niveau de la nuque à l'aide de linge. Elle maintient ensuite le bassin de l'enfant en position de flexion asymétrique avec ses mains. Ces appuis permettent à l'enfant de garder une posture en enroulement. Le soutien postural proposé facilite l'interaction avec l'enfant, qui semble alors plus disponible. Cependant, Théo apparaît encore très tonique et il est difficile d'obtenir de lui un relâchement et une détente.

La psychologue s'avance à son tour à proximité du visage de l'enfant. Elle lui prend la main et se met doucement à lui parler. L'enfant peut regarder la professionnelle mais il quitte le contact et fixe le scope lorsque la parole s'arrête. Celle-ci se met alors à chanter.

Une enveloppe se crée autour de l'enfant. Une enveloppe corporelle est permise par le maintien postural en enroulement et la position regroupée. Une enveloppe multi-sensorielle se dessine également ; d'abord visuelle par l'échange de regard, sonore par le chant et puis tactile par le toucher contenant proposé par la psychomotricienne. Progressivement, Théo arrive à intégrer cette contenance. Il est plus disponible à la relation. Il parvient à se relâcher, à se mouvoir sans hyperextension et à rejoindre ses mains dans l'axe pour les amener à la bouche. Il semble à présent « *habiter son corps* ». L'enveloppe corporelle proposée a permis que se consolide une enveloppe psychique le temps de cette rencontre.

3. Prévention relationnelle et affective

L'hospitalisation du bébé vulnérable engage une séparation précoce entre l'enfant et ses parents, posant ainsi la question de **l'attachement**. On connaît depuis les travaux de HARLOW, BOLWBY et SPITZ, l'importance du besoin de contact et de la recherche de proximité dans l'élaboration du processus d'attachement. Or, il est difficile de prendre *contact* avec son enfant lorsque celui-ci est relié à de nombreuses machines (saturomètre, cathéter, sondes, monitoring, respirateur...) ou enfermé dans un incubateur.

De telles conditions (environnement physique dystimulant et pauvreté des interactions précoces) vont retentir sur l'évolution et l'expression tonique de l'enfant. Les **troubles de la régulation tonique** sont souvent repérés comme les signes précoces des troubles des interactions. Le défaut de régulation du tonus altère l'ajustement mutuel entre le bébé et sa mère et peut être à l'origine de « *dysharmonies interactives* » (Serge Lebovici). Il en résulte des difficultés dans les soins maternels (holding-handling). Pour la mère, cela vient compromettre son sentiment d'être « *une mère suffisamment bonne* ».

Le **soin en psychomotricité** accompagne les parents dans leur accès à la parentalité. Il s'agit ainsi de restituer au parent sa place et ses compétences afin de **soutenir le lien d'attachement** entre celui-ci et son enfant. Le parent a besoin d'être reconnu dans son rôle pour retrouver la spontanéité des gestes, des contacts et des paroles adressés à son bébé. Le professionnel cherchera à consolider le narcissisme parental en valorisant leur place, en soulignant l'importance de leur présence pour le développement de leur petit.

Cet espace-temps particulier a également pour volonté de restituer « *la préoccupation maternelle primaire* », afin qu'elle reprenne le pas sur « *la préoccupation médicale primaire* ». Pour Catherine DRUON, cette dernière envahie généralement les parents.

Au cours de mon stage, j'ai été marquée par la capacité des parents à s'approprier les termes médicaux, s'exprimant alors comme des médecins. En l'espace de quelques semaines, certains deviennent de véritables experts, pouvant décoder le moindre signal émis par les différents appareils (respirateur, scope, pompe à perfusion...).

Pour certains parents, surveiller les constantes vitales peut devenir une obsession et contraindre la spontanéité des gestes qu'ils ont avec leur enfant.

Le psychomotricien permet aux parents de porter un nouveau regard sur leur bébé. Le corps de l'enfant sera pris en compte dans sa globalité et non apprécié comme un corps morcelé, relié à différentes machines. L'ajustement du parent à son enfant ne doit pas être seulement dicté par les signaux du monitoring. Mais ce dernier doit pouvoir s'adresser à son petit en fonction de ce qu'il ressent de ses besoins. Ce regard apparaît important pour renforcer la cohésion, l'unification et la subjectivation autour du corps du bébé. Autant d'éléments qui semblent essentiels pour la constitution de son image du corps.

« Ce n'est que par cette reconnaissance que l'adaptation corporelle peut se faire et par là toute la structuration du bébé. »⁶⁶

Le psychomotricien peut se servir du bilan pour **révéler les compétences et faire émerger les potentialités de l'enfant** aux yeux de ses parents. Dans ses observations, le psychomotricien se concentre aussi sur « *ce qui est bien portant* ». D'une certaine façon, il s'agit de permettre aux parents de retrouver dans l'enfant réel un peu de l'enfant imaginaire pour que puisse s'établir un lien entre chacun d'eux. Cela peut permettre d'initier une *spirale interactive positive* essentielle au développement futur de l'enfant.

Le psychomotricien peut également avoir un **rôle de guidance parentale**. Le parent pourra alors s'inspirer des propositions du psychomotricien et se les approprier, ce qui illustre *l'aspect transitionnel* du travail en psychomotricité (peau à peau, portages, bercements, massages, chants...). En tant que « *traducteur* » de la motricité de l'enfant, le psychomotricien soutient la communication corporelle entre l'enfant et son parent. Il cherchera alors à favoriser le **dialogue tonique** entre les deux partenaires. Il s'agit de rendre le parent attentif à ses propres manifestations toniques et aux signaux émis par son enfant pour que s'engage un meilleur ajustement. En effet, la situation de stress que vivent les parents mobilise aussi chez eux une très grande tension physique, qui ne vient pas faciliter leur ajustement tonique lors des portages par exemple.

« Cette préoccupation pour les « porteurs » s'avère donc indispensable pour la qualité du dialogue tonique et pour l'assurance du bébé d'être lui aussi bien « pris en main » au sens propre comme au sens figuré (Holding et Handling). »⁶⁷

⁶⁶ Mireille GAUBERTI, *Mère-enfant : à corps et à vie*. Editions Masson Collection Psychothérapies Corporelles, 1993.

⁶⁷ M. GIRARD et C. GROS, *Thérapie psychomotrice et recherches*, 2008, n°155, p 139.

C- Les consultations de suivi dans le cadre de la prévention

1. Un travail conjoint :

Ces naissances à risques posent la question du devenir de l'enfant et de sa famille au-delà de la période d'hospitalisation. De ce cadre, des consultations conjointes **pédiatre - psychomotricien** se sont mises en place au CHU de Bordeaux. Celles-ci visent l'accompagnement et le dépistage de séquelles éventuelles autant neuromotrices que psychomotrices.

Ces consultations de suivi sont proposées systématiquement pour les grands prématurés nés **avant 32 SA** mais sont aussi envisagées lors de graves **complications périnatales**. Le premier rendez-vous est fixé avant la sortie d'hospitalisation du nouveau-né.

a. Le calendrier

Les consultations ont une durée de 45 minutes (soit 1h30 pour les jumeaux et 2h15 pour les triplés). Celles-ci sont réalisées selon un calendrier prévisionnel en fonction d'étapes clés du développement psychomoteur. Il se compose de la façon suivante :

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

Lors de ces rencontres, les professionnels tiendront compte de l'âge corrigé de l'enfant jusqu'à sa deuxième année. Le calendrier peut s'ajuster en fonction des besoins de la famille ou des inquiétudes des soignants.

L'arrêt du suivi fait l'objet d'un accord commun entre les professionnels et les parents qui jugeront ensemble s'il est pertinent de poursuivre ou de mettre fin à ces rencontres. Cependant, il arrive que certains parents interrompent le suivi avant que la décision de l'arrêter ne soit prise conjointement.

b. Les objectifs de la consultation de suivi

Les objectifs du suivi en consultation conjointe sont d'évaluer l'état clinique et le développement de l'enfant ainsi que la qualité de la relation entre celui-ci et ses parents.

L'évaluation se base sur les observations complémentaires du pédiatre et de la psychomotricienne. Un examen clinique sur le plan médical et neuro-développemental (pédiatre) est ainsi complété par une appréciation du développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant (psychomotricienne).

Il s'agit alors de **dépister** précocement des séquelles neurologiques et/ou comportementales chez ces enfants dits vulnérables et de **repérer** des troubles du lien ou de l'attachement entre les partenaires. Si des symptômes sont décelés, les professionnels peuvent se mettre en lien avec la PMI (Protection Maternelle et Infantile) et avec le médecin traitant. Ils peuvent également **orienter** la famille vers un CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce), vers un CMP (Centre Médico-Psychologique), vers des professionnels libéraux (kinésithérapeutes, orthoptistes, psychomotriciens...) afin qu'une prise en charge thérapeutique et pluridisciplinaire puisse être commencée.

Ces temps de consultation sont par ailleurs l'occasion de **suivre l'évolution** de l'enfant. Ces rencontres réparties de façon régulière lors des premières années permettent d'assurer un suivi à long terme de son développement. Le binôme qui accompagne la famille reste le même (dans la mesure du possible) ce qui permet d'instaurer une relation de confiance entre les professionnels et les parents. Ce lieu d'échange permet aux parents de revenir sur les difficultés qu'ils ont pu rencontrer au moment de l'hospitalisation et du retour à la maison et de s'interroger sur le devenir de leur petit.

2. De la prévention à l'intervention précoce

L'accompagnement peut être celui d'un enfant qui grandit bien, de façon harmonieuse au sein d'une famille aimante et porteuse. Les rencontres régulières permettent alors de valoriser le rôle et la place des parents. Ceux-ci sont rassurés par les paroles du médecin qui leur confirme que « *tout va bien* ». Ils peuvent ainsi reprendre confiance en leurs compétences de parents. Les professionnels identifieront avec eux les capacités de leur enfant.

Les consultations de suivi se font à des étapes clefs voire à des périodes sensibles du développement. Les professionnels cherchent à repérer les signes précoces d'alerte afin de prévenir un trouble du développement (prévention primaire). Nous verrons l'exemple de Gabriel. Lorsque des troubles s'installent précocement, une intervention spécifique est décidée afin d'éviter que le développement de l'enfant n'en soit trop affecté (prévention secondaire). Ce deuxième cas sera illustré par l'histoire de Noé.

a. Une prévention primaire : Gabriel

Gabriel est né à terme à 40 semaines d'aménorrhée, le 6 décembre 2014. Le nourrisson est alors en parfait état de santé. A sa sortie de la maternité, il est hospitalisé dans le service de néonatalogie en raison d'un contexte social de grande précarité. Gabriel est né de père inconnu et d'une mère à la personnalité fragile probablement schizoïde. Celle-ci est d'origine africaine et s'adresse au soignant en anglais. Elle pourra tout de même échanger quelques mots en français.

L'accouchement a été vécu très difficilement par cette maman. Dès les premiers jours, l'équipe soignante a relevé une anxiété majeure chez cette dernière, celle-ci ne supportant pas les pleurs de son enfant. Afin de soutenir le lien entre cette mère et son bébé, ceux-ci vont bénéficier de l'unité kangourou. Il s'agit d'une unité d'hospitalisation et de soins mère – enfants. Ils seront ensuite hébergés en foyer maternel ou un suivi psychosocial se met en place.

En raison de ce parcours initial, cette famille est reçue en consultation conjointe pédiatre – psychomotricien afin de veiller au bon développement psychomoteur et psychoaffectif du jeune enfant.

Lors de la première consultation, la maman de Gabriel s'exprime peu et lentement. Elle semble profondément déprimée. Son visage est amimique et ne laisse transparaître aucune émotion. Elle fait part de ses inquiétudes sur un ton monotone. Elle confie alors être en difficulté la nuit lorsque les pleurs sont intenses. Son petit garçon fait des bruits expiratoires et a des clonies d'endormissement, ce qui semble être source d'angoisse chez elle. Le pédiatre essaie alors de la rassurer en lui expliquant que ce sont des comportements normaux retrouvés chez de nombreux bébés.

Lors de l'examen, Gabriel est âgé de 1 mois. Il montre une extrême vigilance à son environnement. L'expression de son visage reflète celle de sa mère, ses traits sont figés, crispés. Il présente une tonicité globale excessive. Les schèmes en extension sont prédominants. Aussi, il maintient ses poings serrés tout au long de la consultation. La motricité spontanée du bébé est saccadée, brusque, donnant alors le sentiment d'un corps morcelé, éparpillé. Le réflexe de Moro se déclenche à chaque mobilisation, ce qui peut témoigner d'un vécu insécure.

Les interactions entre Gabriel et sa maman sont pauvres. On constate très peu d'échanges de regards ou de paroles. Le portage est mal assuré et le dialogue tonique ne semble pas s'instaurer entre les deux partenaires.

Finalement, on peut émettre l'hypothèse que l'environnement précoce de Gabriel n'est pas suffisamment stable et régulier pour qu'il puisse y puiser des repères organisateurs. Ainsi, il tentera de s'appuyer sur ses propres moyens de régulation (hypertonie, agrippement...). Ces stratégies adaptatives sont de véritables signes d'appel. *« Confronté à la défaillance parentale, le bébé fait l'expérience de soins inadaptés, source d'angoisse, d'insécurité et de désorganisation. Le bébé en bonne santé dispose de ressources pour lutter contre un environnement défavorable. Mais, celles-ci n'étant pas inépuisables, il peut développer des troubles fonctionnels, signes de sa souffrance psychique. »*⁶⁸

⁶⁸ Geneviève BRUWIER, À la rencontre des bébés en souffrance, Fabert, Yapaka.be, 2013, n°69, p 6.

Les professionnels sensibilisent alors la maman à l'observation du comportement de son nourrisson. Celle-ci peut, dans ce contexte de non jugement et de bienveillance, prendre conscience du vécu inconfortable de son bébé. Elle est alors attentive aux conseils qui lui sont donnés. La psychomotricienne lui présente ensuite différentes façons de porter son enfant afin de lui offrir un sentiment de contenance et de sécurité. Elle lui propose également de fabriquer un cocon à l'aide de couvertures pour installer Gabriel au coucher. Celui-ci peut permettre de rassurer l'enfant lorsqu'il se réveille la nuit. Par ailleurs, le pédiatre se met en lien avec le foyer maternel en vue d'apporter un soutien quotidien et cohérent à cette famille.

Lors de la deuxième consultation, Gabriel a 3 mois. On peut très vite constater l'évolution de son comportement. Le petit garçon est calme et attentif. Il observe avec intérêt son environnement. J'ai été très vite marquée par la qualité de son regard et par sa volonté à maintenir l'interaction. Gabriel prend plaisir à échanger avec ses différents interlocuteurs, il se manifeste par des vocalisations riches et communicatives. La régulation tonique est ajustée. En position assise, Gabriel maintient sa tête dans l'axe de façon stable. Il montre un réel intérêt pour les jouets qui lui sont présentés. Il apprécie la position ventrale à partir de laquelle il cherche déjà à ramper pour attraper un objet convoité. La tonicité de l'enfant est encore insuffisante pour lui permettre une telle acquisition, cependant il tentera de se mobiliser vers l'objet sans manifester de frustration.

La maman s'exprime toujours d'une façon grave et monotone. Cependant, elle peut sourire et se mettre à rire dans l'interaction avec son enfant. Lors de l'entretien, elle nous transmet les différents ajustements qu'elle a pu mobiliser suite à la première consultation. Elle cherche alors à apporter plus de contenance à son enfant dans les gestes quotidiens. Elle masse quotidiennement Gabriel pour « *détendre son corps* ». Ce massage tonique traditionnel est valorisé par les professionnels, celui-ci peut apporter à Gabriel une prise de conscience des limites corporelles. Au coucher, elle prend soin de mettre les bras du bébé à l'intérieur de la gigoteuse de façon à contenir les comportements de sursaut qui pouvaient l'angoisser auparavant. On a également pu constater un portage plus ferme et sécurisant. La maman semble avoir trouvé plus d'assurance et de confort dans les échanges avec son bébé. Autant d'éléments qui seront valorisés dans l'espace de la consultation et dans la relation avec les professionnels.

Lorsque les signes de souffrances sont repérés suffisamment tôt, les troubles observés peuvent alors être réversibles. Cependant, il est nécessaire d'offrir un accompagnement pluridisciplinaire continu et cohérent à la famille afin de soutenir le développement de l'enfant.

b. Une prévention secondaire : Noé

Noé est né le 1 juillet 2014, à 29 semaines d'aménorrhée et 3 jours, d'une grossesse gémellaire. Ces deux bébés sont suivis en consultation bidisciplinaire dans le cadre du suivi de la grande prématurité. Cependant, Noé dispose d'une surveillance particulière en raison d'anomalies neurologiques néonatales (Hémorragie Inter-Ventriculaire de grade III à droite)⁶⁹. Le petit garçon est alors suivi en hôpital de jour pour des ponctions lombaires évacuatrices bimensuelles (prélèvement du liquide céphalorachidien).

Lorsque je rencontre Noé, il est âgé de 6 mois. Il a donc un âge corrigé de 3, 5 mois. Il retrouve le binôme de professionnels pour la deuxième fois dans le cadre des consultations de suivi. Le pédiatre commence à évaluer le développement neuro-développemental du nourrisson. La psychomotricienne complétera les observations du médecin. Ces derniers cherchent à faire émerger les compétences du petit garçon aux yeux de ses parents. Ils conseilleront également ces derniers sur l'environnement à apporter à leur bébé afin de l'aider à poursuivre son développement en dépit des séquelles initiales.

Pendant l'examen on ne tiendra compte que de l'âge corrigé de l'enfant.

Motricité

Lors de la précédente consultation, il est noté une hypertonie à la fois axiale et périphérique. Ces observations ont motivé la mise en place d'un suivi en kinésithérapie une fois par semaine. On retrouve à nouveau une tonicité globale importante. Cependant, en position bouddha, l'enfant parvient à se relâcher et à poser ses deux mains ouvertes sur ses cuisses. Ainsi, la contenance offerte donne la possibilité au bébé de réguler son tonus. Le pouce adductus spontané se résout également immédiatement.

Il sera conseillé aux parents de contenir leur bébé dans tous les gestes quotidiens et lors des mobilisations. Il s'agit d'offrir à Noé un vécu corporel rassemblé dans l'enroulement qu'il ne peut obtenir de lui-même.

Posture

Lors de la manœuvre du tiré-assis, on note que le contrôle de la tête est fragile. Elle sera maintenue seulement quelques secondes dans l'axe. Les échelles de développement estiment qu'entre 2 et 4 mois, la tête peut être tenue de façon stable dans l'axe sans osciller. En tenant compte de l'âge corrigé de Noé, on peut alors rassurer la maman par rapport à cette acquisition.

⁶⁹ HIV: Saignement qui pénètre le ventricule du cerveau et empêche la circulation du liquide céphalorachidien (LCR).

En position ventrale, ce bébé ne relève pas suffisamment la tête et les épaules, il ne peut pas non plus s'appuyer sur ses avant-bras. Ces observations mettent en évidence un tonus axial insuffisant et encore immature. Comme on l'a vu précédemment, l'évolution du tonus se fait dans le sens céphalo-caudal (de la tête vers les membres) parallèlement au développement du faisceau cortico-spinal. L'augmentation du tonus axial est alors nécessaire pour le maintien de la de la tête.

En position dorsale, le retournement dos-ventre n'est pas spontané au jour de l'examen. On admet qu'un bébé peut rouler sur lui-même du dos sur le ventre aux alentours de 7 mois. Lorsque la manœuvre est guidée, le passage en position ventrale se fera plus facilement à droite. Noé peut alors retirer son bras droit resté coincé par le retournement, cela ne sera pas possible à gauche.

Préhension et coordination oculo-manuelle

D'après les échelles de développement, à 3 mois, le bébé découvre les objets présents dans la périphérie de son champ de vision. La préhension volontaire apparaît normalement vers 5 mois, l'enfant est alors capable de saisir les objets placés devant lui et peut les porter à sa bouche.

En position assise, dos contre l'examineur, Noé peut tendre son bras vers les objets présentés sur ses côtés. Il le fera prioritairement avec la main droite. Cependant, il ne peut pas faire ce mouvement lorsque l'objet lui est proposé sur la ligne médiane.

En position couchée, Noé peut saisir latéralement les objets à gauche comme à droite plus aisément. Il ne peut néanmoins les attraper dans l'axe ou les faire passer d'une main à l'autre. On peut noter que seule la main droite est mise spontanément à la bouche.

A ce stade, on ne peut pas encore parler de retard de développement psychomoteur. Les professionnels vont alors conseiller à la maman de créer un espace de jeu sur un tapis de sol pour Noé et son frère. Il s'agit ainsi d'alterner avec les moments passés dans le transat dans lequel le bébé est dans une posture figée et ne peut faire pleinement l'expérience de sa motricité.

Emmi Pickler par ses travaux montre l'intérêt d'une « **motricité libre** » pour un développement harmonieux de l'enfant. Il s'agit de laisser libre cours à tous les mouvements spontanés de l'enfant, sans lui enseigner quelque mouvement que ce soit⁷⁰. De cette façon, l'enfant va pouvoir explorer et expérimenter les potentialités de son corps, à son rythme, « *Le bébé a besoin de répéter de nombreuses fois la même structure de coordination avant que celle-ci soit installée et opératoire* »⁷¹ soulignant ainsi l'importance de la composante « *temps* » et du « *libre-agir* » dans la recherche motrice.

⁷⁰ <http://www.pikler.fr/index.php>

⁷¹ Albert COEMAN et Marie RAULIER H DE FRAHAN, De la naissance à la marche : les étapes du développement psychomoteur de l'enfant, ASBL Etoile d'herbe, Belgique, 2004, p 20.

Langage et socialisation

Au cours de la consultation, on peut remarquer que Noé se manifeste peu. Il ne vocalise pas et ses mimiques sont peu expressives. Contrairement à son frère, il se laisse mobiliser par le pédiatre sans jamais protester. Le contact visuel est souvent interrompu. Noé peut fixer intensément la lumière et quitter l'interaction.

En conclusion

Noé a tendance à compenser son manque de tonicité axiale par des mouvements en extension. Il est difficile pour lui de se regrouper seul en flexion. Or, l'équilibre entre ces mouvements est indispensable pour mettre les coordinations futures (coordination main-bouche, coordination oculo-manuelle, unification des espaces de préhension ...). Dans ces conditions, l'interaction apparaît également difficile à maintenir. Noé concentre tous ses efforts dans la façon de se *tenir* et apparaît alors peu disponible.

Il est conseillé aux parents de veiller à la posture de leur bébé (cocon, soutien tête-touque-épaule...) de façon à lui permettre d'interagir activement avec son environnement.

De la prévention à la prise en charge précoce

Suite à cette deuxième consultation, les professionnels vont proposer une alternance entre ; un suivi en kinésithérapie afin de soutenir l'évolution motrice de Noé et un suivi en psychomotricité visant à étayer ses capacités motrices au profit de la relation. Un bilan orthoptiste est également demandé afin de s'assurer des capacités visuelles de Noé.

Lors de la consultation suivante, Noé est âgé de 9 mois, soit un âge corrigé de 6,5 mois. Le retard de développement est plus franc. On peut noter un faible tonus axial, ce qui ne lui permet pas de stabiliser sa tête dans l'axe en position assise. L'extension postérieure persiste. Une sous utilisation du membre supérieur gauche est repérable. Les parents remarquent par ailleurs une tendance à mettre le poing et la main gauche en col de cygne. Cette manifestation peut signifier une éventuelle infirmité motrice cérébrale (IMC). Les espaces de préhension ne sont pas unifiés (droit, oral, gauche). Ainsi, l'enfant ne passe pas les objets d'une main à l'autre et ne les porte pas à la bouche. Les réflexes latéraux de protection ne sont pas encore en place, le retournement dos-ventre ou ventre-dos n'est pas spontané.

Cependant, dans l'interaction, les échanges de sourire sont fréquents. Il communique par des modulations de la voix ou par des petits bruits de bouche qui sont répétés et reproduits par les parents. Le regard est également moins fuyant et s'adresse davantage aux différents interlocuteurs.

A partir de cette dernière consultation, une réunion de synthèse réunissant tous les professionnels qui interviennent auprès de Noé est organisée. L'objectif est de définir un programme de soin et d'harmoniser une prise en charge précoce pluridisciplinaire.

CONCLUSION

Les interventions préventives et thérapeutiques précoces s'appuient sur le fait que le bébé est un être en construction, dépendant de son environnement. Le bébé dispose d'importantes ressources internes, mais il a besoin d'un « *environnement facilitant et suffisamment bon* » pour que ses capacités innées puissent émerger et se potentialiser.

En partant de l'hypothèse que l'environnement hospitalier peut compromettre ou perturber le développement psychocorporel des bébés vulnérables, je me suis demandé en quoi un soin en psychomotricité pourrait les accompagner et soutenir leur développement dès ces premiers temps.

L'approche psychomotrice s'attache à la globalité du sujet. Aussi, à la naissance, le nouveau-né est un être global, déjà complexe, mais dont les fonctions motrices et psychiques demeurent indifférenciées. Le bébé est ainsi considéré comme une unité psychocorporelle.

Il m'a été nécessaire d'appréhender les nombreuses compétences innées du nouveau-né et de comprendre en quoi la relation avec l'environnement jouait un rôle essentiel dans l'appropriation du corps de l'enfant. En effet, « *sans la réalité neurophysiologique qui nous offre un corps sensorimoteur à la naissance, nous n'aurions pas de psychisme organisé, tel que nous le connaissons aujourd'hui. Le corps est un passage obligé dans la construction du sujet.* »⁷²

Ces connaissances du corps et de son langage m'ont permis par la suite de repérer d'éventuels retards psychomoteurs et d'identifier les signes de détresse, de souffrances aussi bien physiques que psychiques.

Tout ceci m'a amené à mieux cerner la place du psychomotricien auprès des bébés vulnérables hospitalisés. Son attention se porte sur le vécu corporel et psychique dans l'instant de façon à prévenir des retards ou des troubles dans le devenir. Finalement, le psychomotricien cherchera à offrir au bébé un environnement proche de celui décrit par Winnicott. Il s'agira de lui apporter un environnement physique respectueux de sa maturité et de ses capacités mais également un environnement relationnel et humain au sein duquel les parents occuperont une place centrale. Pour cela, le psychomotricien accompagnera et étayera la rencontre entre les partenaires.

L'approche psychomotrice peut se concevoir comme un **soin préventif**, un soutien au développement du bébé vulnérable dans les temps de son hospitalisation et au-delà. En s'inscrivant dans une pensée pluridisciplinaire globale, elle contribue à ce que *ce bébé puisse devenir une personne...*

⁷² ROBERT. OUVRAY S., L'enfant tonique et sa mère, édition Desclée De Brouwer, 2007, p 28.

TABLE des MATIERES

REMERCIEMENTS.....	1
SOMMAIRE.....	2
INTRODUCTION.....	3

PARTIE THEORIQUE

<u>PARTIE I : Une PREVENTION PRECOCE DEVELOPPEMENTALE</u>	6
A- La prévention	6
1. Prévention : généralités.....	6
2. La psychomotricité préventive précoce.....	6
B- Une perspective développementale	8
1. Le développement : entre inné et acquis.....	8
2. La maturation du cerveau.....	8
3. Plasticité cérébrale et plasticité psychique.....	9
<u>PARTIE II : Le DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR : dans un ENVIRONNEMENT SUFFISAMMENT BON</u>	13
A- Un corps NEUROPHYSIOLOGIQUE : l'INNE	13
1. Les capacités sensorielles innées du fœtus au nouveau-né.....	14
2. Les capacités motrices innées.....	17
a. Développement du système nerveux et maturation neurologique.....	17
b. La motricité primaire du bébé.....	17
c. Les lois du développement moteur.....	21
d. Tonus, posture et « motricité libérée ».....	22
B- Un corps PSYCHOMOTEUR : l'ACQUIS	24
1. « Habiter son organisme » selon André BULLINGER.....	24
a. L'équilibre sensoritonique.....	24
b. L'axe de développement.....	27
2. L'investissement des parties et des fonctions du corps.....	29
a. La naissance.....	30
b. Le sentiment d'enveloppe : l'appui dos-regard.....	31
c. L'intégration de l'axe vertical.....	32
d. L'intégration de l'axe horizontal.....	32

<u>PARTIE III : Des SITUATIONS de VULNERABILITE</u>	35
A- Le bébé vulnérable	35
1. Définition.....	35
2. Les raisons de l'hospitalisation précoce	35
a. Naissance et prématurité.....	35
b. Souffrance neurologique néonatale.....	39
c. Les autres pathologies rencontrées.....	40
d. Les « bébés de la défaillance parentale »	40
3. Les signes précoces d'alerte : à l'écoute du corps	41
a. Prise en compte de la douleur	41
b. Le « <i>bébé seul</i> ».....	42
c. Les signes de souffrance physique ou psychique.....	43
B- Un environnement dit vulnérable	45
1. L'environnement hospitalier	45
a. Milieu physique et technique.....	45
b. Milieu humain	48
2. Un environnement réfléchi : des projets de soutien au développement.....	50
a. Le programme NIDCAP (Brazelton, Als)	50
b. Programme de soins de soutien du développement (André BULLINGER)	
.....	52
C- Une situation de vulnérabilité : les jumeaux Milena et Noah	53
<u>PARTIE IV : PSYCHOMOTRICITE et PREVENTION PRECOCE : Soutien au développement PSYCHOMOTEUR du bébé vulnérable</u>	57
A- Un psychomotricien en néonatalogie	57
1. <u>Pour qui ?</u> Les indications de soin en psychomotricité	57
2. <u>Pourquoi ?</u> Les objectifs de prise en soin en psychomotricité.....	58
a. Des objectifs communs : regards croisés	58
b. Des objectifs spécifiques	59
3. <u>Comment ?</u> Un accompagnement en quatre temps	60
a. Rencontre.....	60
b. Observation	61
c. Evaluation psychomotrice.....	62
d. Prise en soin.....	63

B-	La prévention psychomotrice en néonatalogie	63
1.	La prévention tonico-posturale.....	63
a.	Soutien au développement neuromoteur	64
b.	Soutien au développement psychomoteur	68
2.	La prévention sensori-motrice	70
a.	Corps sensoriel	70
b.	Corps moteur	75
3.	La prévention relationnelle et affective	77
C-	Les consultations de suivi dans le cadre de la prévention	79
1.	Un travail conjoint	79
a.	Le calendrier	79
b.	Les objectifs de la consultation de suivi	79
2.	De la prévention à l'intervention précoce	80
a.	Une prévention primaire : Gabriel	80
b.	Une prévention secondaire : Noé	83
	 CONCLUSION	 86
	TABLE des MATIERES.....	87
	BIBLIOGRAPHIE.....	90

BIBLIOGRAPHIE

ALONSO-BEKIER S., Du prématuré au prématurissime : la psychomotricité a de plus en plus sa place dès la néonatalogie, dans journal de Pédiatrie et de Puériculture, n°6, 2002.

BLOSSIER P., Quand on ouvre nos mains... ou aspects d'une pratique psychomotrice en service de réanimation pédiatrique, Psychomotricité : entre théorie et pratique, Paris, Editions in press, 2008, p 83-104.

BOUCHART-GODARD A., Une peau sensible, In spirale, Les cahiers du nouveau-né n°5 : l'aube des sens, Stock, 9^{ème} édition, 1980.

BRAZELTON T. B., les « points forts » : Intervention préventive de première ligne, ERES, 2004.

BRUWIER G., À la rencontre des bébés en souffrance, Fabert, Yapaka.be, 2013, n°69.

BULLINGER A., « Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement », Contraste 2/2006 (N° 25).

BULLINGER A., DELION P., « Éditorial », Contraste 1/2008 (N° 28-29), p. 5-16.

BULLINGER A., Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Toulouse, ERES « La vie de l'enfant », 2007.

COEMAN A. et DE FRAHAN M. R., De la naissance à la marche, ASBL Etoile d'herbe, Belgique, 2004.

DA PIEVE Florence, mémoire de psychomotricité ; A l'écoute du nouveau-né hospitalisé : la psychomotricité dans une unité de néonatalogie, Juin 2007.

De AJURIAGUERRA J., « L'inné et l'acquis », La psychiatrie de l'enfant, Presses Universitaires De France, vol. XVI, 1973.

De AJURIAGUERRA J., Tonus corporel et relation avec autrui, l'expérience tonique au cours de la relaxation, Revue de Médecine Psychosomatique, 1960.

DRUON C., A l'écoute du bébé prématuré, Flammarion, 2005.

DURIEUX M-P., Développement et troubles de l'enfant 0-12 mois, Fabert, Yapaka.be, 2013.

DVD : un bébé comment ça marche ? : <http://www.psychomotricitecoeman.com/publications-fr.html>

GASSIER J., Le développement psychomoteur de l'enfant, Cahier de puériculture, Édition Masson, Paris, 1990.

GAUBERTI M., Mère-enfant : à corps et à vie. Editions Masson Collection Psychothérapies Corporelles, 1993.

GAUVAIN PIQUARD A., Ces enfants trop calmes, dans *Souffrances, quel sens aujourd'hui ?*, 1992, p23-27.

GIRARD M. et GROS C., « L'installation du nouveau-né » : un enveloppement structurant, dans *Thérapie psychomotrice et recherches, S'attacher pour mieux se détacher*, 2008, n°155.

GOLSE B., *Bébés en réanimation, Naître et Renaître*, édition Odile Jacob, 2001.

GRENIER A., HERNANDORENA X., Prévention de la déformation orthopédique des hanches chez le nouveau-né à risque, *Motricité cérébrale*, 1996, n°17, p 136-157.

GUEGUEN M., site internet d'une psychomotricienne :
http://morganegueguen.free.fr/accueil_012.htm

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

HAAG G., « Hypothèses sur la structure rythmique du premier contenant », *Gruppo*, n°2, 1986.

HAMEL F., Le psychomotricien en néonatalogie, dans *Thérapie psychomotrice et recherches, Approches psychomotrices et interdisciplinaires autour du jeune enfant*, 2008, n°158.

HERNANDORENA X. « À l'aube de la motricité », *Spirale* 3/2011 (n° 59), p. 79-88.

JOLY F., « Le bébé psychomoteur Julian de Ajuriaguerra et la conception psychomotrice du développement précoce », *Sa Majesté le bébé*, Toulouse, ERES, «1001 bébés», 2007.

JOLY F., « Les signes psychomoteurs précoces de l'autisme », *Contraste* 1/2008 (N° 28-29).

JOLY-PEDESPAN L., L'expérience de consultation conjointe pédiatre et psychomotricien dans le cadre du suivi de l'enfant prématuré, *Thérapie psychomotrice et recherches*, 2009, n°158 p 56-65.

KLOECKNER A., « Les troubles du développement de l'enfant dans la perspective sensorimotrice d'A. Bullinger », *Les enjeux du développement de l'enfant et de l'adolescent*, Toulouse, ERES, «1001 et +».

KLOECKNER A., « Apports en néonatalogie de la sensorimotricité selon A. Bullinger », *Contraste* 1/2008 (N° 28-29), p. 157-178.

LALANNE Marine, mémoire de psychomotricité ; *L'espace métaphore de soi : réflexions autour de la mise en scène de la construction d'une représentation de soi avec l'espace chez les enfants autistes en psychomotricité*, Juin 2003.

LAMOUR M., *Le développement du nourrisson*, sous la direction de Roger Lécuyer, DUNOD.

LATOUR A-M., *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques*, Edition ERES, 2014.

LESAGE B., Interview de Geneviève HAAG, 2013.

MARTEL M-J et MILETTE I., *Les soins du développement, des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*, Editions du CHU Sainte-Justine, 2006.

MICHEAU Natacha, mémoire de psychomotricité ; Le psychomotricien, à la rencontre du bébé prématuré et de ses parents : Etayage de la parentalité, 2014.

MISSONNIER S., Pour une hospitalité périnatale, éditions Fabert, 2014.

NOGUES Fabienne, mémoire de psychomotricité ; Intérêt de l'action préventive et du dépistage précoce en psychomotricité auprès d'enfants âgés de 0 à 3 ans, Juin 1996.

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

PERINATALITE, site officiel de la périnatalité : <http://www.perinat-france.org/>

RICARD Séverine, mémoire de psychomotricité ; Bébés bien portés, bébés bien portant : approche psychomotrice du portage auprès du nouveau-né hospitalisé en unité de néonatalogie, 2009.

RIVIERE J., La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant, collection psychomotricité, Solal éditeur, 1999.

ROBERT OUVRAY S., Porter un enfant, c'est un savoir être, Métiers de la petite enfance, 2000, n° 59.

ROBERT. OUVRAY S., L'enfant tonique et sa mère, édition Desclée De Brouwer, 2007.

SCIALOM. P, GIROMINI F. et ALBARET J-M., Manuel d'enseignement de Psychomotricité, collection Psychomotricité, De Boeck-Solal, 2011.

SEBBE Anaël, mémoire de psychomotricité ; Quand l'histoire commence à l'hôpital... l'approche psychomotrice du corps des bébés vulnérables hospitalisés : une réflexion transdisciplinaire, Juin 2011.

SPITZ René A., De la naissance à la parole : la première année de la vie, édition PUF.

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

VASSEUR R., DELION P., *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Toulouse, ERES « 1001 bébés », 2010.

VAUCLAIR J., Développement du jeune enfant, motricité, perception, cognition, Paris, 2004.

Vidéo « Incroyables bébés ! », ARTE, 2014.