



HAL
open science

Le psychomotricien en unité néonatale acteur privilégié de l'équilibre fondamental entre développement de l'enfant prématuré et interactions précoces parentales

Emma Loubéry

► To cite this version:

Emma Loubéry. Le psychomotricien en unité néonatale acteur privilégié de l'équilibre fondamental entre développement de l'enfant prématuré et interactions précoces parentales. Sciences de l'Homme et Société. 2022. dumas-03720952

HAL Id: dumas-03720952

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03720952>

Submitted on 12 Jul 2022

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

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

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé – Institut Universitaire des Sciences de la Réadaptation

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de
Psychomotricien**

**Le psychomotricien en unité néonatale acteur privilégié de
l'équilibre fondamental entre développement de l'enfant
prématuré et interactions précoces parentales**

L'accompagnement des interactions enfant prématuré-parent

LOUBÉRY Emma

Née le 03/09/1999 à Mont-de-Marsan

Directrice de Mémoire : MICHEAU Natacha

Juin 2022

Remerciements

Ce mémoire n'aurait pu se faire sans l'accompagnement et la disponibilité de Natacha MICHEAU, psychomotricienne au sein du service de néonatalogie que je remercie vivement. Elle m'a tout au long du stage apporté son expertise et m'a permis d'acquérir une expérience précieuse pour ma future carrière professionnelle.

Je remercie également tout le personnel soignant qui m'a intégré et impliqué auprès des enfants et des parents.

Je tiens à remercier les différents maîtres de stage durant ces trois années qui me permettent d'appréhender mon début de carrière riche de savoirs.

Merci aux professeurs de l'Institut de Formation en Psychomotricité qui m'ont permis d'évoluer chaque année et d'acquérir les bases de mon métier.

Enfin je remercie mes parents, présents et bienveillants qui m'ont donné un soutien et des encouragements précieux durant mes années d'études.

Table des matières

INTRODUCTION.....	4
I. La prématurité.....	7
A) Définitions :.....	7
1) La prématurité moyenne :.....	8
2) La grande prématurité :.....	8
3) La très grande prématurité.....	9
B) Les causes.....	10
1) Le retard de croissance intra-utérin.....	10
2) L'hypertension artérielle :.....	11
3) Les hémorragies :.....	11
4) La rupture prématurée des membranes :.....	12
C) L'accueil d'un bébé prématuré.....	12
D) Naître prématurément.....	16
II. L'environnement médical.....	25
A) Le service de néonatalogie.....	25
B) Un environnement dystimulant.....	26
C) Vers une amélioration des soins : les soins de développement.....	28
D) Le programme NIDCAP.....	29
1) La théorie Synactive du développement.....	30
2) Les objectifs du NIDCAP.....	31
III. La parentalité.....	35
A) Devenir parent.....	35
1) Définition de la parentalité.....	35
2) La construction de la parentalité.....	36
B) Devenir parent prématurément.....	37
C) Les enjeux de la parentalité sur le développement psychomoteur.....	38
1) L'attachement.....	38
2) La sensibilité maternelle.....	43
3) Autres concepts de D. W. Winnicott.....	44
4) Les travaux de Wilfried Bion.....	45
D) Les interactions précoces :.....	45
1) Les interactions comportementales.....	46
2) Les interactions affectives.....	48
3) Les interactions fantasmatiques.....	49
IV. Rôle du psychomotricien.....	52
A) Les besoins du bébé.....	54
B) Les moyens du psychomotricien pour soutenir les interactions parents-bébé.....	55
1) L'information.....	55
2) Prévention posturale : le cocon.....	57
3) Soutien de la parentalité : valoriser les compétences parentales.....	62
4) Le peau à peau.....	67

5) Soutenir les transferts et les mobilisations	71
6) Le portage	72
C) La continuité du suivi de développement.....	80
1) Accompagnement de la sortie	80
2) Évaluation psychomotrice durant l’hospitalisation	81
3) Accompagnement psychomoteur après l’hospitalisation.....	83
CONCLUSION.....	90
BIBLIOGRAPHIE.....	92

INTRODUCTION

Après avoir abordé lors de mon stage de deuxième année l'accompagnement d'enfants en CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) et notamment d'enfants suivis après une naissance prématurée, j'ai souhaité approfondir mes connaissances sur l'enfant prématuré et le rôle du psychomotricien dans un service de néonatalogie.

Un enfant prématuré est un enfant né avant 37 semaines d'aménorrhée. L'enfant naît dans un univers médicalisé dystimulant qui nécessite un accompagnement individualisé tant de l'enfant que des parents affectés par cette naissance traumatique.

En France, un bébé naît prématuré toutes les 8 minutes, soit 165 naissances par jour ce qui représente 60 000 bébés prématurés par an. Cela concerne près de 8% des naissances. Ce nombre est en constante augmentation.

Le psychomotricien voit son rôle évoluer sur la prise en charge essentielle du prématuré. Il est acteur du lien précieux entre enfant et parents et ainsi participe à l'accompagnement du père et de la mère vers son enfant, un attachement précoce favorisant le développement du prématuré.

Au sein d'un service de néonatalogie, le nouveau-né prématuré encore immature a besoin de soins médicaux intenses et cela parfois pendant de nombreuses semaines. Au milieu de cet univers très médicalisé, la place du psychomotricien est centrale notamment dans le soutien postural et moteur impacté par la prématurité mais aussi dans une approche thérapeutique de bien-être du bébé et de ses parents. Avec son intervention préventive précoce, le psychomotricien s'intéresse au développement moteur, affectif et sensoriel du bébé.

Ainsi sera abordé les différents moyens d'accompagnement tels que le NIDCAP, le peau à peau ou le portage permettant de prioriser les interactions parents-enfant. En effet, depuis de nombreuses années, il est constaté que l'équilibre familiale et la relation parents enfants permet un développement affectif et cognitif primordial pour l'enfant. Une guidance parentale est essentielle pour aider les parents à surmonter la naissance prématurée.

Je me suis interrogée sur la mise en place des interactions entre les parents et leur nouveau-né dans un milieu si spécifique. L'intervention psychomotrice se place dans une globalité comprenant d'un côté le bébé naît prématurément avec sa capacité à établir du lien malgré sa convalescence, d'un autre côté, le psychomotricien accompagne les parents et soutien leurs émotions, leur vécu de la naissance et les ressources dont ils disposent qu'il valorise.

J'ai donc émis la problématique suivante : **comment le psychomotricien soutien les interactions parents - bébé prématuré au sein d'un service de néonatalogie ?**

Afin de répondre à la problématique, nous allons d'abord définir la prématurité puis nous allons présenter le service de néonatalogie et expliquer l'environnement médicalisé. Par la suite, nous traiterons de la parentalité, de l'attachement et nous finirons par aborder le rôle du psychomotricien auprès des bébés prématurés et de leurs parents. Ainsi, nous aborderons les différents moyens dont dispose le psychomotricien pour accompagner les parents et leur bébé dans leurs interactions.

La prématurité :
Définitions et présentation

I. La prématurité

A) Définitions :

La grossesse a une durée de 9 mois, le terme est entre 37 et 42 semaines de grossesse. La naissance est dite prématurée lorsqu'elle survient avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) équivalent à 8 mois de grossesse.

La durée de la grossesse est exprimée en semaines. La date de fécondation de l'ovule qui est le point de départ réel de la grossesse est généralement difficile à déterminer précisément. Les règles représentent un repère fiable du cycle féminin puisqu'une grossesse se traduit d'abord par leur disparition. Dans la terminologie médicale, l'absence de règles est appelée « aménorrhée ». Par conséquent, on détermine la durée théorique d'une grossesse en semaines d'aménorrhée.

Chez un bébé prématuré, il est important de connaître l'âge gestationnel avec le plus d'exactitude possible. En effet, il permet de déterminer le degré de maturité, les complications médicales pour lesquelles le bébé est à risque et ainsi, la façon dont il sera pris en charge par les soignants.

Nous différencions donc les bébés prématurés selon leur âge gestationnel ce qui se mesure en semaine d'aménorrhée. Nous distinguons les bébés proches de leur terme et ceux qui naissent beaucoup trop tôt, à la limite de la viabilité. L'état de santé du nouveau-né prématuré dépend de son immaturité à la naissance et nécessite l'hospitalisation en service de néonatalogie. Dans le cas d'une naissance éloignée du terme une assistance médicale intensive sera nécessaire pour l'aider à s'adapter à la vie aérienne, les risques encourus ne sont pas négligeables.

1) La prématurité moyenne :

Le début de la prématurité est la prématurité moyenne allant de 33 à 37 semaines d'aménorrhée. Le bébé est alors immature et doit terminer son développement. Dans son cerveau, les cellules achèvent leur migration finale vers le cortex cérébral.

Les risques de complications sont, de ce fait, plus faibles car ni l'intégrité neurologique ni la vie du bébé ne sont menacées.

Les poumons poursuivent leur croissance. Le bébé qui naît à cette période, peut présenter une légère immaturité respiratoire et faire quelques pauses respiratoires (apnées, bradycardies). Pourtant, à 36 SA, les poumons produisent habituellement suffisamment de surfactant pour que le bébé puisse bien respirer à la naissance. Après la naissance, cette substance aidera le bébé à respirer en gardant ses alvéoles pulmonaires ouvertes.

Le nouveau-né a besoin d'aide dès la naissance pour réguler sa température et conserver sa chaleur. Cela peut s'appliquer par le biais d'un incubateur, d'un berceau chauffant, ou grâce au peau à peau contre sa mère ou son père. Il est habituellement capable de téter ou proche d'acquiescer cette compétence. Lorsqu'un bébé naît à 35 ou 36 semaines de grossesse et qu'il se porte bien, il est le plus souvent autonome et peut rester en maternité auprès de sa mère. Il n'y a pas pour lui de conséquences importantes sur son développement résultant de sa prématurité. Vers 33 semaines, le bébé prématuré présente plusieurs risques de conserver des séquelles de sa prématurité à long terme. Les risques de rencontrer des problèmes de développement sont plus élevés que chez l'enfant né à terme.

2) La grande prématurité :

La grande prématurité se situe du début de la 28ème à la fin de la 32ème semaine d'aménorrhée. Le nouveau-né est encore en train d'accroître le nombre d'alvéoles pulmonaires et son système respiratoire n'est pas totalement opérant. Il fait ainsi des apnées ou/et des bradycardies et a souvent besoin d'un apport supplémentaire en oxygène. De ce fait, il requiert des soins initiaux relevant d'une unité de réanimation ou de soins intensifs. Il est souvent dépendant, durant une période variable, d'une assistance respiratoire.

Il est rapidement placé en incubateur car il est incapable de conserver sa chaleur. De plus, n'étant pas en mesure de s'alimenter, il reçoit pendant un certain temps, une nutrition par perfusion.

3) La très grande prématurité

On parle de très grande prématurité lorsque le bébé est né avant 28 semaines d'aménorrhée, sachant que la limite inférieure de viabilité se situe autour de la 24^{ème} semaine. À ce terme, il est toujours nécessaire de recourir à des soins de réanimation, parfois pendant de nombreuses semaines. Le risque de survenue de complications mettant en jeu la vie de l'enfant est important et il persiste pendant un moment.

Le risque de lésions neurologiques est lui aussi élevé. Le bébé n'est pas capable d'être autonome, il est alors dépendant de la technologie médicale. Il est nourri au moyen d'une hyperalimentation intraveineuse avant de pouvoir consommer du lait par sonde naso-gastrique.

Lorsque la naissance survient autour de 24-25 SA on parle d'extrême prématurité ou de prématurissime.

La grande prématurité et la très grande prématurité entraînent des soins intensifs et de la réanimation. C'est à ce moment que le pronostic vital peut être engagé. De plus, cela entraîne une séparation avec la mère.

Plus le bébé est immature, plus son poids est faible et plus sa naissance a été difficile, plus le risque de complications durant son séjour à l'hôpital et de séquelles à long terme sont importants. Pour les grands et très grand prématurés, ce risque est de 50 à 80 fois supérieur à celui encouru par un nouveau-né à terme. Le taux de mortalité augmente lui aussi en conséquence, même si de plus en plus de bébés nés à des stades gestationnels moins avancés sont sauvés.

B) Les causes

On distingue deux types de prématurité :

- La prématurité spontanée, qui est souvent la conséquence d'un travail prématuré spontané ou d'une rupture prématurée des membranes ;
- La prématurité induite, qui est décidée par l'équipe obstétricale en raison des risques pour la mère ou pour l'enfant comme dans un contexte d'hypertension artérielle sévère ou d'hémorragie maternelle ou de retard de croissance (RCIU) grave du bébé in-utero. Lorsque cela est possible, un traitement par corticoïdes est administré à la mère permettant d'accélérer le développement de certains organes de l'enfant, particulièrement les poumons.

Les facteurs pouvant mener à un accouchement prématuré sont alors multiples. Cela peut être lié à des causes gynécologiques comme les anomalies utérines, les complications de la grossesse comme le placenta praevia, le décollement placentaire, les maladies hypertensives de la grossesse, la grossesse gémellaire ou la rupture prématurée des membranes. On peut retrouver des causes médicales comme des infections maternelles, le diabète gestationnel, ou encore des causes fœtales tel que des malformations congénitales du bébé ou le retard de croissance intra-utérin. Sont également concernées les causes socio-économiques telles que l'âge de la mère, la charge de travail ou encore le tabagisme, l'alcool ou la prise de drogue durant la grossesse.

Je vais détailler 4 situations les plus courantes d'accouchement prématuré :

1) Le retard de croissance intra-utérin

Le retard de croissance intra-utérin correspond à un poids et une taille de naissance trop petit pour l'âge gestationnel. Le retard de croissance est détecté lors des échographies pendant la grossesse. Cela permet de repérer les enfants dont la croissance in utero est insuffisante, c'est-à-dire que le fœtus grandit moins vite qu'il ne devrait ou arrête de grandir.

Le retard de croissance peut être en partie lié à des anomalies de la vascularisation entre l'utérus et le placenta. Les échanges entre la mère et le fœtus ne s'effectuant plus dans de bonnes conditions, les apports nutritionnels et en oxygène deviennent insuffisants ce qui peut porter

atteinte à la santé du bébé. Dans ce contexte, les équipes médicales sont conduites à provoquer l'accouchement prématuré.

D'autres causes, comme certaines maladies du fœtus (malformations ou maladies génétiques), peuvent aggraver l'origine d'un retard de croissance intra-utérin.

2) L'hypertension artérielle :

L'hypertension artérielle de la mère est une maladie qui consiste à avoir une tension artérielle plus élevée que la normale. Il est habituel de distinguer les femmes qui ont une hypertension connue (qui existait avant la grossesse) de celles qui développent cette hypertension pour la première fois pendant la grossesse (hypertension gestationnelle).

Lorsque la femme enceinte développe une hypertension gestationnelle elle est à risque d'accoucher prématurément en cas d'aggravation de son hypertension, de retard de croissance in utero, de prééclampsie ou de décollement placentaire. Lorsque la tension artérielle dépasse 140/90, il peut y avoir présence d'albumine dans les urines. On parle alors de prééclampsie pouvant aller à l'éclampsie et causer une hémorragie cérébrale et une insuffisance rénale allant jusqu'au décès maternel. Si la mère ou son bébé sont en danger, il est nécessaire de procéder à l'accouchement.

3) Les hémorragies :

Des hémorragies peuvent également apparaître, c'est-à-dire des saignements abondants qui mettent en danger la mère et le bébé. On parle de placenta prævia qui est mal attaché, d'hématome rétro-placentaire associé ou non à une hypertension ou d'hémorragies à l'origine non identifiée. Le placenta est prævia quand il recouvre totalement ou en partie le col de l'utérus. L'utérus se contracte en provoquant parfois le décollement d'une petite surface du placenta. Il peut en résulter un saignement puisque le placenta est irrigué par des vaisseaux sanguins. Un placenta prævia devient cause de prématurité lorsque les saignements qu'il occasionne se transforment en hémorragie et mettent la vie de la future mère et du fœtus en danger. Le médecin tient compte de la sévérité de l'hémorragie ainsi que du nombre de semaines de grossesse avant de prendre la décision de faire naître un bébé avant terme.

20 à 25% des naissances prématurées sont attribuables à une décision médicale consécutive à un problème de santé de la mère ou du bébé.

4) La rupture prématurée des membranes :

La rupture prématurée des membranes est une rupture de la poche des eaux avant le terme. Cette rupture entraîne la perte de liquide amniotique qui peut être plus ou moins abondante. Quand la rupture des membranes survient prématurément le risque d'accouchement prématuré est alors très élevé. En effet, la rupture de la poche des eaux favorise les contractions utérines, et inversement les contractions de l'utérus fragilisent les membranes. De façon générale, environ 25% des accouchements prématurés surviennent après une rupture prématurée des membranes.

Le risque de prématurité est plus important lors de grossesses multiples. Environ 50% des jumeaux naissent en effet avant la 37^{ème} semaine de grossesse. Pour les triplés, le risque de naissance prématurée est proche des 100%. La présence de plusieurs fœtus cause une surdistension de l'utérus qui peut entraîner une rupture prématurée des membranes ou l'irritabilité de l'utérus et l'entrée en travail.

Souvent, on ne parvient pas à déterminer la cause. Une partie des femmes ne présente pas de facteurs de risque importants. On ignore alors ce qui a causé la rupture des membranes ou le travail préterme. Plus de la moitié des accouchements prématurés résulte donc d'un travail prématuré spontané ou idiopathique, c'est-à-dire sans cause connue bien identifiée.

C) L'accueil d'un bébé prématuré

Le nouveau-né est pris en charge par une maternité, selon son état de santé et son terme il aura un service adapté aux soins dont il a besoin. On distingue 4 types de maternités :

- La maternité de type I concerne les maternités avec un service obstétrique, sans hospitalisation néonatale.

- La maternité de type II A, avec un service obstétrique et un service de pédiatrie néonatale prenant en charge les nouveau-nés prématurés ou à terme ayant besoin d'une courte hospitalisation (34 SA et plus). Elle ne dispose pas de réanimation néonatale.
- La maternité de type II B, maternité avec un service de pédiatrie néonatale et une unité de soins intensifs prenant en charge les grossesses à risque et les menaces d'accouchement prématuré à partir de 32 semaines de grossesse.
- La maternité de type III, maternité avec un service de réanimation néonatale prenant en charge les grossesses à risque, quel que soit le terme, et accueillant les nouveau-nés qui présentent une défaillance des fonctions vitales et qui nécessitent une surveillance et des soins spécifiques. De plus elle est équipée d'une unité de réanimation pour adulte.

Mon stage se déroule au sein d'une maternité de type III.

Les bébés prématurés peuvent être accueillis dans trois types d'unité de soins. Ce sont l'unité de réanimation néonatale, l'unité de soins intensifs néonataux, et l'unité de néonatalogie.

L'unité de réanimation néonatale accueille les nouveau-nés en détresse, qui ne sont pas stables et dépendants d'une assistance respiratoire. La réanimation nécessite de rétablir les fonctions vitales, notamment sur le plan pulmonaire et cardiaque, qui sont altérées. Pendant le début de l'hospitalisation, en réanimation, le pronostic vital peut être engagé.

L'unité de soins intensifs néonataux prend en charge des nouveau-nés à risque un peu plus stables mais qui requièrent des soins complexes et une surveillance continue. Certains bébés prématurés sont directement admis aux soins intensifs après leur naissance alors que d'autres y sont admis dans un second temps après la réanimation.

L'unité de néonatalogie reçoit les nouveau-nés nécessitant des soins et une surveillance moins complexe. C'est la dernière étape avant la sortie.

Lors de l'accouchement avant le terme, sont présents le père, le médecin accoucheur, les infirmières ainsi qu'une personne compétente pour prendre le nouveau-né en charge (pédiatre par exemple). Lorsque la naissance prématurée se déroule dans un hôpital possédant un département de néonatalogie, une équipe de réanimation comprenant, un pédiatre formé aux

techniques de réanimation néonatale et une sage-femme ou une infirmière, est présente dans la salle d'accouchement. À cet effet, les indications fournies par le gynécologue-obstétricien sont importantes : si un fœtus est encore loin de son terme ou si son rythme est instable, il risque de devoir être réanimé.

Lorsqu'elle s'avère nécessaire, la réanimation s'effectue souvent dans la salle d'accouchement ou dans la salle d'opération où la césarienne a eu lieu. À sa naissance, le bébé est accueilli dans une pièce contiguë à la salle d'accouchement ou de césarienne par l'équipe médicale. Là, il reçoit les premiers soins avant d'être transféré dans le service de néonatalogie. Si le bébé est mal coloré, le médecin lui fournit immédiatement de l'oxygène par masque ou par un tube qu'il insère dans sa trachée. Le médecin lui prodigue un massage cardiaque si le cœur ne bat pas assez vite.

Dans le cas où l'état de santé du nouveau-né est stable, l'équipe médicale prend souvent le temps de le présenter à ses parents, bien enveloppé dans une couverture chauffée. Cependant, ce premier rendez-vous est écourté pour éviter que le nouveau-né ne souffre d'hypothermie. Un des principaux défis du bébé prématuré est de conserver sa température. Il ne possède que très peu de réserves pour produire de la chaleur. En effet, le bébé est immédiatement installé sur une table de naissance équipée d'un dispositif de chauffage ou dans un incubateur de transport.

Par la suite, le bébé est conduit à l'unité de soins intensifs néonatal. S'il peut le tolérer, il est souvent pesé avant d'être installé dans un incubateur. Une fois dans celui-ci, l'infirmière lui installe un moniteur cardiorespiratoire, un saturomètre, et, au besoin, un respirateur. Ce qui guide les gestes, à ce moment-là, est la capacité du nouveau-né à installer une respiration efficace lui permettant d'atteindre rapidement un niveau d'oxygénation suffisant. Dès que cet objectif est atteint, l'enfant peut être transféré dans le service de néonatalogie. Lorsque la naissance a pu se faire en maternité de niveau III (service spécialisé), le temps nécessaire à ce transfert est très bref puisque la salle de naissance et la salle de réanimation sont proches. Si la naissance s'est produite dans une maternité éloignée de l'unité de néonatalogie adaptée il faut alors organiser un transfert médicalisé avec le Samu. Ainsi quand il y a une menace d'accouchement prématuré un transfert in-utéro est à privilégier quand cela est possible.

Ce moment est difficile pour les parents ; il est souvent vécu comme un véritable « enlèvement » de leur enfant. Cela provient des deux impératifs principaux qui guident l'intervention au cours de ces premières minutes : la lutte contre le refroidissement et le maintien d'une bonne oxygénation. Il est donc rarement possible à ce moment-là pour la mère de le prendre dans ses bras, et son père ne peut l'apercevoir que quelques instants.

Le bébé est alors accueilli dans le service prenant en charge les nouveau-nés, le plus souvent dans l'unité de réanimation ou de soins intensifs. Plusieurs soignants vont s'affairer autour du bébé. Il faut simultanément l'installer confortablement, mettre en place les dispositifs de surveillance, poursuivre le réchauffement, évaluer et assister la respiration, débiter une perfusion. Cette médicalisation initiale demande au minimum deux heures. Elle permet un premier bilan qui porte essentiellement sur le niveau de maturité respiratoire de l'enfant. De plus, un prélèvement sanguin et une radiographie du thorax sont effectués.

Le père peut alors venir voir son enfant. Il peut le filmer ou le photographier. Ces premières images sont précieuses pour la mère lorsqu'elle n'est pas présente aux côtés de son bébé. Cela arrive quand elle ne peut pas se déplacer, lorsqu'elle est encore au bloc ou dans une autre maternité si elle n'a pas pu être transférée.

Enfin, il faut prendre le relais du placenta qui apportait l'ensemble des nutriments nécessaires par une perfusion. L'objectif est d'apporter les calories nécessaires à l'enfant, pour lui permettre de faire face à ses dépenses, puis par la suite, de reprendre sa croissance. Parallèlement à l'apport de nutriments par la voie veineuse, l'alimentation par voie digestive est débutée, si possible dès les premiers jours. Les quantités initiales de lait sont très faibles ; elles sont administrées par une sonde gastrique.

L'impact de la naissance prématurée sur le cerveau en développement est surveillé dès les premiers jours grâce à l'échographie transfontanellaire (ETF), qui permet de vérifier s'il existe une hémorragie. Certaines hémorragies ou lésions cérébrales appelées hémorragie péri et intraventriculaire ou leucomalacie périventriculaire nécessiteront une surveillance accrue et parfois une imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM).

D) Naître prématurément

Un bébé qui naît prématurément n'a pas encore fini son développement, ses organes ne sont pas encore matures et dépendent du niveau de prématurité du bébé. Chez le bébé prématuré, le cerveau, les poumons, le tube digestif et le canal artériel sont les quatre organes les plus fragilisés. C'est pour cela que ces bébés sont placés en unité d'hospitalisation néonatale adaptée à leur degré de développement (réanimation, soins intensifs ou néonatalogie) et qu'ils sont soignés par des spécialistes. Le développement du bébé prématuré se fera au fil du temps et ses organes deviendront peu à peu autonomes.

Plus un bébé naît loin de son terme, plus ses organes et, par conséquent, ses systèmes nerveux, cardiorespiratoires, circulatoires, immunitaires et autres sont immatures. Les complications émanant de la prématurité en période néonatale résultent toutes de cette immaturité, à l'exception de problèmes additionnels comme, par exemple, des anomalies congénitales.

Ainsi, voici quelques caractéristiques du nouveau-né prématuré :

La peau du bébé :

La peau a une fonction essentielle, sa « fonction barrière », qui régule et limite les échanges entre le milieu intérieur de l'organisme et l'extérieur. Chez ces bébés arrivés en avance, on constate une peau très fine, recouverte d'un duvet appelé lanugo. La fonction barrière de la peau est immature et donc sujette aux infections. La peau va avoir besoin d'un peu de temps pour acquérir les compétences attendues.

La peau a aussi une fonction de thermorégulation (régulation de la température) ce qui explique les fréquentes hypothermies. Ainsi le grand prématuré est très sensible au froid. La température d'une pièce bien chauffée ne lui convient pas. L'équipe médicale veille donc à le placer aussi vite que possible sur une table chauffante ou dans un incubateur pour l'aider à maintenir sa température constante. Le nouveau-né est souvent coiffé d'un petit bonnet, puisque la déperdition de chaleur se fait surtout par la tête.

La peau du nouveau-né prématuré est d'autant plus immature et perméable que l'enfant est né trop tôt.

Du fait de l'exposition à l'air, sa maturation va être accélérée et, après 2 à 3 semaines, elle va acquérir les mêmes compétences que la peau d'un nouveau-né à terme qui vient juste de naître. Elle va ensuite poursuivre sa maturation comme celle d'un enfant à terme.

⇒ Immaturité immunitaire

Cette « fonction barrière » restreinte impact les défenses immunitaires, elles-mêmes limitées car c'est la mère qui transmet les anticorps au bébé. Cette immaturité rend le bébé plus sensible aux virus et autres infections. Les gestes d'hygiène permettent de les prévenir.

L'immaturité pulmonaire

À la naissance, dès lors qu'on coupe le cordon ombilical, les poumons s'emplissent d'air et les vaisseaux pulmonaires s'ouvrent largement, permettant à la totalité du flux sanguin d'y circuler. Ils prennent ainsi le relais du placenta, c'est désormais à leur niveau que le sang se décharge de l'oxygène de l'air inspiré et se débarrasse, dans l'air expiré, du gaz carbonique produit par l'organisme.

Le travail respiratoire et les échanges gazeux sont facilités par la présence d'une substance huileuse qui tapisse l'intérieur des poumons : le surfactant. Il permet une respiration harmonieuse, sans effort, une oxygénation efficace et une élimination du gaz carbonique suffisante. Le surfactant agit en gardant en permanence un volume d'air résiduel à l'intérieur des poumons, afin qu'ils ne puissent jamais se vider complètement.

Les poumons « immatures » d'un nouveau-né prématuré ne sont pas en mesure de synthétiser ce surfactant. Il en résulte des difficultés respiratoires dès les premières heures de vie qui vont nécessiter une assistance respiratoire invasive ou non, l'enrichissement en oxygène de l'air inspiré et l'administration d'un surfactant médicamenteux délivré à l'intérieur des poumons.

La possibilité de synthétiser le surfactant apparaît, en moyenne, après la 32^{ème} semaine mais il existe une grande variabilité d'un enfant à l'autre.

⇒ Le syndrome de détresse respiratoire

Le syndrome de détresse respiratoire de l'enfant constitue le problème de santé le plus fréquemment rencontré chez les bébés prématurés. Lorsqu'un enfant naît avant terme, ses poumons sont loin d'avoir achevés leur développement. Ils sont plus petits et possèdent moins d'alvéoles pulmonaires que ceux d'un nouveau-né à terme. De plus, ces alvéoles ont du mal à rester ouvertes et à ne pas s'affaisser.

Le bébé qui présente un syndrome de détresse respiratoire léger a besoin d'un apport d'oxygène supplémentaire à l'aide d'un respirateur qui permet d'aider le bébé à respirer. La pression du mélange d'air et d'oxygène se fait en continu et maintient ainsi les alvéoles pulmonaires du bébé ouvertes, ce qui optimise son oxygénation. Le mélange d'oxygène et d'air requis pour le bébé lui est insufflé via un masque nasal ou une lunette nasale connecté à l'appareil de CPAP ou à l'aide d'une lunette nasale fixée sous le nez qui dispense le mélange.

Le bébé qui présente un syndrome de détresse respiratoire plus sévère (besoin en oxygène élevés, épisodes d'apnées-bradycardies sévères) reçoit son mélange d'oxygène et d'air à l'aide d'un respirateur par ventilation assistée. Les soignants intubent le bébé. Ils introduisent un mince tube de plastique, le tube endotrachéal, dans la trachée du bébé en passant par une narine ou par la bouche.

⇒ Les apnées du prématuré

L'apnée est un arrêt de la respiration qui se prolonge au-delà de quinze secondes. À l'exception de certaines pathologies très rares, ce phénomène est propre à l'enfant né prématurément. La majorité des grands prématurés font des apnées au cours des premières semaines de vie et rares sont ceux qui échappent à ce problème.

Les apnées apparaissent précocement dès les premiers jours de vie et dès que la respiration n'est plus assistée par une machine. Elles sont d'autant plus fréquentes que l'enfant est né précocement. Elles surviennent à un rythme élevé au cours des premières semaines, puis s'estompent progressivement pour disparaître spontanément à l'approche du terme.

Près de la moitié des bébés nés entre 29 et 33 semaines de grossesse ainsi que presque tous ceux nés à 28 semaines et moins, font des apnées durant leurs premières semaines de vie. On leur installe donc systématiquement un moniteur cardiorespiratoire qui surveille en permanence leur fréquence cardiaque et leur fréquence respiratoire. Un saturomètre contrôle le taux d'oxygène dans le sang pour prévenir les désaturations c'est-à-dire la diminution du taux d'oxygène dans le sang. En effet, les apnées et bradycardies peuvent s'accompagner de désaturation.

⇒ Immaturité du canal artériel

Le canal artériel est un vaisseau, faisant communiquer l'aorte et l'artère pulmonaire, qui existe pendant toute la vie fœtale et s'obstrue normalement, spontanément et définitivement dans les jours qui suivent la naissance. Il arrive chez le prématuré que ce vaisseau tarde à se fermer et soit responsable d'une mauvaise tolérance cardio-respiratoire (surtout chez ceux de moins de 32 semaines) et peut entraîner un reflux de sang vers les poumons. Dans ce cas, il est nécessaire de fermer médicalement ou chirurgicalement ce canal artériel.

L'immaturité du rythme cardiaque

Des ralentissements de la fréquence cardiaque, bradycardie, sont également fréquents chez le prématuré en raison de l'immaturité du système de contrôle du rythme cardiaque. En effet, le cœur est fragile et sensible à toute perturbation (manque d'oxygène, pauses respiratoires...), entraînant ces bradycardies.

Immaturité digestive

Le tube digestif n'est pas encore prêt pour ingérer et digérer les nutriments. Avant le terme de 34-35 semaines, le prématuré doit être nourri par l'intermédiaire d'une sonde en raison de l'immaturité de la coordination de la succion, de la déglutition et de la respiration.

⇒ L'alimentation

À la naissance, le nouveau-né est brutalement privé de tout apport nutritionnel. S'il est né à terme, il va naturellement très vite trouver le sein de sa mère, ou un biberon de lait lui sera proposé. Cela n'est pas possible chez le très grand prématuré. Il n'est en effet capable ni de téter ni de digérer des quantités significatives de lait. Très vite, les soignants essaient de lui proposer de petites quantités de lait, en continu, par une sonde placée dans l'estomac, appelée sonde gastrique. Progressivement, cette alimentation par voie digestive prend le pas sur l'alimentation par voie veineuse. Enfin, arrive le temps de l'apprentissage des biberons ou de l'allaitement au sein maternel, et par ailleurs, de la prise de poids.

En cas d'accouchement prématuré, le poids du nourrisson est généralement faible (1500 – 2000 grammes) ou très faible (500 – 1499 grammes). Cela s'explique car la prise de poids du fœtus, maximale au cours du 3ème trimestre, est interrompue en cas de naissance prématurée.

Immaturité du Système Nerveux Central

Le cerveau du bébé présente un développement physique important. Son volume double au cours de la première année, principalement du fait du développement de la substance grise. Il est plastique, ce qui le rend particulièrement sensible à son environnement. On note l'existence de périodes sensibles du développement entre 20 et 32 SA où les processus de la synaptogenèse et de l'apoptose neuronale s'exercent. Ces processus sont dépendants des expériences vécues par les fœtus devenus prématurés, ce qui modèle d'emblée leur architecture cérébrale.

L'immaturité du système nerveux central, responsable du développement neurologique, entraîne des difficultés de régulation des messages nerveux avec par exemple des réflexes archaïques en baisse. Les impacts peuvent se retrouver sur les plans cognitifs, moteurs, sensoriels et/ou relationnels. Les problèmes neurologiques sont alors au centre des préoccupations, la grande prématurité étant un facteur de risque de lésions neurologiques pouvant laisser des séquelles.

Cette immaturité cérébrale nécessite, surtout chez le prématuré de moins de 32 semaines d'aménorrhée, une surveillance régulière. Pour ce faire, des échographies cérébrales ou transfontanellaires sont faites régulièrement au cours du 1er mois de vie ou un électroencéphalogramme peut être effectué.

L'immaturité des sens

Le nouveau-né a vécu pendant plusieurs mois dans un milieu aqueux. Le premier sens à se développer est le toucher, puis le système vestibulaire, ensuite l'odorat, le goût puis pour finir l'ouïe et la vision.

Le bébé naît avec des compétences sensorielles présentes in utero qui continuent à s'enrichir après la naissance et qui mûrissent. Puis, dans la confrontation avec le monde extérieur et le milieu humain, ces compétences vont se développer, s'enrichir et s'unifier au fil des semaines.

Lors de la naissance prématurée ces sens en développement vont être soumis à des stimulations inadaptées assez précocement.

⇒ Le toucher

Le toucher se développe dès la 7^{ème} SA avec l'arrivée de la sensibilité au niveau de la bouche qui s'étend jusqu'à la 20^{ème} SA à l'ensemble du corps. Le système tactile comprend la perception des différentes sensations de pression, de douleur, de vibration, de température. Le toucher est un sens réflexif c'est-à-dire toucher implique « être touché ». La sensibilité tactile a donc une importance majeure dans le développement de la vie émotionnelle et relationnelle du bébé.

Le liquide amniotique enveloppe le corps du bébé de manière contenant et homogène. Le bébé qui naît prématurément perd l'enveloppement du liquide amniotique. De plus il subit de nombreuses manipulations lors des soins. Le sens du toucher est alors associé à des sensations négatives et douloureuses. Le peau à peau et le portage des parents viennent contenir l'enveloppe corporelle du bébé et le bébé éprouve alors le besoin fondamental d'être touché par ses parents.

⇒ Le vestibulaire

Le système vestibulaire détecte les mouvements de la tête dans les différents plans de l'espace. Il permet alors un contrôle de l'équilibre et du tonus musculaire.

Le fœtus reçoit des stimulations vestibulaires in utéro par les mouvements du corps de la mère et par ses propres mouvements. C'est un sens très stimulé in utéro avec les bercements dans le ventre grâce à l'environnement liquide et la possibilité de mouvements.

Le bébé est en apesanteur dans ce liquide ce qui favorise une motricité libérée, il est en mouvement suivant les déplacements de la mère. Une fois sorti du ventre, il est soumis à la gravité avec un tonus plus immature du fait de sa prématurité ce qui le contraint dans ses mouvements. De plus, les portages ne se font pas immédiatement donc il perd le bercement dont il bénéficiait dans le ventre. Le portage des parents est encore une fois une priorité pour retrouver des sensations qu'il apprécie.

⇒ Le goût

Le bébé tète le liquide amniotique en permanence dès 11 SA in utéro. Vers 13 SA le goût est fonctionnel et le fœtus est capable de différencier les 4 saveurs (salé, sucré, acide, amer).

Lors de la naissance prématurée, il perd ses expériences gustatives car l'alimentation et la médication passe par la sonde ou par une seringue dans la bouche. Ce ne sera qu'avec la mise en place de l'allaitement ou de l'alimentation par le biais de biberon qu'il retrouvera des sensations positives.

⇒ L'odorat

L'odorat est intimement lié au sens du goût. Dès la naissance, le bébé reconnaît l'odeur de sa mère et le goût du lait de sa mère, avec le réflexe de fousissement, cela permet une orientation vers le sein maternel pour téter. Le bébé reconnaît donc sa mère par son odeur, ce qui procure un effet réconfortant, et la mère reconnaît elle aussi l'odeur de son bébé. En effet, l'odorat joue un rôle important dans le processus d'attachement.

Avec sa naissance prématurée le bébé sera amené à ne plus sentir l'odeur de sa mère, à cause tout d'abord de la séparation puis de la forte odeur agressive d'antiseptique. Pour retrouver ces odeurs rassurantes et le sentiment de sécurité de l'enfant on le place en peau à peau contre sa mère. Un tissu avec l'odeur de la mère peut également être placé dans la couveuse aux côtés du bébé.

⇒ L'audition

L'audition est fonctionnelle dès 20 SA et le bébé peut réagir aux bruits vers 25 SA. Le fœtus entend les bruits du corps de sa mère (digestion, rythme cardiaque). Le système auditif permet la perception des sons de fréquences et intensités différentes. À la naissance il peut ensuite reconnaître la voix de ses parents et s'y orienter. Cela tient une part importante dans « l'accordage affectif » (Stern). Le bébé qui reconnaît la mélodie de la voix peut s'apaiser au son de celle-ci.

La fonction auditive d'un bébé prématuré est parfois encore immature. Et pourtant, le bébé prématuré doit supporter toutes sortes de bruits : ses propres pleurs qui résonnent dans l'incubateur, le moteur de l'incubateur, les alarmes, la sonnerie des téléphones, les voix du personnel soignant...

⇒ La vue

La vision est moins stimulée étant donné la faiblesse de la lumière in utero. Le système visuel permet la perception de lumières de différentes natures et différentes intensités. À la naissance le bébé ne voit pas encore bien, mais suffisamment pour accrocher les yeux quand il est à proximité, dans les bras. Vers 1 mois, il distingue la bouche pour commencer à reproduire les mimiques de ses parents. Vers 2 mois, le bébé commence à chercher du regard, ce qui permet de mettre en place la fonction de communication. Le regard de la mère sur son bébé vient le soutenir.

**Présentation du lieu de stage :
fonctionnement et aménagements**

II. L'environnement médical

A) Le service de néonatalogie

Un service de néonatalogie dispose d'une importante équipe de soignants spécialisés.

L'équipe médicale se compose de médecins pédiatres et d'internes en pédiatrie (médecins en formation) qui coordonnent les soins et les traitements préconisés à l'enfant et informent de l'évolution de son état de santé. Les pédiatres travaillent en collaboration avec des puéricultrices, des infirmières et des auxiliaires de puériculture. Elles dispensent les soins et les traitements nécessaires au bébé. Elles accueillent et accompagnent l'enfant et les parents. Elles assurent un rôle de soutien et d'information sur les soins. Des agents de service hospitaliers (ASH) chargés de l'entretien des locaux complètent l'équipe.

Ici, spécifiquement, le service bénéficie également d'un psychomotricien qui veille au confort du bébé et de la prévention posturale. Il observe avec les parents ses compétences et ses progrès. Il encourage ses interactions, sa motricité à travers des portages et mobilisations.

L'équipe bénéficie, à la demande, d'un orthophoniste qui soutient l'investissement de la sphère orale et développe les compétences nécessaires à l'autonomie alimentaire de l'enfant.

Des psychologues proposent aux parents un soutien psychologique et un accompagnement tout au long de l'hospitalisation de l'enfant. Ils sont disponibles pour soutenir les parents dans l'expression de leurs émotions et du vécu avec leur enfant. De plus, ils accompagnent les frères et sœurs du bébé lors de leur première rencontre avec lui.

Pour finir, une assistante sociale intervient à la demande des parents selon les besoins exprimés. Elle aide dans les démarches à accomplir en lien avec l'hospitalisation.

D'autres spécialistes peuvent intervenir dans la prise en charge des enfants (radiologues, cardiologues, ophtalmologues, neuro-pédiatres, endocrinologues...).

Les besoins spécifiques du nouveau-né peuvent ainsi être pris en charge très précocement. Tout cela est essentiel pour vivre au mieux la période d'hospitalisation et préparer la sortie.

En ce qui concerne le service dans lequel j'effectue mon stage, il comprend trois secteurs. Un premier secteur est appelé « petit nid », car il s'agit d'une unité de soins intensifs néonataux, de réanimation néonatale et de soins continus pédiatriques. Le deuxième secteur est une unité de soins intensifs néonataux qui compte des chambres face aux chambres de maternité pour favoriser le rapprochement mère-enfant. Le troisième secteur est celui « sur le chemin de la maison » qui est une unité de néonatalogie. Cette unité favorise l'autonomie parentale permettant aux parents de rester dormir près de leur enfant pour préparer le retour à domicile. Les bébés sont amenés à changer de chambre ou de secteur en fonction de leur évolution ou des entrées dans le service.

B) Un environnement dystimulant

Lorsque le bébé prématuré vient au monde il passe d'un milieu aquatique, sombre, où les bruits sont assourdis, à un environnement aérien, lumineux, bruyant, avec des sensations inconfortables et douloureuses durant l'hospitalisation. Sa sensorialité se développe alors trop précocement dans un milieu hospitalier en unité néonatale. Le nouveau-né est ainsi stimulé de manière inadaptée dans un environnement qu'on qualifie de dystimulant.

En effet in utero, le bébé est dans le noir donc la vue ne peut pas se développer complètement. En néonatalogie, quel que soit son terme de naissance, il va être soumis à un niveau lumineux assez important, et si on ne protège pas ses yeux, on va perturber la mise en place de cette sensorialité.

Sur le plan de l'audition, in utero le bébé entend des sons plutôt graves qui sont assourdis par le liquide amniotique et par ailleurs il entend les bruits rassurants du corps de sa mère. En néonatalogie, les sons sont au contraire assez aigus essentiellement fait de bips et de nos voix, de plus, le bébé ne bénéficie plus de tous des bruits internes rassurant de la mère.

Le toucher constitue le premier sens à se développer in utero. Le bébé est enveloppé par les parois utérines, il a une limite. Dès qu'il étend son bras, sa jambe, il va pouvoir se remettre en flexion à l'aide de ce contact. Entouré de liquide amniotique, il découvre son corps en se touchant, il suce son pouce et caresse son visage. Il agrippe son cordon et explore les limites de son territoire avec ses mains, sa tête, ses fesses, ses genoux et ses pieds. Il est bercé quand sa

mère respire, change de position ou se déplace. Il ressent les caresses et les douces pressions de son père et de sa mère à travers le ventre de celle-ci.

À la naissance, le corps du bébé prématuré présente encore des caractéristiques fœtales. Il est malgré tout palpé, manipulé et intubé. On lui place des sparadraps, on le pique, on introduit une sonde nasogastrique, etc... Ces manipulations, essentielles à sa survie et aux soins dont il a besoin, agressent son système nerveux immature. Si le bébé ne connaît que des expériences négatives dans ce domaine, il risque de développer une hypersensibilité, une aversion pour le toucher ainsi que des automatismes de défense.

Le bébé prématuré est privé des stimulations agréables de la vie intra-utérine si importantes pour son développement. Il est cependant essentiel que le toucher ne s'associe pas toujours avec stress et souffrance. Il doit aussi, comme tout autre nouveau-né, expérimenter des sensations tactiles agréables. En effet, il éprouve le besoin fondamental d'être touché par ses parents, une attention particulière et des soins adaptés sont donc mis en place comme par exemple le peau à peau (*expliqué par la suite*).

Sur le plan du goût et de l'odorat, in utero il y a l'odeur de la mère, le goût du liquide amniotique.

En néonatalogie, il y a peu de stimulation rassurante. Le nouveau-né prématuré doit soudain faire face à des odeurs fortes et désagréables comme celles de l'alcool et des désinfectants. Le personnel soignant est attentif à ouvrir les compresses d'alcool et de solution désinfectante hors de l'incubateur et frotter ses mains jusqu'au bout de l'évaporation du SHA.

Les stimulations buccales auxquelles sont soumis les prématurés sont généralement liées à l'insertion de tubes divers (intubation, sonde nasogastrique) ainsi qu'à l'administration de médicaments par voie orale. Le personnel soignant veille donc à limiter ces stimuli négatifs.

Une fois que l'on a pris conscience que l'environnement néonatal est totalement différent d'un environnement intra-utérin, qu'il est plus agressif, on va essayer de recréer une ambiance qui se rapproche de la vie intra-utérine.

C) Vers une amélioration des soins : les soins de développement

Le nouveau-né est un être compétent, social et organisé dès le début de sa vie, ce qui n'était pas vraiment pris en compte il y a quelques années. Les bébés étaient considérés comme des êtres qui ne ressentaient rien, ni douleur, ni stress, du fait de leur immaturité. Le nouveau-né prématuré est un être en développement, immature qui n'a pas fini de se développer.

De nos jours, le développement et l'amélioration des soins périnataux a permis une réduction de la mortalité et la prise en charge de nouveau-nés de plus en plus immatures.

Le développement cérébral du bébé prématuré en néonatalogie se construit grâce aux interactions entre son environnement et ses facteurs héréditaires. L'environnement dans le ventre serein et calme, permet un développement paisible et harmonieux. Quand le bébé naît prématuré, il est beaucoup sollicité, avec de nombreux soins qui le stressent. Cela peut affecter le développement du cerveau. L'environnement a donc un réel impact sur le développement de l'enfant.

L'objectif est donc de modifier les conditions dans lesquelles l'enfant prématuré est hospitalisé. Ainsi les équipes ont réduit les agressions sensorielles, les expériences douloureuses et stressantes, protègent le sommeil mais également favorisent la présence et le rôle des parents.

C'est le but de ce que l'on appelle les soins de développement. Ils regroupent un ensemble de techniques environnementales et comportementales ayant comme objectif de favoriser le développement harmonieux du nouveau-né prématuré dans ses composantes physiologiques, neurologiques, environnementales et relationnelles.

Les expériences dystimulantes précoces peuvent être la cause de difficultés physiologiques pour l'enfant.

Il est important, par exemple, d'avoir conscience de l'impact du bruit. À chaque type de bruit le bébé prématuré peut avoir une accélération de la respiration qui est suivie par une chute de la saturation et une augmentation de la pression intracrânienne. Le bruit déstabilise énormément le bébé sur le plan physiologique. De même, trop de stimulations lumineuses a un impact sur le développement, particulièrement sur les paramètres physiologiques. Cela entraîne des désaturations, des apnées, des bradycardies et surtout gêne le sommeil.

Ainsi, dans les stratégies environnementales on prête attention d'abord à la luminosité, donc à protéger ces bébés de la lumière. On utilise des couvres incubateurs et on protège surtout les yeux des enfants lorsqu'on fait des soins. Ces bébés ont aussi besoin de s'éveiller or, pour ouvrir les yeux, ils ont souvent besoin que la luminosité soit faible.

La deuxième stratégie est de protéger ces enfants du bruit notamment pour préserver leur sommeil.

L'objectif principal est donc la suppression des stimulations inutiles et ainsi le renforcement des stimulations adaptées. Pour soutenir l'enfant dans ses aptitudes et son autorégulation, il faut aussi être attentif au moment où l'on effectue les soins et les faire de façon enveloppée.

Les soins de développement sont bien plus qu'une technique, il s'agit d'une façon de penser le soin. C'est une réflexion à avoir de façon permanente.

Le soignant a un rôle d'accompagnement auprès des parents sur le chemin de la compréhension de leur enfant, de ses compétences et de ses limites. Le soutien du lien parent-enfant est réellement privilégié. Il permet de donner sa place aux parents dans une unité de soin où tout est très médicalisé et où ils sont dépendants des soignants.

Ainsi, il existe plusieurs types de soins de développement ayant pour but de favoriser le développement harmonieux du nouveau-né prématuré. Les soins de développement associent deux composantes, l'une vise à modifier l'environnement dans lequel vit l'enfant prématuré, l'autre cherche à soutenir le comportement adapté de l'enfant. Ces deux approches environnementale et comportementale doivent être intriquées.

Une autre stratégie est d'observer attentivement le bébé avant, pendant et après les soins de façon à adapter son environnement à ses capacités personnelles. Cette observation comportementale est la base du programme NIDCAP.

Au sein du service, est mis en place ce programme NIDCAP, je vais le détailler.

D) Le programme NIDCAP

Le programme NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program), signifie en français « Programme néonatal individualisé d'évaluation et de soins de

développement ». Cela veut dire prendre soin de l'enfant et de sa famille en individualisant ses pratiques.

Heidelise Als, collaboratrice de Brazelton, a poursuivi ses travaux d'observation du comportement du nouveau-né, en se focalisant sur le prématuré. A l'aide de ses nombreuses observations, elle a conceptualisé le développement du nouveau-né prématuré en formulant la « Théorie Synactive du développement ». À partir de ce modèle théorique, H. Als a imaginé un programme de soins qui prendrait en compte la réponse comportementale de chaque enfant. Ce programme appelé NIDCAP, a ensuite été évalué par des études randomisées.

1) La théorie Synactive du développement

Dans le modèle imaginé par Heidelise Als, l'enfant est envisagé comme un ensemble de sous-systèmes indépendants mais interagissant les uns avec les autres. Cinq sous-systèmes sont décrits : végétatif, moteur, veille-sommeil, attention-interaction et englobant l'ensemble, le sous-système d'auto-régulation. Ces sous-systèmes sont influencés également par l'environnement.

Dans chacun de ces sous-systèmes, elle a décrit des comportements d'approche et des comportements de retrait. Quand le bébé reçoit une stimulation adaptée à son propre niveau de développement, cela engendre des signes de bien être ce qu'on appelle des signes d'approche. À l'inverse, si la stimulation dépasse ses capacités de traitement, il répond par un comportement de retrait, signe de stress demandant ainsi l'arrêt momentané ou définitif de la stimulation. Cette stimulation peut être inadaptée car trop intense (un bruit trop fort), survenant à un moment non approprié ou d'apparition trop rapide (un soin débuté chez un enfant en sommeil, sans phase de préparation).

Il faut un équilibre entre tous ces différents sous-systèmes, si l'un est déséquilibré les autres seront déséquilibrés. Chaque système peut influencer le système voisin. Si nous prenons l'exemple d'un enfant prématuré en phase de sommeil profond, un bruit intense peut le réveiller brutalement (désorganisation de son système veille-sommeil). Il peut présenter une agitation avec extension des membres (désorganisation du système moteur) et si ses capacités d'autorégulation sont insuffisantes, une bradycardie ou une désaturation peut survenir

(désorganisation du système végétatif). À l'inverse, si le soignant ou les parents lui apporte un soutien moteur, en l'enveloppant et le soutenant de leurs mains, le nouveau-né peut stabiliser son système moteur et éviter ainsi la désorganisation végétative, et donc éviter la bradycardie.

L'observation comportementale permet une adaptation de l'environnement, de l'organisation des soins et des interactions. Elle est une source d'informations importantes pour les soignants qui pourront ainsi guider initialement les parents en les soutenant vers leur autonomie. Cette observation est un élément essentiel du programme NIDCAP. Les soins pourront se poursuivre si l'enfant manifeste des signes d'approche et donc s'il commence à montrer des signes de stress, de retrait, une pause dans les soins est requise.

Le sommeil du nouveau-né prématuré a également une place importante dans le NIDCAP. Ce sommeil dépend de l'âge gestationnel, il est le reflet de la maturation cérébrale du nouveau-né. Lorsque le bébé est en sommeil profond, le cerveau se développe le plus intensément. Il faut alors respecter les phases de sommeil du bébé et éviter de prodiguer des soins à ce moment. Lors de la somnolence, appelée la phase de transition, on peut amener le bébé à l'éveil ou le rendormir donc on peut agir sur un instant de transition. Ainsi le bébé sorti de son sommeil sera disponible. De plus, les soins sont fractionnés durant la journée pour éviter de fatiguer et stresser le bébé. Cela lui permet des moments de repos, de retour au calme.

Les soins de développement aident le bébé à retrouver une stabilité. Cette autorégulation se traduit par des stratégies développées par l'enfant pour conserver ou retrouver un état de stabilité. Cela se traduit par l'agrippement, mettre les mains à la bouche, se fléchir et se regrouper en position fœtale, avoir un appui avec les pieds, téter. Tout cela les aide à se stabiliser. Les stimulations adaptées ainsi qu'une aide apportée au bébé pour soutenir son système d'autorégulation permettent peu à peu d'obtenir une organisation de tous ces sous-systèmes.

2) Les objectifs du NIDCAP

Le NIDCAP, est un programme de soins de développement précoce (dès la naissance), intégré aux soins médicaux et infirmiers habituels, personnalisé et centré sur l'enfant et sa famille. Pour soutenir un développement ajusté, ce programme vise à diminuer les stimulations

inappropriées et nocives (la lumière, le bruit, la douleur, etc.) et à favoriser les comportements d'autorégulation par le soutien des fonctions motrices et végétatives.

Une observation détaillée du comportement de l'enfant en réponse aux stimulations de l'environnement (avant, pendant et après les soins) est réalisée. À partir de l'observation et d'une grille, l'observateur rédige un compte rendu comprenant l'histoire médicale de l'enfant, les objectifs de l'enfant et des recommandations pour les soins à venir. On agit toujours sur l'environnement, le couchage de l'enfant, les soins et l'alimentation.

Cette observation permet ainsi d'établir un programme de soins individualisé, en collaboration avec les parents, dans le but de repérer les besoins particuliers du bébé et de soutenir les stratégies qu'il développe pour rester dans un bon équilibre. Par ces observations, on peut décoder le langage du bébé pour mieux le comprendre.

Pour aller plus loin le NIDCAP est une nouvelle philosophie de soin dont le but n'est plus de centrer le soin seulement sur la tâche à accomplir mais plutôt sur la relation et l'adaptation des soins en fonction de la maturité du bébé.

L'objectif des soignants est d'améliorer le développement des bébés vulnérables, c'est une autre façon de prendre en charge le bébé qui tient compte de son environnement physique et sensoriel mais aussi de son psychisme.

L'une des actions du NIDCAP est de diminuer le nombre de procédures stressantes, ainsi que leur périodicité, afin d'éviter au bébé une surcharge de stimuli extérieurs et de manipulations inadaptées. La réduction du stress du nouveau-né prématuré, induit par son environnement de soins intensifs passe, de fait, par des soins individualisés respectant les signaux comportementaux du bébé.

On cherche ainsi à améliorer la qualité de vie du bébé hospitalisé. La création d'un environnement douillet, adapté à son âge postconceptionnel et le moins stressant possible favorise le développement de l'enfant dans ses composantes comportementales, neurologiques, relationnelles et affectives. Le programme NIDCAP veille donc à ce que le bébé, dont le système nerveux sensoriel encore immature et facilement saturé, soit soumis à une diminution des nuisances sensorielles, à des stimulations agréables adaptées à son stade de développement et à un positionnement physiologique. On accompagne le bébé pour soutenir son autorégulation et respecter ses rythmes de veille-sommeil.

Une place est également faite au soutien de l'alimentation et donc à l'accompagnement de l'allaitement maternel. Ce sont aux parents de choisir le mode d'alimentation afin qu'ils puissent participer très tôt notamment avec l'alimentation par sonde. C'est très important que les parents puissent s'impliquer et être à l'écoute car c'est un rôle fondamental des parents d'alimenter son enfant. Ils se sentent parents, et s'impliquent dans le rythme de la seringue en fonction des signes que montre le bébé. Si le bébé se tortille et qu'il grimace ils arrêtent, s'il semble apaisé, ils continuent l'alimentation. Si l'enfant fait la moue, ils peuvent proposer la sucette ou un petit doigt à téter. De plus, un soutien postural est important pendant les repas. Il faut maintenir les bras et les jambes en flexion, les mains au niveau du visage, enveloppé si besoin pour soutenir le tonus et un axe tête épaule hanche. Ils sont trop petits pour gérer leur tonus et l'alimentation les épuise. Si ce soutien postural n'est pas efficient ils n'arrivent pas à gérer le reste, ils ne peuvent pas coordonner la succion et la respiration.

Le nouveau-né est acteur de son développement et ses parents en sont des corégulateurs essentiels. La réalisation de soins en binôme aide les parents à se sentir investis d'un rôle unique, important dans l'établissement d'un système de « caregiving » (*cf théorie de l'attachement*). De plus, l'établissement d'un lien parents-enfant de bonne qualité est crucial pour le développement à long terme.

Les soins de développement se centrent sur la famille, favorisent la compréhension par les parents du comportement de leur bébé et en font des partenaires de soin dans un environnement où tout est médicalisé. Le but est de faire prendre conscience à ces parents qu'ils sont parents. Ainsi, l'objectif ultime est de créer du lien, créer de l'attachement pour que les parents prennent confiance, soutiennent leur enfant durant l'hospitalisation mais aussi pendant toute l'enfance, ce sont eux le meilleur soutien au développement.

Construction de la parentalité

III. La parentalité

A) Devenir parent

Le mot « parent » provient du latin « parere », qui signifie procurer, produire, enfanter et mettre au monde. De fait, le sens du mot parent désigne d'abord et principalement le père et la mère.

La fonction parentale est un processus qui se met en place petit à petit. Le bébé est un être en développement, dans une grande dépendance, qui ne peut vivre et grandir qu'à travers l'adulte qui va prendre soin de lui de façon adaptée.

Ce processus débute au cours de la grossesse, mais aussi bien avant, et continue pendant les premiers mois de la vie de l'enfant. Il est sous l'influence de déterminants sociaux, culturels, biologiques, psychologiques, tous en interaction les uns avec les autres.

1) Définition de la parentalité

Selon la définition du Larousse, la parentalité se résume à une fonction : « *la fonction de parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel* » (Larousse, 2000). S. Missonnier en donne une définition plus complète, il parle d'un ensemble de comportements, d'affects et de représentations du sujet en relation avec son ou ses enfants, que ceux-ci soient nés, en cours de gestation ou non encore conçus. Selon l'auteur, la parentalité n'est pas figée, il s'agit d'une longue évolution qui traverse toute la vie, indissociable de son contexte générationnel, social et culturel spécifique.

« *La parentalité peut se définir comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est à dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique. C'est un processus maturatif.* » (Lamour et Barraco (2021), p36). En effet, la parentalité se développe en répondant aux besoins vitaux comme affectifs de son enfant.

2) La construction de la parentalité

Le bébé naît d'abord dans la tête de ses parents avant même la conception. Ce vécu de la parentalité d'abord dans l'inconscient permet l'élaboration de l'identité parentale. Par la suite, elle intervient aux différentes étapes : la conception, le déroulement de la grossesse, la naissance, l'évolution de l'interaction après la naissance. Les parents vont imaginer leur enfant à naître et cela amplifie leurs rêves parentaux. Pendant la grossesse, les futurs parents se préparent à accueillir cet enfant rêvé. Les parents sont donc en train de se construire, progressivement, comme parents de cet enfant, et d'accroître avec lui des liens uniques.

Le premier trimestre ouvre sur l'état d'être enceinte qui associe la femme à un corps fécondé, habité. La modification de son propre corps est intériorisée dans le changement de la femme, qui parle le plus souvent de son état, de son ventre, sans qu'il y ait vraiment de représentation de l'enfant. Il s'agit d'accepter ces modifications corporelles et d'accepter ce corps étranger. La présence de l'enfant est alors très discrète.

Lors du deuxième trimestre commence l'attente de l'enfant. Cela se caractérise par la représentation de l'enfant dans la pensée de sa mère ainsi que par les apparitions fantasmatiques et imaginaires qui l'accompagnent. Ce trimestre est riche d'images pour la mère et le père. Dans cette période, le fœtus est examiné dans le corps de sa mère, et les explorations médicales surveillent sa santé. Le bébé imaginé, porté par les pensées de ses deux parents, accompagne le bébé réel, enveloppé dans le corps de sa mère. Puis les mouvements du fœtus commencent à devenir perceptibles par la mère. La grossesse devient visible et progressivement la mère prend réellement conscience de cette présence vivante en elle. L'enfant devient tout à fait réel, il se matérialise, et les projets se font plus précis.

C'est aussi le moment où l'homme et la femme passent de la condition de couple à celle de futurs parents. La préparation matérielle de la venue du bébé joue un rôle dans ce changement.

Le troisième trimestre correspond à l'attente d'un enfant dont on doit se séparer. Ce trimestre aborde l'acte de naissance et l'inévitable séparation des corps et des êtres. Ces derniers mois, la mise en mots et en images des deux corps séparés commence, renforçant le statut de l'enfant différent de sa mère dont il faudra se séparer. De fait, la préparation à l'accouchement est un exercice physique et aussi psychique. C'est aussi pendant ces dernières semaines que l'idée de la construction d'une famille survient pour devenir une réalité à la naissance de

l'enfant. La première expérience pour les futurs parents sera de prévoir, organiser le quotidien pour quand le bébé sera là. Ainsi, débute la perspective de devoir prendre en charge un être entièrement dépendant, et dont ils seront responsables. Les parents passent beaucoup de temps à rêver de leur nouveau rôle et à s'y préparer.

L'enfant, par ses mouvements, devient une réalité. Les parents réalisent qu'il a une vie propre, une volonté propre. Le bébé existe dans l'imaginaire de ses parents, dans leurs rêves, leur désir puis dès le début de la grossesse. Cependant, il n'existe vraiment en tant qu'être humain individualisé que lorsqu'il se manifeste par le volume du ventre maternel d'une part, et par les mouvements volontaires qu'il fait d'autre part. À ce stade de la grossesse, deux bébés existent pour la mère, l'enfant idéal correspondant à celui dont elle a toujours rêvé, l'enfant parfait, et puis l'enfant réel, qui s'agite dans son ventre. Ces deux enfants se superposent pour n'en faire qu'un dans l'esprit des parents, et c'est toujours l'enfant idéalisé.

Par la suite, la naissance est le moment de la découverte du nouveau-né. L'enfant réel va être confronté au bébé imaginaire de la grossesse et au bébé fantasmatique du désir de maternité. C'est sa présence réelle qui permet à son entourage de faire en partie le deuil de l'enfant imaginaire. La naissance représente aussi pour la mère un deuil de la plénitude de la grossesse, de la relation fusionnelle avec le fœtus, de l'enfant imaginé et, pour la femme qui accouche pour la première fois, qu'on appelle primipare, du statut de fille et d'épouse. Ainsi le bébé rend la femme mère ou l'homme père.

C'est donc en fonction d'un ensemble complexe de facteurs sociaux, culturels, psychologiques, que le nouveau-né prend sens pour les parents et que s'élabore le processus de parentalité.

B) Devenir parent prématurément

Toute naissance confronte les parents à la réalité de l'enfant venant suspendre les fantasmes qui accompagnaient la grossesse. La naissance prématurée interrompt ce processus fantasmatique qui sera souvent accompagné d'inquiétude. En effet, c'est dans les dernières semaines précédant la naissance que la mère construit les représentations de son bébé. Cette rupture dans son cheminement fantasmatique met en difficulté la mère car elle ne lui permet

plus la confrontation entre la réalité et ses rêveries. Il y a la une confrontation avec une réalité prématurée. Il manque un temps nécessaire à l'investissement de la grossesse et du bébé. Ce que la mère avait pu imaginer à propos de son enfant se trouve confronté à un enfant réel, qu'elle observe dans une couveuse, très petit et qui d'emblée doit se battre pour survivre.

En séparant le bébé de sa mère dès la naissance, on suspend un lien qui s'est tissé et qui fonde le processus d'attachement mère-enfant.

La naissance d'un enfant né prématurément, va interrompre la maturation biologique et psychique de la grossesse. Le transfert du bébé dans un service de néonatalogie entraîne un sentiment d'incapacité, d'impuissance chez les parents en renforçant leur culpabilité de ne pas avoir pu mener à terme cette grossesse. La distance physique va s'ajouter à la distance psychique, ce qui ne favorise pas la création d'interactions et la naissance du lien d'attachement.

C) Les enjeux de la parentalité sur le développement psychomoteur

1) L'attachement

John BOWLBY a théorisé la notion d'attachement qu'il définit comme un lien d'affection spécifique d'un individu à un autre. L'attachement est considéré comme un besoin primaire et inné, au même titre que les autres besoins fondamentaux de la survie. Ainsi, l'attachement est un lien affectif durable que l'enfant développe envers un adulte qui en prend soin, principalement les parents. La construction des liens entre l'enfant et sa figure parentale, répond à un besoin physiologique fondamental de proximité. Bowlby reconnaît ainsi la nécessité biologique et psychologique, pour le nourrisson, de bénéficier d'un lien d'attachement précoce continu avec sa mère (ici la mère représente la figure d'attachement principale).

Sa théorie repose sur le fait que l'attachement serait un comportement instinctif. Cette théorie est basée sur des observations cliniques, et ont ensuite été rattachées à une théorie éthologique (concernant le monde animal) développée par Konrad Lorenz selon laquelle les petits ont des prédispositions génétiques les incitant à vivre en permanence dans la proximité d'un adulte, toujours le même, qui deviendra l'objet d'une relation privilégiée.

John Bowlby a décrit ce qu'il appelle le « comportement d'attachement » : le bébé attire l'attention de sa mère et suscite, en retour, le « comportement de soins » de la part de sa mère. L'enfant qui est attaché à l'adulte essaye de stimuler l'interaction de l'adulte, et quand le parent répond bien on l'appelle le « caregiver » donc c'est vraiment celui qui donne le soin.

Ainsi certains comportements, comme les sourires et les vocalisations, sont des signaux par lesquels l'enfant signifie son désir d'entrer en interaction. D'autres, comme les pleurs, ont pour but d'inciter le parent à trouver des moyens de mettre fin à la situation. Les comportements d'approche ou de poursuite (tendre les bras, ramper, etc.) permettent à l'enfant de maintenir ou d'acquérir une certaine proximité avec l'adulte. Ces comportements ont tous pour but d'assurer la survie de l'enfant, particulièrement lorsqu'un danger se présente. Dans cette perspective, l'attachement d'un enfant envers son parent démontre son assurance que celui-ci peut le protéger et le réconforter. Si l'enfant pense que son parent peut satisfaire ses besoins, il développera un attachement sécurisant. L'attachement sera qualifié d'insécurisant si l'enfant n'a pas l'assurance que son parent sera présent et le protégera. Selon la définition de Bowlby, l'attachement s'inscrit donc dans le cadre de la relation parent-enfant et se construit grâce aux interactions entre les deux.

L'attachement se développe d'une manière progressive et continue. L'enfant apprend petit à petit, par les réponses qu'il reçoit, qu'il peut ou non compter sur son parent, et ainsi explorer son environnement avec confiance. Il se fait une représentation de la disponibilité de ses parents en cas de besoin et de l'efficacité de ces derniers à l'aider à maîtriser ses émotions. Cette représentation constitue la base de l'attachement qui est en train de s'instaurer. C'est un lien particulier qui est créé avec l'enfant. Du fait que c'est une interaction entre deux humains, elle sera différente si c'est avec d'autres humains, mais en plus l'enfant a besoin que ce soit unique et particulier, pour se sentir lui-même exister à travers ce lien-là.

Attachement et prématurité

Dans le cas d'une naissance prématurée, un certain nombre de processus favorisant la création du lien d'attachement précoce parents-enfant vont se trouver perturbés.

La première conséquence d'une naissance prématurée, ou de la naissance d'un enfant devant recevoir des soins médicaux dans une unité de néonatalogie, est la séparation avec sa mère, le plus souvent dans les minutes ou les heures qui suivent l'accouchement.

La mère va se retrouver seule en maternité, et le nouveau-né sera éloigné d'elle. Cette situation a des incidences sur l'un et sur l'autre et également sur la famille qui est en train de se construire.

Lors d'une naissance normale, l'enfant est, bien sûr, séparé de sa mère. Il n'est plus en elle, mais il reste tout près d'elle. Quand elle le prend dans ses bras, le met au sein, le soigne, ils poursuivent leur corps à corps qui est un besoin vital pour le nouveau-né.

Les rêveries et les fantasmes des derniers mois de la grossesse ont construit dans l'esprit de la mère, l'enfant imaginaire. C'est la présence permanente du bébé près de sa mère après la naissance qui lui permet de renoncer à cet enfant imaginaire pour le remplacer par l'enfant réel. L'absence physique du nouveau-né fait que l'enfant reste imaginaire car elle ne peut pas se le représenter. L'absence et l'angoisse tissent des rêves de mort, de deuil et de souffrance.

Les parents vont devoir faire des deuils qui seront d'autant plus douloureux que l'enfant ne sera présent auprès d'eux, empêchant d'atténuer les déceptions qu'entraîne inmanquablement la comparaison entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel souvent branché à des machines et d'apparence très chétif. Le nouveau-né prématuré dans sa façon de se présenter, avec un très faible poids, le matériel médicalisé, est très éloigné de la représentation que les parents avaient de façon symbolique, C. Druon parle de « l'enfant du rêve abimé ».

La grossesse interrompue de façon brutale est vécue comme une erreur, un échec, comme une incapacité de la part de la mère à assumer sa fonction maternelle. Elle est aussi vécue comme une immense déception de n'avoir pas vécu jusqu'au bout cette expérience, qui, même si elle était parfois un peu difficile, lui a permis de découvrir des sensations nouvelles. Cette perte du statut de femme enceinte avant l'heure est mal vécue par les mères. Le sentiment de culpabilité est aussi très présent à travers le fait d'avoir fait de leur bébé un prématuré et en étant en incapacité de mener la grossesse à terme.

Lorsque la grossesse s'interrompt de façon brutale, la mère n'a pas le temps de s'y préparer psychologiquement, et ressent un grand sentiment de vide et d'impuissance.

Au contraire, quand l'accouchement prématuré était attendu, redouté depuis plusieurs jours ou plusieurs semaines, elle a eu le temps de se préparer à l'idée de ne pas terminer sa grossesse, et les craintes pour la survie de l'enfant deviennent prépondérantes, mettant au second plan, les difficultés liées à la perte de la fin de la grossesse. Dans tous les cas, un premier travail de deuil est nécessaire : celui d'une grossesse idéale et facile qui aurait duré neuf mois.

Quand la naissance est vécue comme un échec, les parents sont privés de ces moments très riches, ainsi que de la reconnaissance, familiale et sociale, attachée à la naissance d'un enfant normal. Ce bébé n'est pas ressenti comme gratifiant par ses parents. L'objet de fierté devient objet de déception, de culpabilité, d'inquiétude et d'angoisse. L'idée de mort se mêle à l'idée de vie. La naissance n'est pas un soulagement mais une épreuve. Ils ne peuvent pas, en tout cas, éprouver cette reconnaissance à l'égard de leur enfant qui facilite l'éclosion des tous premiers liens d'attachement.

C'est une grande frustration pour eux d'admettre qu'ils ne peuvent pas maîtriser la situation, ils se sentent impuissants. Ils réalisent le plus souvent qu'ils vont être privés d'un sentiment de joie, de bonheur, de satisfaction, pour vivre un moment d'angoisse, d'inquiétude et de déception.

Les parents se voient aussi privés des fonctions qui sont habituellement les leurs, qui consistent à donner des soins à son enfant, le porter, le « maintenir et le contenir » selon l'expression de Winnicott.

Ce ne sont pas les parents qui vont combler les besoins de leur enfant, mais des professionnels. Quand ils pourront lui rendre visite, des obstacles matériels se dresseront entre eux, comme tout l'appareillage nécessaire à la survie du bébé qui gêne le contact direct. Les parois de l'incubateur sont l'obstacle le plus visible, mais bien des parents expriment que tous les fils et les tuyaux sont encore plus gênants. Non seulement ils éloignent physiquement l'enfant, mais ils symbolisent sa fragilité, son incapacité à vivre de façon autonome, et leur propre incapacité à subvenir à ses besoins.

Une première ébauche de liens affectifs commence à se faire au travers des nouvelles qu'ils recevront de leur bébé. La crainte qu'ils disent ressentir dans l'attente de ces nouvelles est un des premiers signes d'attachement. L'évolution médicale et biologique de leur bébé restera leur principale, et parfois unique, préoccupation tant que sa vie sera en danger.

C'est seulement dans un deuxième temps qu'ils pourront commencer à s'intéresser à leur bébé en tant que personne, observer son comportement, regarder ses réactions, tenter d'interpréter ses mouvements, ses grimaces, ses pleurs, et plus tard encore ils chercheront à provoquer eux-mêmes ses réactions.

On peut dire que l'attachement s'est construit vraiment lorsque les parents réussissent à capter l'attention de leur bébé en lui parlant, à le calmer en le berçant, à anticiper ses besoins et à imaginer les réponses adéquates, ils parlent de lui, ils le connaissent enfin.

Klaus, en 1970, a constaté que les parents d'enfants prématurés, ont ce « pattern de comportement prévisible » qui consiste à entrer en contact avec l'enfant à partir du moment où ils ont confiance en eux et dans leurs capacités, et que ce pattern de comportement débouche sur l'attachement réciproque.

L'implication des parents

Les parents deviennent des partenaires de l'équipe soignante, et même des acteurs à part entière dès que l'état de l'enfant le permet. Ils apprennent à décrypter leur bébé, savent le plus souvent deviner et prévenir ses besoins, répondre à ses attentes, et le personnel leur reconnaît cette capacité à prendre soin de leur enfant.

Le psychomotricien a une responsabilité importante : il lui incombe de limiter, autant que possible, les conséquences néfastes de la séparation précoce.

De même que le fœtus in utero préparait l'attachement de ses parents en se manifestant par ses mouvements, on a parfois l'impression que le nouveau-né dans sa couveuse, va à la rencontre de ses parents. Il se manifeste en leur présence, s'agite pour qu'ils le prennent dans les bras, pleure si on le remet dans son incubateur, ébauche des sourires, il montre ce qu'il sait faire.

De ces interactions naîtra une vraie relation, et, souvent, un attachement qui avait du mal à se faire, débutera ainsi.

Winnicott disait « *Un nouveau-né n'existe pas sans sa mère* », et quelle que soit la qualité de la prise en charge assurée par le personnel soignant, elle ne peut pas apporter

complètement à l'enfant le sentiment de sécurité de base qui lui permettra de se développer harmonieusement.

La présence continue de l'enfant près de sa mère est un facteur essentiel d'attachement. La mère apprend ainsi à décoder les signaux de son enfant, et, très vite, elle ne sera plus préoccupée que de lui, deviendra capable d'interpréter ses moindres réactions, d'anticiper ses attentes et de répondre à ses besoins.

2) La sensibilité maternelle

Lors de la grossesse se joue de nombreuses modifications physiologiques qui vont permettre à la mère de communiquer avec son bébé. Ainsi, on qualifie les premiers moments après la naissance de « période sensible ». Ce qui signifie que la mère est équipée pour percevoir les signaux de son enfant.

Pendant les premières semaines de la vie de son bébé, période de dépendance totale du nouveau-né, la mère se consacre entièrement à lui. La mère dans son interaction avec son bébé apprend à se laisser guider grâce à la « préoccupation maternelle primaire » décrite par D.W. Winnicott. Ce processus permet de s'identifier au tout-petit et d'en comprendre ses besoins pour savoir comment les satisfaire. Cette période correspond à un mécanisme d'identification régressif de la jeune mère à son bébé qui lui permet ainsi de s'adapter à ses besoins. Les mères savent donc naturellement ce qui est bon pour leur bébé. Winnicott estime que la mère joue un rôle de miroir pour l'enfant parce qu'elle a la possibilité de se mettre à la place de son nourrisson par cette préoccupation maternelle primaire.

Le bébé va pouvoir bénéficier de cette sensibilité maternelle pour donner libre cours à ses compétences cognitives et à ses capacités relationnelles.

Le bébé prématuré se montre peu actif ou entravé dans ses interactions, la qualité de la relation qui s'établit avec son parent repose principalement sur la sensibilité maternelle. La mère reconnaît les signaux émis par l'enfant, leur accorde une signification juste, offre une réponse adaptée et dans un délai approprié. Cette sensibilité parentale étant mise à mal par la naissance prématurée, il faut saisir toutes les opportunités de soutenir son développement au quotidien. De ce fait, le psychomotricien a un rôle essentiel à jouer, en accompagnant les parents

dans chaque étape du développement de cette compétence. Cela s'insère dans la démarche de soins de développement et particulièrement dans le programme NIDCAP.

3) Autres concepts de D. W. Winnicott

Winnicott aborde 3 perspectives dans lesquelles l'environnement doit intervenir pour permettre la maturation du Moi de l'enfant (= sa personnalité, son caractère) : il parle de holding, handling et object-presenting.

Le holding est la façon dont l'enfant est porté, tenu, contenu, la façon dont la mère porte l'enfant physiquement et psychologiquement. Les soins prodigués par la mère s'adaptent aux changements physiques et psychologiques de l'enfant. Le « holding » remplit vraiment une fonction de contenance, d'enveloppe. Il est un prolongement pour le bébé de la vie intra-utérine. La qualité du portage et sa régularité dans le temps donneront au bébé un sentiment de sécurité de base. Ainsi, la mère est sensible aux signaux du bébé et elle répond de manière adaptée à ses besoins. Il s'agit donc de l'ensemble des soins qui vont être donnés à l'enfant et la capacité de l'adulte qui s'en occupe (en particulier les parents) à contenir ses angoisses sur le plan physique et psychique.

Le handling correspond aux manipulations, aux soins techniques, la façon dont l'enfant va être changé, couché, comment la mère va organiser ses gestes pour le mobiliser au quotidien. Ce handling qui est actif lors du portage, lors du holding, permet au bébé de se constituer une enveloppe sur laquelle va s'étayer la constitution de ce que l'on appelle son Moi, son identité.

C'est cette qualité du holding et du handling qui permet vraiment le développement d'un sentiment de sécurité interne, peu à peu intégré.

L'objet-presenting caractérise la capacité de la mère de mettre à la disposition de son bébé l'objet au moment précis où celui-ci en a besoin, ni trop tard ni trop tôt, de telle sorte que l'enfant a le sentiment tout-puissant d'avoir créé. C'est la façon dont on va présenter le monde à l'enfant, comment on va introduire l'enfant à l'existence d'un extérieur c'est à dire comment on l'invite à découvrir le monde. Cela permet à l'enfant de prendre conscience qu'il existe quelqu'un d'autre que sa mère.

4) Les travaux de Wilfried Bion

Nous savons grâce aux travaux de Wilfried BION et de Geneviève HAAG que les pensées sont absentes chez le très jeune enfant. Les éprouvés corporels, sensitivo-moteurs sont donc impossible à mentaliser et sont vécus comme des tensions internes. En effet, le bébé va ressentir de la douleur, de l'agitation sans savoir que c'est en fait de la faim, du sommeil qu'il ressent. Ces éléments bruts que Bion nomme éléments Béta sont source d'angoisse puisque inexplicable par l'enfant. L'objet maternant, qui est mieux disposé que quiconque à comprendre ses angoisses, les pense pour son enfant et de ce fait lui renvoie l'expérience beaucoup plus satisfaisante que quelqu'un s'occupe de lui, se soucie de lui. Bion a nommé cette fonction « capacité de rêverie maternelle » dans laquelle la mère est dans une écoute empathique des états de son bébé et exerçant la fonction alpha afin d'enlever les angoisses projetées sur son enfant. Celui-ci contenu par l'appareil psychique de sa mère va progressivement pouvoir acquérir cette fonction alpha qui n'est autre qu'un appareil psychique. Il pourra ensuite transformer lui-même ses angoisses en un élément pensable et cohérent.

Le bébé rassuré sur la satisfaction de ses besoins, et les parents rassurés sur leurs compétences à être de bons parents, vont trouver un équilibre de vie fondé sur la confiance et la permanence du lien d'attachement. Celui-ci continuera à se renforcer, mais les bases en sont définitivement posées dans les semaines, voire les tous premiers mois qui suivent la naissance.

Les interactions entre les parents et le bébé se développent et seront le fondement de la dynamique familiale.

D) Les interactions précoces :

Les interactions se définissent comme l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre un nourrisson et ses différents partenaires. L'interaction est un flux de messages allant de l'un à l'autre. Parents et bébé interagissent avec leurs comportements, leurs affects, leur vie psychique.

On sait, depuis Winnicott, qu' « un bébé tout seul ça n'existe pas ». L'interaction avec le bébé ne peut prendre sens que dans la capacité de l'autre à être disponible pour recevoir les

messages de l'ordre des expressions corporelles ou émotionnelles. Le lien qui s'établit avec le bébé est totalement dépendant de la disponibilité d'autrui pour la rencontre.

C'est dans l'ensemble des interactions que va se faire le développement de la parentalité, le développement de l'enfant et l'instauration des liens précoces.

On distingue trois types d'interactions : les interactions comportementales, affectives et fantasmatiques.

1) Les interactions comportementales

Les interactions comportementales correspondent aux manières dont le comportement de l'enfant et celui de la mère (*figure parentale*) s'agencent l'un par rapport à l'autre. Lorsque la mère et son bébé vont interagir, se développe une richesse, une complexité des modalités d'échanges tant vocales, visuelles ou corporelles.

⇒ Les interactions vocales

Elles permettent de traduire les besoins et les affects du nouveau-né suscitant l'expression de ses désirs. Les cris et les pleurs sont les premiers langages du bébé. Le « cordon ombilical acoustique » (Sander et Julia, 1966) favorise le rapprochement spatial mère-bébé. Les cris du bébé déclenchent des affects intenses avec un sentiment d'urgence qui pousse la mère à mettre un terme à l'état de détresse supposé. Le bébé, par ses pleurs, déclenche l'interaction et suscite la proximité de la mère. Dans ces interactions vocales, l'importance de l'intonation signifie une manière d'entrer en relations avec le bébé.

Françoise Dolto considère que la construction psychique de l'enfant se fait au travers de la relation avec sa mère. Elle introduit la médiation par la parole en expliquant que la qualité de la relation entre une figure parentale et son bébé est renforcée si les moments forts sont « parlés » au bébé. Ces moments forts peuvent être d'intensité affective, de partage, mais aussi les moments de séparation, d'angoisses, de douleur. La parole du parent aide l'enfant à surmonter ses pleurs, à comprendre ce qui lui arrive, ce qui se passe autour de lui, l'aide à grandir, à devenir doucement indépendant. Il sera ainsi capable de comprendre seul et de trouver en lui les ressources nécessaires pour affronter les difficultés de la vie. Elle explique que les

événements douloureux survenus dans la petite enfance, ont moins de conséquences néfastes s'ils ont été accompagnés par la parole de la mère.

La voix organise et met du sens sur ce que l'enfant est en train de vivre. Ce n'est pas tellement ce qu'on lui dit qui est important mais plutôt comment on va moduler la voix. L'enfant est sensible aux vocalises, au ton de la voix, à la manière dont on s'adresse à lui. Le fait de reprendre ses mimiques, ses sons, permet de lui renvoyer ce qu'il fait.

⇒ Les interactions visuelles

Le premier besoin du nouveau-né n'est pas la nourriture ou le sein de sa mère comme on pourrait le penser. Son besoin principal est le plaisir partagé dans la rencontre, se lover contre sa mère avec les échanges d'hormones (ocytocine) et de chaleur. Le nouveau-né a besoin de la proximité à son parent. Ainsi contre son parent il peut percevoir les yeux de celui-ci et rentrer en interaction à travers cet échange de regard.

De nombreuses observations ont souligné l'importance de la mutualité du regard entre une mère et son bébé. Winnicott évoquait le rôle du miroir que joue la mère pour son bébé. Le regard mutuel permet l'intégration du visage de la mère, de ses états affectifs différents : il favorise ainsi la constitution d'une image de soi chez le nourrisson, distincte et différenciée de celle de la mère.

Ces interactions représentent les temps de regard réciproque, les véritables échanges entre les partenaires. Au cours de la tétée, dès la naissance, le nourrisson fixe le regard de sa mère. Ces interactions sont primordiales dans la construction de l'enfant.

Le nouveau-né prématuré sorti de sa convalescence peu à peu s'éveille. Il a alors cette capacité de capter le regard de l'adulte et de chercher l'interaction.

⇒ Les interactions corporelles

Ajuriaguerra parlait de « dialogues tonico-émotionnel » pour décrire les ajustements corporels. Le dialogue tonico-émotionnel est l'expression de l'émotion par le biais du tonus de la personne dans l'interaction avec l'autre. Pour Ajuriaguerra, le dialogue tonico-émotionnel

va vraiment être le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre.

Il a mis en évidence la qualité du portage, de la régulation tonique dans les interactions primaires entre le bébé et sa mère (personne qui s'occupe du bébé). Et cette qualité est vraiment primordiale pour le développement psychomoteur de l'enfant, dans ce qu'il sous-tend de sa construction, du rapport à soi, à l'espace, à l'environnement.

Lorsqu'un nouveau-né se détend dans les bras de sa mère, c'est qu'il s'y sent bien, c'est une action sur la musculature. Si la mère est tendue, pressée, en colère, le bébé et sa mère traversent des sensations négatives, cela se sent dans la tension musculaire, et le stress vécu par l'un et par l'autre interagit avec les processus cognitifs.

Le dialogue tonico-émotionnel est différent en néonatalogie en raison des changements de posture difficiles pour le prématuré entraînant souvent une désorganisation motrice.

Parmi les interactions corporelles, on retrouve également le portage qualifié de « holding » par Winnicott (*comme vu précédemment*). Les parents ajustent leur portage en fonction des besoins de l'enfant et de son développement.

Le portage en néonatalogie se fait à l'aide de l'accompagnement du psychomotricien, favorisant l'ajustement au nourrisson dans les bras (*cf partie portage*).

A la charnière des interactions comportementales et des interactions affectives prend place le domaine des comportements de tendresse mère-nourrisson : baisers, étreintes, tous les types de caresses qui jouent un rôle essentiel dans la genèse de l'attachement entre le petit et ses parents.

2) Les interactions affectives

Les interactions affectives correspondent aux influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère.

Mère et bébé vivent entourés d'affects. Au cours des premiers mois, dans le dialogue des émotions, ils vont s'accorder avec précision pour échanger dans l'harmonie. Stern parle de « l'harmonisation des affects » ou « accordage affectif » qui permet à la mère et au bébé de faire l'expérience d'une communication qui donne le sentiment d'une intimité profonde. La

mère traduit avec empathie ce qu'elle comprend de son bébé. Le bébé aura le sentiment de se sentir compris et accompagné dans ses émotions. Dans cette expérience, la mère reproduit la qualité des états affectifs de son bébé sur un autre canal sensori-moteur; par exemple, à des gestes du bébé vont correspondre des vocalises maternelles. Le parent s'imprègne de ce que l'enfant vit et y répond ou le rassure par sa voix, lui permettant de pouvoir prendre appui sur ses émotions et lui permettre de les structurer.

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

3) Les interactions fantasmatiques

Les interactions fantasmatiques correspondent aux influences réciproques de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé.

On ne peut comprendre les relations précoces qu'en incluant la vie psychique y compris dans ses couches les plus profondes, c'est à dire inconscientes. C'est pourquoi les psychanalystes, notamment LEBOVICI, ont introduit le concept d'interaction fantasmatique.

L'interaction fantasmatique donne sens à l'interaction comportementale. C'est ici que s'anime l'enfant imaginaire, produit de la rêverie durant la grossesse. C'est là que prendront valeur les projections et les anticipations parentales.

Les interactions fantasmatiques correspondent à la superposition entre l'enfant rêvé, imaginé et l'enfant réel. Il y a toujours une différence entre ce bébé rêvé et le bébé réel. Il y a naturellement un fossé mais à travers le lien, il commence à s'effacer.

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

Les interactions entre les parents et les nourrissons prématurés sont accompagnés de stress, d'anxiété et sont donc typiquement tendus. Le bébé est privé de la présence de la mère, des repères et des interactions qui l'accompagnent et qui participent à son développement (voix,

odeur, posture...). Dès le début l'équipe, selon le degré de prématurité, implique les parents dans les premiers actes quotidiens aussi souvent que possible (soins, changes...). Le psychomotricien est présent pour rétablir des échanges harmonieux et affectifs entre les parents et leur enfant, en restaurant la confiance des parents et encourageant la relation avec son bébé. Le psychomotricien favorise les initiatives qui encourage la proximité des parents et du bébé pour aider ces bébés fragiles et leurs parents à développer une synchronie plus optimale. Il facilite ainsi la mise en relation et les interactions parents-bébé à travers de nombreux moyens que nous allons détailler.

A travers les interactions avec ses parents, le bébé se sent compris et contenu. C'est au travers des interactions partagées avec ses parents que le bébé se développe. Dans le cas d'une naissance prématurée, les interactions parents-bébé sont limitées par le milieu hospitalier. Malgré l'environnement technique qui est présent dans les services de néonatalogie, les premiers échanges entre la mère et l'enfant se font par la parole, le portage, la chaleur, l'odeur, le toucher ... Le nouveau-né reçoit des stimuli diverses et émet en fonction de ses capacités, des échanges en retour.

Ainsi, il est important de soutenir la proximité entre les parents et leur enfant pour favoriser le processus d'attachement. A travers le soutien dans le développement psychomoteur de l'enfant le psychomotricien favorise l'émergence des interactions parents-bébé. Il est alors important de soutenir les parents, de les guider dans les échanges avec leur bébé.

**Les moyens du psychomotricien
pour accompagner les interactions**

IV. Rôle du psychomotricien

L'intervention psychomotrice en néonatalogie est une action thérapeutique immédiate et préventive, au service du développement et du bien-être du bébé et de ses parents. Cette intervention précoce a pour but d'optimiser le développement psychomoteur de l'enfant hospitalisé et d'éviter la survenue d'un sur-handicap. Cette approche psychomotrice est complémentaire aux soins médicaux afin que les séquelles psychomotrices liées à la naissance prématurée soient réduites au minimum.

Lors de l'hospitalisation, le nouveau-né prématuré est soumis à des contraintes physiques et psychiques. L'intervention précoce en psychomotricité a pour principal but de prévenir l'apparition de troubles pouvant entraver le développement psychomoteur du bébé.

La première rencontre avec les parents se passe dans la chambre de l'enfant autour de l'incubateur ou du berceau. Le cadre thérapeutique de nos interventions est particulier dans cet univers très médicalisé. L'objectif est de mettre des mots sur les compétences du bébé prématuré devant les parents qui découvrent ainsi des aptitudes de leur bébé.

Le psychomotricien explique aux parents qu'il est attentif au confort de leur enfant, à son éveil et à son bon développement psychomoteur du fait de sa naissance prématurée. Il est également là pour répondre aux questions des parents concernant le développement psychomoteur et en donner des repères.

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

Lors de cette première rencontre, le psychomotricien interroge les parents sur ce qu'ils observent de leur enfant. Il cherche à savoir s'ils estiment qu'il a fait des progrès depuis sa naissance tant au niveau de son éveil ou encore de sa motricité. Les questions seront aussi orientées sur le ressenti des parents lorsqu'ils s'occupent de leur enfant. Ces échanges

permettent de faire émerger les interrogations et les inquiétudes des parents et d'organiser avec eux la rencontre de leur bébé.

Le psychomotricien apporte une vision globale de l'enfant, de sa motricité, de son psychisme et de ses interactions.

Le psychomotricien s'inscrit dans une approche psycho-corporelle, ainsi, il est garant du soutien postural du bébé. Il impulse une réflexion commune avec les parents et le personnel autour du confort et de l'éveil de l'enfant, en tenant compte de son développement neuromoteur. Le bébé s'exprime par son corps, son regard, sa posture, ses gestes, de fait, une observation attentive voire répétitive de l'enfant et des interactions avec les parents est primordiale. C'est à travers ce qu'exprime le bébé, en observant le langage corporel du bébé que l'on peut étayer les parents et les liens parents-bébé.

L'observation des capacités interactives du bébé rend présent l'enfant comme partenaire actif. Il s'agit d'observer ensemble la motricité du bébé et de mettre du sens en expliquant les signes de stress, de retrait et les signes de bien-être, d'approche. Selon la théorie synactive (*vu précédemment*), une stimulation inadaptée provoque des signes de stress qui se manifestent notamment par une hypertonicité corporelle et des mouvements saccadés chez le bébé prématuré. À l'inverse, une stimulation adaptée entraîne des signes d'approche visibles dans des mouvements harmonieux et détendus. Le fait de mieux comprendre l'organisation sensorielle et relationnelle du bébé aide les parents à consolider les liens d'attachement. En tant que psychomotricien, on agit dans la globalité et la continuité des soins de développement et la théorie synactive.

Le psychomotricien est comme un « interprète » du langage tonico-émotionnel du bébé auprès de ses parents pour les étayer dans leur accordage. Les parents se sentent souvent mis à l'écart, impuissants et incapables de prodiguer les soins maternant d'où la nécessité de valoriser les parents dans leurs compétences et de leur redonner leur rôle. Le fait de mettre du sens et de pointer les capacités relationnelles, motrices et les progrès de l'enfant aide les parents dans leur processus de parentalisation et leurs capacités parentales et aide la rencontre et les liens entre les parents et le bébé.

Le psychomotricien accompagne les parents pour les rendre de plus en plus actifs et autonomes dans la compréhension du comportement de leur enfant et de leurs actions auprès de lui. Un parent qui comprend mieux les besoins et les réactions de son bébé pourra s'ajuster à lui. Il

s'agit d'amener le parent à être co-régulateur de l'enfant, à être un appui pour l'aider à se réorganiser face à une situation stressante ou douloureuse qui dépasse ses capacités d'autorégulation et d'auto-apaisement.

A) Les besoins du bébé

In utéro, le bébé est enveloppé par le liquide amniotique et contenu par les parois utérines. Ainsi, la flexion de l'axe du corps et des membres est favorisée physiquement par l'enveloppe utérine et activement par les contractions utérines réflexes. Lors des appuis du fœtus sur l'enceinte utérine elle se contracte ce qui favorise le retour en flexion des membres inférieurs. Au fil des semaines, le fœtus, de plus en plus à l'étroit, adopte une position de flexion physiologique en enroulement de l'axe et du corps. Ainsi ramassé sur lui-même, il se sent en sécurité, ce qui l'aide à s'organiser.

Le bébé prématuré présente une immaturité au niveau du tonus ne lui permettant pas de se mouvoir et ainsi de retrouver la position fœtale de flexion et d'enroulement nécessaire à sa maturation neurologique. Du fait qu'il soit né trop tôt il n'a pas eu cette contenance en flexion in-utero suffisamment longtemps. Il arrive brusquement dans un milieu où il est soumis à la pesanteur qui tend à l'écraser. Par ailleurs, le prématuré a perdu l'enveloppe utérine qui contenait activement sa motricité en extension et passivement sa posture fléchie. Du fait de son tonus insuffisant, il développe alors un schème en extension, contraire à son développement neuromoteur.

Le positionnement en flexion et les stimulations ajustées aux capacités d'expression et d'organisation du bébé prématuré font partie intégrante de l'accompagnement vers un éveil progressif du bébé. Cet accompagnement, qui soutient les compétences de l'enfant, revêt un rôle organisateur pour l'enfant.

Le bébé prématuré, lors de l'hospitalisation, a besoin de retrouver sa position fœtale pour continuer de se développer. Il s'agit alors d'offrir à l'enfant la possibilité de s'apaiser par lui-même en s'appuyant sur son milieu pour retrouver un état d'éveil calme et attentif permettant l'échange.

Par ailleurs, au niveau corporel, le nouveau-né prématuré soumis trop précocement à la pesanteur est fortement à risque de développer des postures pathologiques ainsi qu'une motricité réflexe involontaire exacerbée. Il présente également des capacités interactionnelles fragiles : il répond plus difficilement et moins activement que les bébés nés à terme.

B) Les moyens du psychomotricien pour soutenir les interactions parents-bébé

1) L'information

Le psychomotricien se présente dans un premier temps aux parents, expliquant son rôle au sein du service. Par la suite, il donne de précieuses informations sur la singularité de la prématurité et sur les compétences du bébé.

Il ne s'agit pas de donner des conseils mais d'informer les parents des besoins du bébé pour qu'ils intègrent mieux pourquoi on propose les choses.

Par exemple, si on dit aux parents de regrouper leur bébé, on explique alors la particularité des bébés nés avant le terme. Comme on l'a expliqué précédemment le bébé était enroulé in-utero en position fœtale et ainsi il a besoin de retrouver cette flexion pour éviter qu'il se tendent en hyperextension ou à l'inverse qu'il reste allongé sans tonus, sans soutien, tout mou car il n'a plus de force. Le tonus étant difficile à réguler du fait de leur immaturité, il faut le soutenir et les regrouper. Ils doivent retrouver un soutien pour s'apaiser, se sentir en sécurité et pour les aider à se développer.

En expliquant les choses, les parents intègrent plus facilement les besoins de leur bébé et l'importance de leur soutien, ils comprennent ce qu'ils peuvent lui apporter. On implique d'autant plus les parents.

Observation des compétences de l'enfant

« Qu'est-ce qu'on observe ? », les parents souvent nous demandent comment savoir si le bébé va bien, comment le comprendre. Ils seront, dans un premier temps, focalisés sur le scope, regardant ses constantes et donc se basant sur des chiffres pour savoir comment se porte

leur enfant. En effet, sur le plan physiologique il se passe beaucoup de choses, les scopes qui sonnent sont impressionnants pour les parents et restent une grande source d'inquiétude. Il faut regarder son bébé pour le comprendre et ne plus être rivé sur le scope.

En psychomotricité on regarde aussi la régulation tonico-émotionnelle avec toutes les transitions et tous les ajustements posturaux qu'elle requiert. Cela sera la clé d'une interaction de qualité du bébé avec son environnement. En accompagnant un parent à repérer les situations et/ou moments où l'enfant se désorganise représente une voie vers la régulation tonico-émotionnelle qui, pour le bébé, passe encore par l'autre. Ainsi, les parents sont également incités à se détacher progressivement des préoccupations médicales et quotidiennes pour investir pleinement et de plus en plus sereinement la construction d'une relation précoce de qualité.

On vient voir Paul et ses parents : en discutant avec eux on observe qu'il désature un peu. Il réagit au son de nos voix, puis ses constantes reviennent. Les parents simultanément font part de leur inquiétude. Le psychomotricien montre les signes de bien-être présents, sa bouche est en « O », ses mains sont rassemblées vers son visage, il se regroupe. Il va bouger un peu sa main avec une belle ouverture et des doigts déliés et la mettre sur son visage. Le psychomotricien le souligne et parle de mouvement harmonieux. Ses mouvements sont fluides montrant qu'il a une bonne régulation tonique, qu'il est capable de se regrouper et de s'apaiser, et donc qu'il n'a pas de dysrégulation de son système végétatif. Le psychomotricien pointe vraiment du doigt toutes les compétences du bébé devant les parents. A cela ils répondent « il se cache » en souriant. On montre une autre facette de leur bébé, une autre façon de l'observer pour mieux le comprendre.

Lorsque le bébé est gêné par un bruit, la lumière, au niveau digestif, au niveau de la respiration... il manifeste des signes de stress qui peuvent être observés comme pleurs, des apnées, des sursauts, des mouvements brusques et soudains des bras et/ ou des jambes, des trémulations, etc. Au niveau du tonus on peut visualiser des états de tension, une hypertonie d'appel, le corps du bébé est raide, rigide suite à cet inconfort. A l'inverse une hypotonie peut également être observée : le corps du bébé est mou, en totalité ou partiellement, souvent signe d'épuisement quand le bébé n'a plus de force. Au niveau de la posture, le bébé peut avoir une extension des membres, à la recherche d'appui. Cela s'accompagne fréquemment d'un

écartement des doigts et des orteils. Il peut présenter un dos arqué, le bébé se cambre, rejette sa tête en arrière, des mouvements de tortillements, mouvements de contorsion du corps, des mouvements désordonnés. Ils peuvent s'accompagner de secousses. En effet, si le nouveau-né prématuré n'a pas encore la capacité suffisante pour gérer les stimuli de son environnement, il émet des comportements de stress.

Le psychomotricien met des mots sur ce que l'enfant est en train de faire, et sur les appuis qu'on offre au bébé pour qu'il montre ses compétences. La traduction de la motilité de l'enfant donne des repères aux parents pour qu'ils communiquent dans une langue commune : c'est le dialogue du corps.

2) Prévention posturale : le cocon

Autrefois, les bébés prématurés étaient placés sur le dos ou sur le ventre sans aucun soutien. Ils adoptaient rapidement la position dite de « grenouille écrasée ». Leurs bras étaient ouverts en chandelier, leurs hanches et leurs genoux, trop écartés, s'écrasaient sur le matelas sous l'effet de la pesanteur. Les cuisses, genoux, pieds étaient en complète rotation externe et les genoux remontaient sur le côté du corps jusqu'aux hanches. Le bassin reposait ainsi à plat sur le matelas. Ils partaient en position en opisthotonos, c'est une contraction généralisée des muscles extenseurs. La tête était alors rejetée en arrière, l'extension axiale était privilégiée à l'enroulement. L'hypotonie et l'absence de mouvement plus ou moins prolongée favorisent l'apparition de raccourcissement d'origine posturale.

Malgré des efforts qui leur demandaient beaucoup d'énergie, les bébés ne possédaient ni la maturité ni le tonus musculaire nécessaires pour contrer la gravité et retrouver leur position fœtale. Cette posture s'avérait très inconfortable. De plus, cette position entraînait des déformations comme le raccourcissement de divers muscles et tendons, le développement anormal de la tête fémorale et s'avérait délétère pour le développement psychomoteur.

Une installation non adaptée et peu soutenante peut être à l'origine de mouvements d'extension et d'agitation entravant le développement d'une motricité en flexion et des stratégies d'autorégulation.

On observe chez ces bébés une désorganisation avec des attitudes posturales en hyperextension ou une attitude préférentielle de la tête vers un côté ce qui désorganise leur développement moteur et interactif. En observant les mouvements et les postures on peut détecter précocement les défaillances dans le tonus et les asymétries posturales.

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

Désormais, dans le service on ne tolère plus qu'ils restent couchés en « grenouille écrasée », aplatis de toute leur longueur dans les couveuses. Grenier a dénoncé le caractère douloureux et délétère de cette position vicieuse et propose des mesures orthopédiques simple qui permettent le soutien de tout le corps de ces enfants en position physiologique se rapprochant de la position des nouveau-nés à terme et bien portants.

Les études ont prouvé qu'un bébé prématuré se développe beaucoup mieux lorsqu'il est confortablement installé dans une position physiologique. Un bébé bien positionné est un bébé prêt à interagir avec son environnement. Il sera alors beaucoup plus confortable, apaisé et surtout disponible pour entrer en communication avec son entourage. Il pourra alors se détendre et être libre de ses mouvements.

Pour prévenir ce maintien postural, le psychomotricien et l'ensemble des soignants vont utiliser le « cocon » en vue de favoriser un développement harmonieux et fonctionnel des fonctions psychomotrices du bébé. Ce support est en forme de boudin, comme un nid composé d'une partie supérieure plus étroite pour contenir la tête et d'une autre plus large pour le bassin.

Au sein du cocon on maintient un enroulement en flexion du bassin, les bras et les jambes sont regroupés également. Les pieds sont soutenus pour éviter l'hyperextension des jambes. L'axe vertébral et la tête de l'enfant sont maintenus en enroulement, permettant à l'enfant de ramener ses mains à sa bouche. L'important est que le bébé soit contenu et maintenu par ce dernier.

Ainsi l'une des priorités est de soutenir le bassin enroulé pour permettre un relâchement des membres supérieurs pouvant se mobiliser plus aisément vers l'axe corporel et la bouche.

Cela permet également de libérer le tonus pour que le bébé puisse commencer à s'éveiller et à interagir. Le travail autour de la posture de l'enfant peut être défini comme un moyen de placer le nourrisson dans son monde de manière confortable pour le rendre disponible à son environnement. Cela facilite les soins et favorise la mise en place d'une bonne relation, l'enfant étant plus réceptif à son environnement.

Ainsi, précocement, le soutien postural doit être apporté au repos dans l'incubateur, mais également lors des soins, et lors de toute autre interaction corporelle avec son parent ou le professionnel en contact avec les nouveau-nés. Cette prévention posturale doit être un fil conducteur dans la prise en soin durant toute l'hospitalisation.

Si, aujourd'hui les soignants savent comment installer un enfant dans son cocon, ils peuvent, lorsqu'ils en ressentent le besoin, demander au psychomotricien d'intervenir. Ce dernier observe alors le bébé pour lui proposer le dispositif le plus adéquat.

Les bénéfices du positionnement sont nombreux. Il favorise notamment un développement harmonieux du système musculosquelettique, une meilleure digestion, un sommeil de meilleure qualité. De plus, il permet d'éviter ou corriger les risques de torticolis ou de déformation crânienne (la plagiocéphalie positionnelle principalement) entretenus par une position asymétrique de la tête, la prévention d'attitudes préférentielles de la tête pour un côté, des déformations articulaires et des anomalies motrices. On permet ainsi d'éviter la douleur, le stress et des effets délétères sur le développement psychomoteur en favorisant une bonne position physiologique. Le schéma d'enroulement améliore le travail des abdominaux, du diaphragme, de la respiration, diminue le reflux (l'hyperextension le majore).

La posture enroulée de l'axe du corps est particulièrement bénéfique car elle évite les raccourcissements des muscles extenseurs et donc les attitudes en arc de cercle postérieur fréquemment rencontrées en post-réanimation ou après une longue hospitalisation.

Le positionnement est personnalisé en fonction des préférences de l'enfant, de son état clinique, de la contrainte technique (sonde, cathéter...), en alternant en position dorsale, ventrale et latérale. La posture regroupée assure un confort corporel au nourrisson. La sensation de contenance et de sécurité de base, maintenu ainsi dans le cocon, renforce la notion d'enveloppe et de limite corporelle. Cela encourage le développement de la connaissance du corps et permet au bébé de s'apaiser plus rapidement lorsqu'un événement vient le désorganiser. La prévention posturale diminue donc le stress de l'hospitalisation.

Par ailleurs, soutenue et soulagée de la pesanteur, la motricité spontanée du bébé est favorisée. L'enfant semble plus détendu, plus disponible ce qui renvoie une image positive aux parents. Ainsi le cocon encourage et augmente les interactions entre le nourrisson et son environnement, en particulier ses parents. Dans une posture confortable, l'enfant est disponible à la relation, et invite les parents à entrer en interaction avec lui.

Cette technique insuffle à l'enfant d'explorer son propre visage et sa bouche par ses mains. L'exploration de la bouche soutient le développement de l'oralité importante pour l'alimentation. En effet, les expériences autour de la bouche commencent in-utero, le bébé tète en permanence le liquide amniotique et commence à sucer son pouce. Pour Bullinger, la zone orale est la première exploration. Au sein de cet espace, on relèvera que l'activité orale (exploration, succion, déglutition) est déjà présente. Cette activité instrumentale exercée in utero va se révéler cruciale après la naissance. Au moment de la naissance, c'est l'espace oral qui va être investi.

L'utilisation d'un cocon permet donc à l'enfant prématuré de réguler son activité motrice spontanée au repos et de diminuer l'expression de stress lors des actes infirmiers comme le changement de couche. L'enroulement du corps procure au bébé un confort optimal d'apaisement et le rassure par une posture en flexion proche de celle qu'il avait in utero.

Dans les cocons, les plus petits, les grands prématurés sont positionnés sur le côté ou sur le ventre totalement en flexion enveloppé. Ils sont regroupés au maximum pour répondre à leurs besoins. Par la suite quand ils se rapprochent du terme et pour ceux plus grands on leur offre une ouverture pour qu'ils puissent se mobiliser et qu'ils commencent leurs explorations de l'environnement.

Bullinger a développé la « position asymétrique », c'est une posture couchée légèrement sur le côté de 3/4, avec un alignement tête tronc, bassin et dos enroulé. On ouvre un peu le cocon, pour permettre au bébé de se mouvoir et de commencer à explorer son environnement car il sera en capacité de se remettre en flexion seul en cas d'inconfort.

Ainsi cette ouverture vers l'environnement aide le bébé à focaliser son attention vers quelque chose qui l'intéresse (parents, voix, doudou...), et facilite l'interaction avec le parent. Le soutien de l'axe tête bassin en posture asymétrique favorise l'émergence des mouvements des membres, ainsi que les mouvements mains bouche. Il favorise la motricité spontanée du

bébé et facilite la relation, le bébé est plus ouvert sur le milieu environnemental, peut se tourner progressivement vers les espaces gauche et droit. La posture asymétrique est prise dans un schéma global de développement du bébé. Elle a un impact important au niveau neuro-développemental, psychique et relationnel.

Les parents vont également peu à peu apprendre à bien positionner leur bébé. À partir de son positionnement, nécessaire pour la prévention des postures pathologiques, les parents seront amenés à modifier leurs représentations de la fragilité de leur enfant. Cela permet de toucher son bébé, pouvoir envisager de le prendre dans les bras, pouvoir pratiquer tous les gestes communément destinés aux parents. Cette étape est importante pour ces parents en néonatalogie faisant face à la fragilité et l'étrangeté de leur bébé et à toutes les angoisses suscitées par cette situation d'hospitalisation.

C'est aussi permettre aux parents de prendre de l'assurance à leur rythme : prendre leur enfant dans les bras si c'est possible et le réinstaller seuls lorsqu'ils le souhaitent. Par ce geste rendu possible, c'est assurer à ce bébé la possibilité d'un lien d'attachement privilégié stable et sécurisant, permettre à ses parents de rétablir par ce lien corporel une place perdue par la séparation traumatique initiale. En soutenant ces parents dans leur autonomie, les soignants prennent soin du bébé mais aussi des parents dans leur fonction parentale impactée.

Il s'agit de les aider à comprendre la nécessité du positionnement de leur enfant prématuré, comprendre l'accompagnement de l'enfant dans son développement par le soutien postural. Mais c'est aussi, et surtout, percevoir dans la réalité la place prépondérante qui est la leur dans la connaissance de leur enfant, la place unique qu'ils peuvent prendre progressivement dans un soin adapté au plus près des besoins de leur bébé.

⇒ L'enveloppement

Une fois positionné dans son cocon en flexion de l'axe du corps, les bras et les jambes en flexion, et les mains ramenées vers son visage, le bébé est enveloppé par des langes. L'enveloppement est très efficace pour maintenir une protection sécurisante autour de lui.

En outre, l'enveloppement favorise le sommeil, améliore le développement neuromusculaire et diminue la détresse physiologique en permettant une meilleure autorégulation des enfants nés avant terme. Il permet également de réduire les pleurs chez les enfants irritables.

L'enveloppement associé à une routine de soins diminue rapidement la durée des pleurs et favorise les phases d'éveil calme chez les bébés présentant des pleurs excessifs.

Donc l'enveloppement limite la désorganisation du bébé. Il est utilisé lors du couchage, mais aussi sur la balance notamment pour éviter que le bébé se désorganise. Il est également utilisé dans le bain (bains enveloppés) pour ne pas perdre les limites, aider les bébés à ne pas se déstabiliser. Cela se fait principalement à l'aide de langes. Une meilleure organisation motrice et une meilleure capacité d'auto régulation permet une diminution de la douleur, du stress.

3) Soutien de la parentalité : valoriser les compétences parentales

Lors d'un soin réalisé par un soignant en présence des parents, le psychomotricien vient observer le nouveau-né et accompagner les parents. Un soin peut être désorganisateur pour l'enfant, il faut donc lui offrir un apaisement au travers de manœuvres contenantelles telles que le bercement accompagné de la voix de son parent.

Les parents réalisent bien souvent d'eux-mêmes ces manœuvres. Cependant, on observe, au début, que certains n'osent pas s'approcher de l'enfant, par peur de le toucher ou de gêner le soignant. Souvent ils peuvent exprimer « j'ai peur de le casser », ou encore « il est si fragile » du fait de son aspect chétif. Une maman a pu confier « elle est si petite, je n'ose pas la toucher même si c'est mon enfant ».

⇒ Accompagnement des soins

Le psychomotricien invite les parents à participer aux soins, en posant leurs mains sur leur bébé, en rassemblant ses petites mains, par exemple. L'agrippement (ou grasping) apaise également le nourrisson, ainsi les parents peuvent servir de contact à l'enfant par cet agrippement. Le grasping est certes un mouvement réflexe, mais c'est surtout un moment intense entre le parent et son bébé. Le psychomotricien invite aussi le parent à regrouper l'enfant à l'aide de ses mains comme soutien pour que le bébé s'enroule et s'apaise durant le soin.

Les manœuvres contenant permettent ainsi de minimiser les états d'excitation et de stress de l'enfant et lui offrent une sécurité de base. Il s'agit d'amener le parent à être co-régulateur de l'enfant, être un appui pour l'aider à se réorganiser face à une situation stressante ou douloureuse qui dépasse ses capacités d'autorégulation et d'auto apaisement.

Les parents vont réaliser qu'ils aident, qu'ils soignent leur enfant. C'est une donnée essentielle dans le bénéfice qu'ils en retirent. La valorisation de leurs actions leur permet de se sentir utile pour leur enfant. Ainsi est mis en avant les compétences du parent avec un accompagnement qui donne du sens sur les capacités parentales. Il est primordial que les parents puissent s'investir et créer un lien affectif, qui est nécessaire à tous.

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

Observation d'un change avec Lola (36SA) et sa maman :

Portée dans les bras, Lola est lovée contre sa maman, bien enroulée au creux de son bras, elle amène ses mains à la bouche et ouvre ses yeux pour regarder sa mère. Elle est très détendue et éveillée. La mère pose alors Lola sur la table à langer pour pouvoir effectuer le change de la couche. A ce moment, ses bras partent en arrière et se tendent avec un réflexe de Moro (réflexe archaïque correspondant à une sorte de sursaut), ses jambes se tendent elles aussi. On voit qu'elle se désorganise avec des mouvements saccadés. La mère vient placer ses mains autour de la tête de son bébé et ramène ses bras dans l'axe. Ses jambes sont encore tendues et recherchent un appui stable. Le psychomotricien fait remarquer que les jambes sont tendues et qu'elle peut l'aider à se regrouper. Une fois le bébé regroupé en flexion, ses mains aussi se regroupent et vont vers son visage. On propose dans un premier temps à la maman de rapprocher le bébé proche du bord pour ne pas qu'elle ait à se pencher et de mettre les jambes du bébé contre son ventre pour que Lola garde l'appui et se remette en flexion. Ainsi le bébé garde un contact en permanence avec sa mère et peut s'auto-réguler et s'apaiser. Cela facilite les transferts souvent source de désorganisation pour les bébés.

Lorsqu'un bébé étend ses jambes, recherche un appui, lui permettre de trouver cet appui l'aide par la suite à se remettre en flexion, se regrouper et retrouver sa position fœtale. Ainsi regroupé sur lui-même, il se sent en sécurité, ce qui l'aide à s'organiser.

On informe les parents des besoins et des spécificités du bébé prématuré. Toutes les informations données aux parents viennent les soutenir et valoriser leurs compétences. On s'appuie toujours des connaissances des parents afin de les conforter. La mère a regroupé son bébé, lui a parlé et l'aide à s'apaiser en venant la contenir. On souligne le changement de comportement de Lola qui s'apaise grâce à sa maman pour mettre en lumière le comportement totalement adapté de la maman. Ce qui est expliqué est l'importance également de contenir les jambes. Une fois les jambes de l'enfant repliées cela détend son corps, il est plus facile pour lui de regrouper ses mains car le bassin est contenu, il n'a pas à gérer le tonus à ce niveau.

L'échange peut plus facilement se mettre en place. Le bébé montre des signaux à sa maman pour éprouver ce qu'il ressent, la maman vient répondre aux besoins exprimés. L'accordage se fait et l'attachement continu de se mettre en place. On permet ainsi de revaloriser l'interaction entre bébé et parent.

De plus, une fois le bébé contenu il ouvre les yeux et peut rentrer en relation avec sa mère.

⇒ Le toucher dans la relation

Le psychomotricien a un rôle d'accompagnement auprès des parents sur le chemin de la connaissance de leur enfant, de ses compétences et de ses limites.

Le nourrisson reçoit inévitablement, en plus des sensations corporelles internes et des stimulations externes, des informations sensorielles qui sont chargées des émotions et des fantasmes, conscients et inconscients, de leurs parents.

Le plus souvent, les parents émergent progressivement du traumatisme de la naissance et le nourrisson se stabilise sur le plan somatique ; l'investissement affectif du bébé par les parents se renforce, la qualité de la relation s'améliore et la capacité de rêverie maternelle peut se déployer.

Le bébé reçoit de ses parents le regard aimant, les bras enveloppants, la tendresse corporelle, la chaleur des voix... Il peut rassembler ses éprouvés sensoriels multiples grâce à des expériences contenant et répétées de satisfaction, comme l'est par exemple le peau à peau.

Le premier mode relationnel entre le bébé et les parents passe par le toucher. L'environnement hospitalier modifie la façon de manipuler quotidiennement le bébé. Le bébé reçoit un contact corporel discontinu, haché et imprévisible par toutes les personnes qui le sollicitent. Ces différents contacts peu contenant sur la peau du bébé, viennent faire irruption dans le développement de ses expériences corporelles. Les expériences tactiles sont également limitées, avec des temps de portage diminués par rapport à un nouveau-né à terme. De plus, les expériences tactiles sont le plus souvent associées aux soins médicaux, et par conséquent douloureuses et désagréables.

Victor, nouveau-né grand prématuré de 26SA a été intubé dès la naissance.

Alors que nous sommes dans la chambre, la mère raconte l'accouchement difficile. Le père est en train de faire des légères caresses du bout des doigts sur la joue du bébé. Il explique alors qu'il aime être tactile car il n'a pas encore eu l'occasion de porter son bébé (du fait de la réanimation et de l'intubation immédiate) et aimerait avoir ce contact avec lui. On constate que lors de l'effleurement le bébé a un réflexe de retrait, il décale sa tête et semble refuser la caresse. On propose au papa d'essayer d'avoir une pression lors du contact, de ne pas hésiter à toucher son bébé au contraire plus en profondeur. Il dit qu'il n'ose pas trop le toucher, peur de lui faire mal vu sa fragilité et ses problèmes médicaux.

Poser sa main sur le front et haut du crâne et appuyer est préférable pour le bébé qui a besoin de contact rassurant et enveloppant et non invasif avec rupture de contact. Cette main posée a une température, une odeur, une certaine humidité que l'enfant va recevoir. Tout cet ensemble sensoriel révèle à l'enfant le désir de son père d'être en contact avec lui.

Le père réagit instantanément et le bébé vient alors se lover dans la main du père posé sur sa tête. Il cherche le contact de la main et vient repousser avec sa tête en direction de la main et petit à petit tourne la tête en direction de son père. Cela s'accompagne alors de mouvements de bouche, avec une sorte de mou. De plus, les mains se mettent à bouger comme pour vouloir se rassembler et venir proche de la bouche.

De nombreuses interactions à travers ce contact se mettent en place entre ce bébé et son père ému par ce moment privilégié avec son petit.

On informe les parents, en effet, un toucher du bout des doigts, un effleurement très léger sur une partie du corps, constituent des sensations désagréables. Elles sont radicalement opposées à ce qu'un bébé de cet âge gestationnel vit normalement dans l'utérus. Ce type de stimulation tactile n'est pas adapté à la maturation neurologique d'un bébé n'ayant pas encore atteint 33 ou 34 semaines d'AC.

En revanche, le bébé apprécie qu'on le touche de façon globale et enveloppante. Il est préférable d'utiliser la paume des mains plutôt que le bout des doigts. Par le toucher, les parents entrent en relation avec leur bébé. Ils lui transmettent leur amour et il le ressent. Par ses signaux corporels, il signifie qu'il aime ça, qu'il vit un moment de bien être, de plaisir, de détente et de réconfort.

Notre rôle vient alors soutenir la place des parents auprès de leur nouveau-né et les interactions entre eux. Le bébé montre plein de compétences souvent oubliées face à l'état de convalescence.

Le toucher prend alors tout son sens, sollicitant chaque sens, unissant celui qui touche (parent) à celui qui est touché (bébé), dans un plaisir de dialogue corps à corps, renforçant le sentiment de compétence et de confiance du parent. Le toucher éveille la sensibilité posturale du bébé en sollicitant tous ses sens, tout en transmettant un sentiment de sécurité émotionnelle où s'élaborent les prémices des relations d'attachement.

Le psychomotricien intervient au niveau des premiers échanges entre les parents et leur enfant. Il va leur traduire le développement psychomoteur de leur enfant tout au long de son hospitalisation et les soutiendra dans l'élaboration indispensable du lien parents-enfant. Il va pouvoir leur donner les outils nécessaires pour accompagner leur enfant dans son développement et ceci passe notamment par le peau à peau et le portage.

4) Le peau à peau

Selon l’OMS, le portage en peau à peau est défini comme « le portage d’un enfant, en position ventrale, vêtu uniquement d’une couche et d’un bonnet entre les seins de sa mère ou contre le torse de son père, strictement peau contre peau ». Le peau à peau est donc différent d’une simple installation dans les bras des parents.

Ce soin est proposé aux familles dès que l’état de santé de l’enfant le permet. Il trouve sa place parmi un quotidien déjà bien rempli par les soins médicaux dispensés par les professionnels.

Au sein du service, le peau à peau est le seul soin entièrement dédié à la relation parent-bébé. Le quotidien est principalement dédié aux soins médicaux courants et offre ainsi peu d’occasions d’investir la dimension relationnelle. Dans ce contexte, la pratique du peau à peau constitue une opportunité de soin relationnel. Le peau à peau est une expérience unique de proximité corporelle permettant au parent et son enfant de se rencontrer, de se découvrir et de développer leur accordage physique et psychique. Il s’agit d’offrir un soutien au développement d’interactions parent-bébé de qualité dans un contexte très médicalisé.

Le peau à peau est une forme de poursuite de la grossesse interrompue trop tôt, une aide pour acquérir la confiance en soi afin d’établir un lien avec son bébé. Cela permet aussi de diminuer la culpabilité présente chez les parents et cela favorise la montée de lait. Le peau à peau est une occasion de vivre un lien affectif intense entre l’enfant et ses parents.

Dès la naissance, le cerveau doit mettre en place un vaste et compliqué réseau de connexions entre neurones au fur et à mesure de son développement. L’enfant a besoin du lien affectif et du contact physique avec les adultes qui s’occupent de lui pour permettre au cerveau de murer. Plus il est soutenu, contenu, accompagné, plus il a de solides appuis physiques et affectifs, plus son cerveau évolue harmonieusement.

Tous les petits mammifères ont besoin de contact charnel et de la chaleur. C’est ce qu’a démontré H. Harlow, les bébés passent bien plus de temps au contact d’un substitut maternel apportant de la douceur qu’auprès du substitut froid et métallique qui pourtant procurait du lait. Le premier besoin d’un bébé est la proximité et le contact avant même l’alimentation.

L'enfant est placé torse nu contre le parent, dénudé jusqu'à la taille lui aussi, tous deux étant enveloppés dans un bandeau, le dos de l'enfant couvert d'un linge pour maintenir une bonne température.

En effet, les professionnels installent l'enfant sur son parent, vérifient la stabilité physiologique du bébé puis les laissent dans l'intimité. Chaque parent a ainsi l'opportunité de découvrir et interagir avec son enfant selon sa propre sensibilité.

Par nature, ce soin permet le développement d'un parentage intuitif, sans être guidé pas à pas par un soignant. Ce contexte naturel favorise le développement d'interactions comportementales, affectives et fantasmatiques individualisées, propres à chaque famille, nécessaire pour un attachement sécurisé. Il aide réellement à favoriser le lien parent-enfant.

Les parents ont leur place au plus près de leur enfant, en peau à peau, si on cherche des outils pour investir les parents, le peau à peau reste un moment magique pour un parent en néonatalogie. Cela permet de retrouver une action normale dans cet environnement, faire un câlin à son enfant, acte le plus naturel et précieux, renforce parent et enfant. Les études montrent un bénéfice médical, les enfants vont mieux et à long terme.

Le peau à peau est bénéfique pour l'enfant notamment au niveau physiologique, comportemental et psychosocial (favorise l'attachement, les interactions).

Les apnées diminuent en fréquence et en intensité et les besoins en oxygène sont moindres. Le comportement du nouveau-né est plus calme avec une diminution des cris et des pleurs, de la douleur et de l'agitation, une meilleure prise de poids ainsi qu'un bénéfice sur la thermorégulation. Le peau à peau a un impact sur la respiration du bébé, il engendre des respirations plus calmes, aide à digérer, à stabiliser la fréquence cardiaque, aide à avoir un sommeil plus calme donc un meilleur développement du cerveau. Il représente un réel intérêt sur la maturation de ses organes. Ainsi le personnel soignant met en place le plus tôt possible le peau à peau au sein du service et le plus longtemps possible, pour le bien de l'enfant mais aussi de ses parents.

L'interaction des parents avec l'enfant est renforcée, leurs émotions sont plus positives. Cela réduit ainsi le stress parental et la venue de dépression du post-partum.

Lorsqu'il est placé ainsi en peau à peau, le bébé peut sentir l'odeur de ses parents, il la reconnaît et les distingue rapidement. Cela favorise également la proximité bouche-sein et

l'esquisse des mouvements de succion favorisant la sécrétion d'ocytocine, hormone clé dans le rôle de la régulation du stress et de l'attachement.

Quand cela est possible, la mise au sein est toujours très émouvante en néonatalogie. La mère a dû attendre des semaines en tirant son lait avec une machine. Le bébé manquant souvent de force au début pour téter, la mère angoissée de mettre l'enfant au sein pour la première fois, tous deux ont besoin quelquefois de quelques jours pour s'ajuster. Si le lien s'est établi d'une manière harmonieuse avant cette mise au sein, celle-ci est facilitée. L'enfant retrouve l'odeur du sein, se sent soutenu fermement par un bon appui du dos, tandis que la mère peut enfin sentir qu'elle donne le meilleur d'elle-même à son bébé et répare ce terrible sentiment d'avoir été arrachée à son enfant.

Le peau-à-peau dans un environnement à la luminosité adaptée à l'enfant (NIDCAP) peut promouvoir les interactions visuelles parents-enfant. Près de son parent il est contenu, apaisé et peut commencer à entrer en relation. Lorsqu'il commence à s'éveiller il regarde ses parents.

Cette extraordinaire capacité du nouveau-né d'entrer immédiatement en contact œil à œil avec son parent et de le reconnaître par la suite peut être mise à profit lors de l'hospitalisation pour préserver le lien d'attachement enfant-parent et le lien affectif parent-enfant qui ont commencé à se former in utero.

A la naissance, le bébé s'intéresse particulièrement au visage humain mais celui-ci doit être proche car le champ visuel du bébé est limité à environ 30 centimètres. Ainsi, notamment dans le portage et le peau à peau, la distance entre la tête de l'adulte et celle du bébé correspond très souvent au champ de vision du nouveau-né.

Ainsi, pour F. Dolto, l'être humain est avant tout un être de communication verbal et non verbale. Au-delà du langage verbal, la communication passe aussi par l'expression corporelle, par le regard, par le toucher.

Le peau-à-peau, en exposant le nouveau-né à un ensemble de stimulations familières et apaisantes (l'odeur maternelle, voix et sons physiologiques produits par la mère, bercement par sa respiration, réchauffement par sa chaleur corporelle...), permet de participer ainsi à son bien-être et de contribuer à son développement futur.

Au vu de l'ensemble de ces bénéfices, le séjour en incubateur ne devrait être envisagé qu'en alternative au peau-à-peau. L'environnement sensoriel idéal de l'enfant né prématuré étant les bras de ses parents.

L'expérience du peau à peau vécue comme positive engendre chez les parents une estime de soi de meilleure qualité et de meilleures conditions pour assurer de façon pleine et entière la responsabilité des parents vis-à-vis de leur enfant. Les mères retrouvent plus vite confiance en elles, elles prennent leur enfant dans les bras plus facilement.

A l'occasion du peau à peau le bébé fait l'expérience d'être tenu dans les bras, serré contre le corps de son parent dont il sent la chaleur, l'odeur et les mouvements, porté, bercé, caressé, le tout généralement accompagné d'un bain de paroles.

Ce moment de « peau à peau » permet de mettre en place un accordage tonico-émotionnel entre la mère et son enfant. Il est ici question du dialogue tonique défini par Ajuriaguerra.

Le psychomotricien est attentif au positionnement du bébé sur son parent. Un changement d'installation du prématuré sur son parent impacte les comportements du bébé (moins d'agitation motrice, de vocalisations négatives et de somnolence, plus de sommeil profond) et du parent (plus d'attention visuelle, de vocalisations et de sourires dirigés vers son enfant, accompagné d'un risque de dépression maternelle diminué). Il permet au parent de développer un maternage tactile plus actif, davantage affectif et sécurisant, favorisant ainsi une rencontre précoce de qualité dès le premier peau à peau.

La position usuelle en peau à peau réalisée par l'équipe est une position haute, le bébé est installé dans le bandeau en position verticale, au centre poitrine contre la poitrine de son parent, la tête tournée vers un côté. Ce qui peut manquer à certains parents dans cette position est le contact visuel avec son bébé, un manque de ne pas voir son visage. La recherche de contact œil-à-œil n'est possible que si le bébé tend sa tête en arrière, risquant ainsi d'entraîner une posture pathogène, contre laquelle il convient de lutter non seulement dans l'incubateur, mais également en peau à peau.

Par l'effet de la pesanteur le bébé prend souvent une posture en opisthotonos avec les membres écartés. Cette position rend également difficile le contact visuel entre le bébé et son parent.

Une modification de l'installation du bébé permet d'améliorer la qualité de l'interaction immédiate entre celui-ci et son parent, apportant un bénéfice pour le développement du bébé comme pour la parentalité. Pour favoriser ces échanges parents-bébé, le psychomotricien met en place l'installation en « Flexion Diagonale Soutenue », développé par A. Buil. Cela permet la rencontre parent-bébé. Elle a des effets positifs immédiats sur les premières interactions entre le parent et le nouveau-né prématuré, ainsi que sur leur bien-être respectif. L'axe du corps du nouveau-né est fléchi, placé ventre à ventre en diagonale sur la poitrine du parent le tout soutenu par un outil de portage adapté (principalement un sling dans le service).

Il est positionné en flexion sur le haut du sein, les membres regroupés en prévention posturale. Les genoux sont remontés au niveau du nombril et les talons à hauteur des fesses, les pieds en adduction. L'outil de portage permet de conserver la posture initiale durant toute la séance de peau à peau, avec la tête du bébé dans l'axe du corps. Un réglage et un ajustement précis aux morphologies de l'enfant et de sa mère peut être effectué facilement. Ainsi, moins préoccupées par le fait que leur bébé puisse glisser, les mères sont plus disponibles pour des interactions communicatives.

Le principal objectif est de favoriser l'attachement grâce au soutien des interactions précoces parents-bébé. En effet, le maternage actif favorise les échanges de regard parent-bébé, augmente les échanges vocaux (permis par l'accroche visuelle que donne la position fléchie diagonale) et cela limite les angoisses parentales.

Le peau à peau permet de donner leur place aux parents, de soutenir la construction du lien parent-bébé et encourager les interactions entre les parents et leur bébé.

5) Soutenir les transferts et les mobilisations

Le psychomotricien est présent aux côtés des parents lors des transferts de couveuses. Il guide les parents dans les manipulations de leur enfant afin qu'il ne subisse pas de stimulations trop envahissantes. Au début, les parents ont besoins d'être accompagné, l'incubateur et les nombreux fils reliés au bébé rendent la tâche plus complexe.

Chez un enfant fragile, le transfert peut le déstabiliser. L'utilisation d'un enveloppement permet de limiter le stress du transfert et favorise une transmission harmonieuse de l'incubateur vers le parent.

Le psychomotricien est riche d'astuces pour faciliter le transfert tel que décaler doucement le bébé vers le côté opposé de soi pour glisser la main sous la nuque plus facilement, replier son bassin et ses jambes vers son ventre, être bien proche de l'incubateur pour déposer l'enfant directement sur soi, etc.

Lorsque l'état du nouveau-né prématuré est stable, les parents peuvent commencer à le bercer tendrement en position fœtale dans son incubateur. Cela lui procure réconfort et détente. Pour cela le parent glisse les mains à travers le hublot de l'incubateur, place une main sous la nuque de l'enfant et l'autre sous son dos et ses fesses et le soulève de quelques centimètres. Ses petites jambes sont alors repliées sur lui. Le parent maintient le bébé en position fléchie (position fœtale). Il peut ainsi lui offrir un bercement tout en le maintenant dans les airs. Ensuite il peut être sorti de son incubateur et être bercé de la même manière contre son parent.

Ces petits déplacements stimulent agréablement son sens vestibulaire. Puis les manœuvres contenantantes peuvent être effectuées comme lui parler, la succion.

6) Le portage

Avant la naissance du bébé, la femme enceinte le porte aussi bien physiquement que psychiquement. La mère rêve de son futur enfant, le porte dans son imaginaire. Elle lui ménage un espace de pensée, de rencontre, qui participe à la construction de la personnalité du bébé. Puis l'enfant est porté par la paroi utérine dans le ventre de sa mère pour, par la suite être porté physiquement par les bras de ses parents. Le bébé redécouvre la contenance par les bras du porteur dans lesquels il peut se blottir.

Le portage de l'enfant joue un rôle prépondérant dans son propre développement affectif. Que ce soit avant ou après la naissance, le portage allie accueil et soutien. Il n'est pas passif. La recherche du contact corporel entre la mère et le petit est un facteur essentiel du développement affectif, émotionnel et cognitif de ce dernier.

A la naissance, le nouveau-né dépend entièrement de l'adulte qui va pallier l'immaturité cérébrale en répondant à ses besoins affectifs et physiologiques. Cela permet de construire ensemble ce lien fondamental adulte-enfant à travers les échanges affectifs, sensoriels et moteurs introduits par le portage.

On peut donc désigner le portage comme tout moyen de porter un bébé ou un jeune enfant de façon psychologique et physiologique, c'est à dire tout mode de portage qui s'adapte aux besoins affectifs et psychomoteurs, à la morphologie de l'enfant mais aussi de la personne qui le porte.

Pour D. Anzieu, la mère sert au bébé de pare-excitation originaire contre les agressions du milieu extérieur et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'une enveloppe de bien être de base.

Brazelton parle de « l'enveloppe maternante », les soins donnés au tout-petit par la mère et l'entourage constituent une enveloppe de sensations et de gestes, plus actives, plus unifiante que l'enveloppe utérine.

Winnicott la rattache à la préoccupation maternelle primaire qui prévient et comble au fur et à mesure les besoins de l'enfant.

Le portage renvoie directement à D.W. Winnicott et son concept de « holding » maternel. L'enfant est porté par le psychisme de sa mère et par ses bras. Le holding désigne l'ensemble des soins donnés à l'enfant par l'environnement maternant, sa capacité à contenir ses angoisses à la fois sur le plan physique (porter dans les bras, de bercer, etc.) et psychique (qualité de présence, d'attention à l'enfant ; capacité à penser les émotions de l'enfant).

Par le toucher et la qualité de ce dernier, l'enfant va ressentir ses limites corporelles. La manière de porter va donc être déterminante dans le sentiment de sécurité de l'enfant.

a) le portage dans les bras

A la naissance, le portage est une continuité de la délimitation corporelle, des sensations tactiles, de l'enroulement, des sensations enveloppantes de la paroi utérine. Il est dans les bras, contre le corps de son parent maternant, bercé par les battements du cœur, soutenu par son regard, le bébé fragile, est entouré d'une enveloppe protectrice. Grâce aux appuis à la fois physiques et psychologiques, le sentiment de continuité si important dans la constitution de l'identité peut se développer.

Le portage permet de favoriser la rencontre des parents avec leur bébé et aider au bon développement psychomoteur de l'enfant qui va se construire à partir des expériences sensorielles et toniques proposées par ses parents. Il s'agit donc d'un moment privilégié, rassurant et enveloppant pour le bébé.

Dans la proximité corporelle, le portage offre une intimité propice aux échanges émotionnels et affectifs, renforçant le lien d'attachement qui unit le porteur au porté. Une harmonie se crée entre les parents et leur bébé. Cette ambiance rassurante permet à l'enfant d'accéder à un état de bien-être : il sent qu'il est soutenu, accompagné dans son développement.

Les bébés restent dans l'ensemble très immobiles lors de leur hospitalisation, du fait de la technicité, de la médicalisation des premiers mois de vie.

Mobiliser le bébé de manière adaptée, en flexion, lentement dans les différents plans de l'espace, comme il le ferait dans le ventre de la maman, permet non seulement au bébé de continuer à expérimenter la mise en mouvement mais aussi au parent de voir évoluer son bébé de manière sereine.

De plus, quand l'enfant ressent l'amour, la sollicitude, l'attention qu'on lui porte, son organisme va sécréter de l'ocytocine. Cette hormone agit sur l'allaitement et possède également des fonctions très importantes sur le développement psychologique et neurologique. Elle renforce le lien d'attachement et favorise le comportement maternel. Elle réduit l'anxiété et le stress en freinant la survenue du cortisol.

Au-delà des bienfaits psychologiques que ressentira l'enfant grâce au portage, il bénéficiera de bienfaits physiques. En effet, la régulation thermique, le système digestif (coliques, gaz, reflux gastro-oesophagien), et les fonctions vitales chez l'enfant prématuré sont plus efficaces porté contre son parent. Tous les bienfaits de ces repères sensoriels vont l'aider à réguler ses états émotionnels, ils vont lui permettre de s'apaiser plus rapidement et offre ainsi un meilleur sommeil au bébé. Un bébé sécurisé de l'intérieur est un bébé qui pourra plus facilement s'ouvrir au monde en toute confiance par la suite.

Pouvoir porter son enfant a de nombreuses vertus pour l'enfant, mais également pour le parent. Le parent crée un lien particulier avec son enfant, il apprend à le connaître grâce à ses signaux corporels. Le porteur peut ainsi prendre confiance en lui dans ses gestes de manipulation avec la création d'un dialogue tonico-émotionnel.

Lorsqu'il est porté, le bébé ressent les mouvements de celle ou celui qui le porte. Les sens vestibulaires et proprioceptifs étant donc particulièrement stimulés, il sent mieux la forme et la position des parties de son corps entre elles, ce qui lui permet de développer sa motricité et un sentiment d'existence, de contenance du corps. A travers le soutien physique et psychique du portage, l'enfant prend peu à peu conscience de ses sens, de son corps, de son identité.

Dans le portage, l'enfant intègre de précieux éléments toniques, sensoriels et affectifs indispensables à son évolution psychomotrice.

Le portage participe à la croissance émotionnelle, affective et relationnelle de l'enfant. On observe un jeu d'adaptation tonique et de relation corporelle entre le parent qui porte et l'enfant porté. En effet, l'état tonique de l'un, modulé par ses émotions, va venir modifier l'état tonique et émotionnel de l'autre. En fonctionnant principalement sur un mode affectif, le dialogue tonique permet de mettre en place les premiers liens d'attachement.

Dans ce dialogue tonique, le bébé établit ses premières communications avec son parent, la prise de conscience de l'unité de son corps, de ses limites, de son existence dans le temps et l'espace.

Elena (35 SA) :

La mère d'Elena sollicite le psychomotricien pour installer sa fille au creux du bras. Il lui installe sa fille en position d'enroulement. Ainsi elle pouvait voir son visage qui commence à s'éveiller. La petite ouvre un peu les yeux, cela entraîne de suite chez la mère des réponses verbales, elle se met à lui parler, lui caresser le dessus de tête et les joues tout en continuant de lui parler. Cette enveloppe sonore avec son bébé attentif crée un moment d'interaction, le bébé réceptif se tourne vers sa maman et la regarde intensément.

Un élément fondamental de la relation, le regard de l'adulte porte l'enfant, il le rassemble, le fait exister de tout son corps, de tout son être. Tout aussi structurantes, les sensations d'appui corporel vont apporter à l'enfant la confiance nécessaire à la détente mentale et au relâchement musculaire.

Les parents continuent de parler à leur bébé comme ils le faisaient pendant la vie intra-utérine. Il s'agit d'une stimulation auditive autant qu'affective. En effet, même un nouveau-né

prématuré reconnaît la voix de sa mère et celle de son père, plus grave. Au milieu de tous les bouleversements survenus depuis sa naissance, la voix constitue pour lui un fil conducteur affectif, un repère rassurant. Le fait de lui parler renforce l'attachement mutuel. Le portage est un réel moyen de favoriser la sollicitation parentale envers le bébé.

Lorsque l'enfant hospitalisé est stable, qu'il n'a plus besoin d'aide respiratoire, qu'il s'alimente correctement et donc prend du poids, le retour à la maison approche. Avant la sortie, le psychomotricien montre différents portages aux parents.

Dans les bras, celle qui est utilisée pendant l'hospitalisation est celle totalement enroulée, en berceau, la tête de l'enfant maintenu au creux du bras de son parent, le bras du parent est dans le dos de l'enfant, la main allant soutenir son bassin. Position utilisée la plus naturellement par les parents.

Si des difficultés d'ajustement tonique apparaissent pendant l'hospitalisation avec un bébé tonique, des mouvements en hyperextension, des situations de portage seront montrées aux parents pour amener le bébé à se rassembler au niveau de son axe corporel par des positions d'enroulement. Dans les situations de portage, l'enfant est enroulé dans les bras avec des appuis sécurisants qui lui permettent de se détendre, de se sentir en sécurité, soutenu.

Il peut également être montré, toujours dans un souci d'enroulement, la position dite « bouddha », une des mains de l'adulte est placée sous le siège du nourrisson et maintient en même temps les jambes fléchies et rassemblées sur le bassin. Ce mode de portage consiste à caler le dos du bébé contre soi, tenir le bassin et les jambes en flexion d'une main, et poser l'autre sur son tronc. L'enfant est face à son environnement ce qui favorise l'ouverture au monde extérieur. Il est important de maintenir la tête de l'enfant dans l'axe.

De plus, le psychomotricien montre la position ventrale, qui est importante pour soulager les douleurs ventrales, digestives. Le bébé s'enroule sur l'avant-bras en position ventrale. Cette position permet de maintenir son bassin en rétroversion tout en gardant une main posée sur son ventre. La deuxième main vient fléchir les jambes en les rapprochant de l'axe. Les bras sont placés de chaque côté du bras du parent.

Le psychomotricien montre d'autres mobilisations, tel que les retournements sur le côté ou sur le ventre du bébé et des portages en écharpe.

b) le portage en écharpe

Lors de l'hospitalisation, le psychomotricien (formé au portage) est sollicité pour des conseils sur les différents portages. Il montre le portage en écharpe et le met en place au sein du service pour aider au peau à peau ou encore à l'allaitement pour les parents qui le souhaitent.

Dans le portage en écharpe, le plus important reste le positionnement de l'enfant dans l'écharpe. On recherche toujours à les installer dans une position physiologique respectant la physiologie de l'enfant à l'égard de sa position anatomique naturelle et de son développement psychomoteur. Pour ces bébés prématurés comme vu précédemment l'enroulement est primordial. On installe le dos arrondi et soutenu, les genoux fléchis à hauteur des hanches, le bassin enroulé et on cherche à rassembler les mains vers l'axe. Lors du portage, nous nous attachons à l'installer dans cette « position fœtale ».

L'objectif du portage physiologique est de retrouver une niche sensorielle semblable à sa vie intra-utérine : contenance, battement du cœur, bercement, odeurs et vibrations avec la voix du parent. Le dialogue tonique qui s'était instauré avec la paroi utérine continue d'exister contre le corps de la mère, les échanges sont facilités. La base de cette sécurité affective permettra à l'enfant d'avoir un socle pour un attachement de qualité pour pouvoir explorer l'environnement en toute sérénité.

Dans la qualité du soutien au niveau du bassin, du crâne et de tout le corps dans l'enroulement, le bébé se sent suffisamment rassuré. Il est rassemblé, enveloppé, et retrouve ainsi sa sécurité interne, son confort et peut s'apaiser. Il éprouve la sensation de relâchement musculaire, ce qui permet le juste équilibre au maintien de la posture contre les effets de la pesanteur. La régulation du tonus ainsi favorisée, tous les gestes et actions de la vie quotidienne seront mieux appréhendés.

⇒ Le sling

Dans le service, le « sling » (écharpe de portage) peut être utilisé selon les volontés des parents. Il s'agit d'un nouage asymétrique très facile d'installation et de désinstallation. L'installation est souvent présentée au moment de la sortie, quand l'enfant est stable, pour pouvoir le porter au quotidien par la suite.

Il est alors installé dans une position redressée, toujours en flexion légèrement sur le côté du parent. Pour l'enfant, le portage en sling est à la fois massage, bercement, stimulation psychomotrice, mode de transport, et peut prévenir des soucis tels que les pleurs, les difficultés à s'endormir, les coliques, le stress, le syndrome de reflux gastro-œsophagien, la plagiocéphalie postérieure d'origine posturale, certaines malpositions de hanches... De plus, il le rassure et le protège.

Cela peut permettre la rencontre mère-bébé. Il a des effets positifs immédiats sur les premières interactions entre la mère et le nouveau-né prématuré, ainsi que sur leur bien-être respectif. Ces différents outils aident le psychomotricien dans son accompagnement des dyades. En fonction des enfants et des problématiques, il adapte le choix du portage.

Portage en sling avec Simon (37 SA) et sa mère

Simon est dans le service depuis plusieurs mois suite à des complications respiratoires. Le psychomotricien présente les différents modes de portage en écharpe, ainsi que les avantages de chacun. L'écharpe appelée « sling », qui n'a pas besoin de nouage mais présente un système d'anneaux est choisi par la mère qui en achète un. La semaine d'après le psychomotricien vient dans la chambre pour échanger à nouveau sur le sujet.

Tout d'abord, le psychomotricien explique les bienfaits de ce portage et les consignes de sécurité, accompagné d'une démonstration de l'installation dans le sling (à l'aide d'un poupon). Une fois la démonstration faite, c'est au tour de la mère de Simon de mettre son bébé dans le sling.

C'est un enfant excitable, sensible à l'environnement, il s'agite quand elle le prend, se tend et pleure. La mère commence alors à le bercer et chante pour l'apaiser. Il se calme assez

pour le placer dans le sling mais reste agité pendant l'installation. Une fois enroulé dans le tissu qui le contient tout contre sa mère qui continue de le bercer et de chanter, il se calme et se rendort assez rapidement. Ses mains se rapprochent de son visage.

Ainsi installé contre sa mère s'opère une co-régulation tonico-émotionnelle. Cette régulation externe au bébé ayant une fonction contenante physique et psychique est de fait individualisée. Ainsi, même si l'enfant réagit par une décharge motrice consécutive à une stimulation trop intense, le support multisensoriel apporté par le parent lui permettra plus facilement de revenir à un état tonique et émotionnel de base qui était le sien avant. Au mieux, l'enveloppe tonico-émotionnelle offerte par le parent permettra au bébé de gérer le trop-perçu, sans dysrégulation.

Le bassin bien maintenu avec un soutien qui va dans le creux des genoux, avec un écart naturel respecté. Les genoux bien placés plus hauts que les fesses, ou au minimum à hauteur des fesses, avec une bonne bascule du bassin qui permet l'enroulement de celui-ci. La colonne vertébrale dans un schéma d'enroulement. Les bras plutôt près de son visage, ou rassemblés près de son axe corporel afin de favoriser le regroupement et l'enroulement.

L'écharpe est un objet enveloppant ; elle enveloppe le corps du porteur et celui du porté ainsi que les émotions qu'ils renferment.

Le parent porte l'enfant en le touchant, en le caressant, en le regardant, en lui parlant, il le porte à sa propre conscience, une belle découverte pour l'enfant. Le portage stimule la sensation d'être un tout unifié et contenu. Un objet témoin d'un portage psychique.

L'écharpe de portage apporte un soutien postural, c'est une continuité du peau à peau et de la proximité tant recherchée par le bébé. Il est un outil favorable pour les interactions parents-bébé.

De plus le portage offre une autonomie au parent et le rassure pour se projeter vers l'après néonatalogie. Par la suite, les parents pourront s'en servir au quotidien.

C) La continuité du suivi de développement

1) Accompagnement de la sortie

Les soignants accompagnent les familles dans la transition entre le monde hospitalier et le domicile pour que cette étape se fasse en favorisant le bon développement de l'enfant et la qualité des interrelations parents-enfant dans le respect de la continuité des soins. La préparation à la sortie et les mesures d'accompagnement à domicile durant la période de transition semblent également permettre de diminuer le nombre de réhospitalisation et le nombre de visites aux urgences.

Les parents sont inquiets à l'idée de quitter l'hôpital. L'enfant se retrouvera sans scope, ils repensent aux arrêts de la respiration (apnée) et peuvent s'imaginer que ces complications pourraient arriver une fois à la maison. Après des semaines ou des mois intenses c'est la date que les parents attendent le plus et en même temps ils redoutent aussi de se retrouver seuls. Cette période est décrite par les parents comme suscitant des sentiments de joie souvent associés à une anxiété avec des craintes pour l'avenir de leur enfant.

En général, les parents voient le retour comme une lumière au bout du tunnel. Cette étape est surtout perçue comme étant associée à une forte charge affective. C'est important de valoriser les parents, de leur donner confiance en rappelant qu'ils se sont occupés de leur enfant tout au long de l'hospitalisation. Les parents sont aujourd'hui acteurs des soins. Il faut qu'ils se fassent confiance. Les parents impliqués précocément dans l'accompagnement de leur enfant ont déjà les gestes et l'assurance pour réaliser des soins comme le change, l'alimentation, les portages, etc.

Lorsque l'enfant est sur le chemin du retour, qu'il est stable, qu'il n'a plus besoin d'aide respiratoire, de régulation thermique, qu'il prend bien du poids et que le retour se prépare, le psychomotricien accompagne la sortie. Le psychomotricien montre différents portages dans les bras, en écharpe, donne de nombreuses astuces pour le quotidien, notamment pour le couchage, l'installation du bébé.

Cette guidance parentale sera fondée sur des conseils individualisés concernant l'ajustement du portage, des manipulations quotidiennes et l'adaptation de l'environnement, l'identification des activités à favoriser ou à éviter, etc.

Le psychomotricien prend le temps de répondre aux questions des parents. Il peut reprendre posément les nombreuses informations données aux parents concernant la sortie qui peuvent leur poser question. Les points clés sont rappelés tels que l'installation et la prévention de plagiocéphalie en changeant le bébé de place fréquemment pour qu'il tourne autant la tête des deux coté de façon indifférenciée. Cet accompagnement est essentiel pour conseiller et finaliser les parents pour leur retour.

Dans un deuxième temps, le psychomotricien voit l'enfant et ses parents lors d'une séance. Le but est de mettre en avant les capacités de l'enfant, de lui laisser un temps pendant lequel il peut se mouvoir librement, sans son cocon.

2) Évaluation psychomotrice durant l'hospitalisation

Au sein du service, l'intervention psychomotrice est une action thérapeutique instantanée et également préventive pour aider le développement et le bien-être du bébé et de ses parents.

Cette intervention précoce a pour but d'optimiser le développement psychomoteur de l'enfant hospitalisé et d'éviter la survenue d'un sur-handicap. Cette approche psychomotrice est complémentaire des soins médicaux, afin que les séquelles liées à la naissance prématurée soient réduites le plus possible.

Une séance de psychomotricité est ainsi mise en place pendant ou en fin d'hospitalisation, selon l'évolution de l'enfant, afin d'apprécier les compétences du nouveau-né prématuré et de surveiller son évolution et son développement psychomoteur.

Le moment de la séance est défini selon le propre rythme de l'enfant, le plus souvent avant de téter et en fonction de sa disponibilité. En effet, on ne le reçoit pas lorsqu'il dort, ni s'il est dans un état d'excitation, de pleurs ou de cris, il faut qu'il soit disponible, calme et éveillé.

Cette évaluation est effectuée dans une salle dédiée afin de repérer des signes prédictifs de risque développemental dans les différentes fonctions psychomotrices, le tonus, la motricité, et la relation. L'observation porte sur l'éveil du bébé et l'émergence des capacités relationnelles et le développement neuropsychomoteur de l'enfant. Une attention se porte également sur la qualité des échanges entre les parents et leur bébé. Une observation fine de son comportement est faite comme par exemple le tonus passif et actif, les réactions posturales, les réflexes archaïques sont recherchés. Les réactions par rapport à l'environnement avec notamment la poursuite oculaire à l'aide de l'œil de bœuf sont également évaluées.

Le bébé devient compétent en répondant aux sollicitations du psychomotricien. Ce n'est plus un bébé malade mais un bébé capable d'interagir où se dégage le plaisir corporel dans les manipulations proposées. Toute la sensorialité du bébé est mise en éveil et s'ajuste tout au long de la séance. Le cadre de la consultation offre un espace thérapeutique où l'attention conjointe portée sur le bébé permet de dédramatiser les représentations parentales liées à la prématurité.

Les parents, suffisamment rassurés par l'état de santé de l'enfant cherchent une confirmation de leur rôle parental, parlent de leurs doutes et de leur souffrance. L'étayage des parents dans leurs fonctions parentales se fait en partageant des temps d'observation et d'écoute, en leur permettant de créer avec leur enfant un espace relationnel où ils peuvent communiquer.

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

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

Le psychomotricien observe spécifiquement le développement psychomoteur. Tout d'abord, il apprécie l'éveil du bébé et sa motricité spontanée. En décubitus dorsal, il observe son tonus axial et postural, observe comment il s'étire, se regroupe, repérer s'il y a une asymétrie des membres ... Dans cette position, il sollicite le bébé par des stimuli visuels afin de

tester sa fixation et poursuite oculaire. Ensuite, le psychomotricien positionne l'enfant en décubitus ventral, latéral et en position semi-assise pour procéder à d'autres observations. Il pourra alors apprécier son ajustement postural notamment et le comportement lors des changements posturo-moteur. Il est nécessaire que ces changements de position soient fluides et en continuité afin de respecter l'enroulement de l'enfant.

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

Dès l'hospitalisation, le psychomotricien intervient donc directement auprès des enfants et leurs parents. L'accompagnement psychomoteur est centré sur une perspective développementale et doit se poursuivre après l'hospitalisation, durant les premières années de vie de l'enfant. Cela permet d'appréhender la trajectoire développementale de l'enfant, normale ou anormale. Ainsi, l'objectif est de mettre précocement en place un accompagnement, avant que des répercussions durables ne s'installent et finissent par devenir invalidante pour le bébé, sa famille et leur relation.

3) Accompagnement psychomoteur après l'hospitalisation

⇒ Consultations au sein de l'hôpital

L'accompagnement psychomoteur se poursuit avec le concept de « suivi-surveillance ». Il s'agit de revoir l'enfant et ses parents à des âges clefs du développement, en co-consultation pluridisciplinaire, à un rythme défini spécifiquement. En effet, le psychomotricien est accompagné d'un pédiatre pour suivre le développement de l'enfant, cette complémentarité est primordiale pour l'accompagnement.

L'accompagnement parental peut ainsi se faire à plus long terme, ce qui est souvent apprécié par les parents, rassurés qu'il y ait un suivi avec le psychomotricien et le pédiatre qu'ils connaissent déjà et en qui ils ont confiance.

Le psychomotricien permet de faire un lien de continuité entre les unités néonatales et la sortie d'hospitalisation. Par son regard bienveillant, il traduit les compétences de l'enfant, valorisant celle des parents.

Les consultations conjointes ont pour principal objectif la prévention précoce de troubles développementaux. Ces consultations sont mises en place pour évaluer le plus précisément possible le niveau psychomoteur de l'enfant ainsi que la qualité de la relation parent-enfant. Il s'agit de dépister des séquelles neurologiques et/ou comportementales chez des enfants dits « à risque » du fait de leur prématurité. Le pédiatre réalise un examen médical et le psychomotricien un bilan psychomoteur, ainsi qu'une évaluation clinique. Ce binôme permet d'atteindre un objectif commun grâce aux compétences complémentaires des deux soignants. Cette consultation clinique permet aux professionnels d'attester de la bonne santé de l'enfant, en l'envisageant dans sa globalité.

Ces suivi-surveillance d'enfants qualifiés de vulnérables, sont principalement réalisés au sein de l'hôpital et du Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP). Le psychomotricien utilise l'âge corrigé comme âge de référence jusqu'aux 2 ans de l'enfant. L'âge corrigé est l'âge qu'aurait l'enfant s'il était né à la date prévue d'accouchement. Pour les bébés prématurés on dit qu'on corrige l'âge, c'est à dire qu'on se réfère à son âge de développement et non à son âge civil. Pour le calculer, on prend la date du terme à laquelle on soustrait les mois de prématurité.

A l'hôpital, le suivi se fait à 1 semaine après la sortie puis par la suite, aux 1 mois d'âge corrigé.

Cela permet de revenir sur le retour à la maison, et d'offrir un espace de parole aux parents concernant les préoccupations de la vie quotidienne avec l'enfant, avec toujours pour objectif de permettre aux parents de pouvoir y déposer leurs doutes, questionnements et d'échanger avec des professionnels. Les parents peuvent ainsi trouver une écoute bienveillante et des conseils avisés de la part de professionnels connaissant bien la prématurité et ses conséquences.

On revient également sur les rythmes du bébé, notamment le sommeil et son alimentation, sur les préoccupations tel que les reflux, les constipations et autres soucis digestifs assez présents à cet âge.

Le psychomotricien a une place importante dans les consultations conjointes dans l'observation du développement psychomoteur des enfants prématurés à risque de séquelles. Il sera garant des ajustements posturaux et toniques, de la motricité, des états affectifs et

émotionnels du bébé, des interactions et des relations sociales qu'il établit. Son approche globale et ses connaissances lui garantissent une place primordiale.

Lors des consultations les questions des parents s'orientent sur le développement psychomoteur de leur enfant né trop tôt, la présence ou non de séquelles et sur son devenir. Les parents recherchent des conseils sur le portage, les postures, ou sur les activités à proposer à leur enfant en fonction de l'âge. Le psychomotricien est également là pour écouter et accueillir les angoisses parentales. En effet, le développement psychomoteur est un enjeu important pour l'enfant.

Le psychomotricien est attentif aux compétences relatives à la régulation tonico-émotionnelle, avec toutes les transitions et ajustements posturaux qu'elle requiert. C'est la base d'une interaction de qualité avec son environnement. Il sera par exemple vigilant au développement d'une hypertonie postérieure, visible très tôt dans les postures, mais aussi à la motricité spontanée et le développement des premiers schèmes moteurs.

Déroulement de la co-consultation à l'hôpital (1 semaine AC et 1 mois AC) :

Lors d'une séance de psychomotricité, le bébé éveillé commence par un état de communication, il ouvre ses yeux et fixe intensément le regard de l'examineur. On peut voir si son attention est prolongée, observer sa poursuite oculaire. C'est souvent aussi dans ces moments que le bébé cherche du regard ses parents et s'orientera à leur voix en recherche de leur contact. C'est le premier signe de la disponibilité que les parents aperçoivent, leur bébé ne les quitte pas des yeux, les appelle à travers son regard. Le psychomotricien verbalise tous les échanges qui se mettent en place. L'objectif étant d'accompagner les liens parents-bébé. Il faut alors les encourager à parler eux-mêmes pour conserver l'intérêt de l'enfant. Ainsi, les parents sont incités à se détacher progressivement des préoccupations médicales pour investir pleinement et de plus en plus sereinement la construction d'une relation précoce de qualité.

Vers 1 mois d'âge corrigé, en plus d'observer ce qui l'entoure le bébé commencera à être capable de reproduire des mimiques faciales, des mouvements et bruits de bouches, à élaborer des sourires et émettre des vocalises modulées. On informe alors les parents sur les étapes du développement pour qu'ils continuent par la suite à parler le plus possible à leur bébé

en exagérant les mouvements de bouche, les sourires ou les grimaces. Cela développe les capacités d'imitation du bébé pour favoriser toutes ses mimiques.

Ainsi on observe le comportement général de l'enfant pendant l'examen, notamment s'il s'éveille, s'il est calme, s'apaise facilement ou à l'inverse s'il est hyperexcitable, agité, hypotonique...

Par exemple ce qu'on observe : il s'éveille, ses mouvements des quatre membres sont variés et fluides, on constate une motricité et un tonus ajusté. Si au contraire les mouvements sont pauvres, très toniques ou saccadés, cela sera peut-être à accompagner. On oriente généralement vers des kinésithérapeutes spécialisés en cas de tensions, de torticolis, d'attitude préférentielle de tête voire plagiocéphalie, de posture en extension.

Un examen neuro moteur est effectué, s'articulant autour d'enchaînements moteurs pour repérer les possibles séquelles. Leurs échecs sont dépouillés de toute valeur pronostique. Certes ce résultat ne détermine pas tout l'avenir de ces enfants, néanmoins il permet de faire ressortir le côté positif de l'évolution neurologique de l'enfant et ne manque pas d'apporter une aide précieuse à l'investissement parental. En observant le bébé, il exprime sa gestualité volontaire, il nous fait comprendre que c'est un être capable de communiquer avec son environnement.

En effet, quelles que soient les circonstances d'examen qui peuvent être très variées, on continue la mise en valeur du nourrisson et de ses compétences.

Quand l'enfant arrive à 1 mois d'âge corrigé, il devient capable de repérer au niveau du miroir les différents visages, de passer de l'un à l'autre, de répondre du regard aux sollicitations vocales, notamment de ses parents.

L'examen neuro moteur devient plus significatif, car l'intentionnalité du bébé s'est renforcée, de même que sa force posturale, lui permettant d'avoir une participation plus active et de lutter davantage contre la pesanteur.

Il est le moyen de mettre l'enfant en situation de faire lui-même devant ses parents la démonstration de ses compétences et de ses caractères de petit être humain capable de prendre une part active au dialogue qui ne tarde pas à s'instituer. Cela permet donc un discours cohérent dont la poursuite se retrouvera lors de la prochaine consultation hospitalière.

Consultation au Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) :

Les enfants nés avant 33 SA, ceux nés dans un contexte de souffrance fœtale, ceux ayant un retard de croissance intra-utérin (poids inférieur à 1500g) ou une pathologie médicale entraînant un handicap sont reçus en consultation au CAMSP à 4 mois, 9 mois, 1 an d'AC puis cela continue sans la présence du psychomotricien.

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

Ainsi, le but est de repérer les éventuels symptômes, qui peuvent être évocateurs de séquelles ou d'un retentissement de l'hospitalisation en néonatalogie.

Le médecin reprend brièvement l'histoire de l'enfant et questionne les parents sur de nombreux points tels que le plan somatiques (les maladies), le sommeil, le mode de garde de l'enfant est abordé ainsi que sa place dans la famille. Le médecin et le psychomotricien cherchent également à savoir si le passé d'hospitalisation est toujours douloureux pour les parents et s'il vient interférer dans le quotidien.

Les psychologues sont disponibles si les parents ont besoins, ils peuvent revenir sur la naissance prématurée, sur leur vécu, sur leur vie de couple et de famille, leur préoccupation... Il est important d'accompagner également les émotions des parents.

Le psychomotricien interroge également les parents sur les capacités de leur enfant, l'évolution de son développement moteur et interactionnel, ses jeux, ses relations sociales...

Le psychomotricien fait passer à l'enfant un examen neuro-moteur. Le pédiatre examine l'enfant, il le pèse, le mesure et prend son périmètre crânien.

Le pédiatre et le psychomotricien terminent la consultation en faisant un point avec les parents sur l'observation de leur enfant. Si l'enfant va bien, il est important de rassurer les parents, de valoriser les capacités de l'enfant mais aussi de mettre en avant leur rôle dans son bon développement. Il est indiqué lorsque tout va bien, que le développement est optimal, la

prématurité n'a pas eu de conséquence pour le moment sur le développement de l'enfant, il se développe normalement. Les courbes sont également montrées et est pointé du doigt le rattrapage de la courbe des enfants né à terme. De fait, on le dit lorsque le développement est satisfaisant.

Les parents ont besoin d'être rassuré sur les capacités de leur enfant, ils constatent qu'il va bien mais se demandent toujours si la prématurité a eu des impacts sur lui, le fait de l'entendre dire par les professionnels est un véritable soulagement pour eux. Pour certains parents, le traumatisme de la naissance prématurée reste encore très présent et les empêche de pouvoir percevoir les progrès de leur enfant. Ils peuvent avoir des questionnements et des inquiétudes sur l'avenir de leur enfant.

Lorsque l'enfant présente des difficultés développementales, le pédiatre et le psychomotricien prennent le temps de discuter avec les parents des troubles observés et de ce qui peut être mis en place pour aider l'enfant. En fonction de la problématique de l'enfant et de la situation familiale, différentes orientations sont possibles : kinésithérapie et/ou psychomotricité en libéral, des institutions type CAMSP, ou encore des temps d'accueil à la PMI (protection maternelle et infantile). Cela dépend de l'âge de l'enfant et sa trajectoire développementale. Il s'agit le plus souvent d'accompagner les enfants qui ne réussissent pas à trouver seuls les chemins moteurs et interactionnels.

De nombreux conseils sont donnés, par exemple pour les 4 mois d'AC, on retrouve tout ce qui a été vu précédemment notamment l'enroulement. Si on observe des extensions, des schémas très toniques, on montre aux parents un accompagnement dans l'enroulement au quotidien dans le portage, l'installation à la maison, le change... La prochaine étape du développement moteur sera les retournements du dos au ventre et inversement. On accompagne l'enfant sur le ventre et informons les parents de l'importance de l'enroulement du bassin. On montre aux parents des astuces pour l'enrouler au maximum, jouer avec ses pieds, pour qu'il vienne explorer à son tour ses jambes et ses pieds. Puis on montre comment commencer à le faire rouler de droite à gauche, puis l'accompagner sur le ventre en enroulant le bassin. Pour qu'il puisse expérimenter ces approches et qu'il se retrouve en autonomie par la suite.

Le regard que nous portons sur le bébé et notre attention soutiennent les parents dans leur capacité d'observation du développement de leur enfant. Ils découvrent leur bébé dans de nouvelles situations motrices, s'étonnent de ses compétences.

La consultation permet de mettre des mots sur les particularités du développement global du bébé : elle aide les parents à percevoir où se situe l'enfant dans les différentes étapes de son développement.

L'évaluation neuropsychomotrice apprécie la spécificité dynamique du bébé en mettant en évidence ses dysfonctionnements, mais surtout en s'efforçant de repérer ses compétences et en faisant émerger ses potentialités. L'évaluation éclaire également la dynamique relationnelle entre le bébé et ses partenaires, reflet du développement psychoaffectif du bébé.

Nous sommes souvent amenés à proposer aux parents des conseils posturaux, d'installation, de détente corporelle et sur les modes de portage, en une action de guidance de la famille dans les soins quotidiens de l'enfant et de respect du développement psychomoteur.

Ce suivi pluridisciplinaire illustre la volonté de fournir des soins de qualité en équipe à ces enfants prématurés. La qualité de vie et l'accompagnement parental à long terme font aussi partie des soins aux prématurés.

CONCLUSION

La naissance prématurée place d'emblée l'enfant et ses parents dans un milieu dystimulant, pour lequel ils ne sont pas préparés. L'enfant prématuré évolue dans un environnement médicalisé, inadapté ayant des conséquences sur son développement moteur, affectif et cognitif. L'approche personnalisée des soins favorise son développement.

Le prématuré accompagné de ses parents doit effectuer un long chemin vers son développement et son bien-être. Les différents moyens d'accompagnement du psychomotricien tels que la valorisation des compétences parentales, le peau à peau et le portage contribuent à instaurer des échanges entre les parents et leur enfant. Le lien parent-enfant est primordial pour une amélioration positive de l'enfant. Le psychomotricien ainsi sensibilisé peut insuffler le lien d'attachement nécessaire pour l'enfant. Celui-ci pourra alors développer ses compétences.

Ainsi, à l'aube de leur vie, les enfants prématurés accèdent difficilement à l'équilibre sensorimoteur, ce qui les entrave dans leur adaptation posturale et relationnelle. La compréhension des particularités développementales individuelles permet d'apporter précocement et durablement un soutien à l'enfant dans son organisation sensorimotrice, émotionnelle et relationnelle. Cette compréhension permet également d'accompagner les parents dans leur capacité à observer leur enfant, réaliser une interprétation adéquate de ses signaux et enfin d'y répondre efficacement en temps réel.

Le rôle du psychomotricien permet très précocement de répondre aux besoins d'interaction et d'attachement en offrant un portage ou une installation ajustée et une sollicitation adéquate. Le psychomotricien en unité néonatale est donc un acteur privilégié de l'équilibre fondamental entre le développement de l'enfant prématuré et les interactions précoces parentales. Par le NIDCAP, le portage, le peau à peau, les mobilisations et échanges avec les parents, le psychomotricien soutient les interactions parents bébé.

Le suivi neurodéveloppemental, dès l'hospitalisation et à leur retour à domicile implique l'organisation de consultations régulières, permettant le repérage de signes d'alerte et l'accompagnement ajusté de la famille, mais aussi de mettre en place un suivi pluridisciplinaire auprès de professionnels spécifiquement formés à la prise en soin de nouveau-nés vulnérables et leur famille.

Lors de mon stage j'ai pu effectuer des suivis de surveillance dans un premier temps auprès du CAMSP qui effectue des suivis post séjour en néonatalogie. J'ai pu en autonomie sous la surveillance de ma maître de stage m'approprier la pratique de séances d'enfants de 9 et 4 mois d'AC puis d'1 mois d'AC et enfin une semaine d'AC. Enfin j'ai pu effectuer des interventions au sein du service de néonatalogie en tant que psychomotricienne stagiaire auprès des enfants lors des soins à 4 mains, les échanges avec les parents, les mobilisations, les portages, etc.

Ces interventions m'ont permis par avance d'appréhender le métier de psychomotricien dans le service. Cette expérience précieuse et riche d'enseignement me permet d'aborder sereinement et avec motivation mon projet professionnel orienté auprès des jeunes enfants.

Lors de l'élaboration de ce mémoire et des observations des attentes du personnel soignant et des familles il me semble intéressant pour aller plus loin dans la réflexion, de mettre en place pour les parents des ateliers de portage permettant, en les valorisant et lors de moment privilégié, de s'approprier les différentes méthodes de portage.

BIBLIOGRAPHIE

- Abergel, M., & Blicharski, T. (2013). Naissance prématurée et lien mère-enfant : Attachement de l'enfant, état de stress post-traumatique maternel. *Devenir, Vol. 25(1)*, 49-64.
- Albaret, J.-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F. (2018). Manuel d'enseignement de psychomotricité. De Boeck supérieur. (p 351-374)
- Arnaud, C., & Alonso-Bekier, S. (2005). *LES PREMIÈRES ANNÉES DE LA VIE*. 56.
- Bekhechi-Mistycki, V., & Guédeney, N. (2008). Évaluation des représentations maternelles de la protection dans la grande prématurité. *Devenir, Vol. 20(1)*, 5-33.
- Binet, G. (2000). *Prématurité et rupture du lien mère-enfant : La naissance inachevée*. G. Morin.
- Borghini, A., & Muller Nix, C. (2008). *Un étrange petit inconnu : La rencontre avec l'enfant né prématuré*. Éd. Érès.
- Buchs-Renner, I., & Iacobelli, S. (2009). Regards, paroles, espaces de pensée autour du bébé prématuré, de ses parents et de l'équipe en réanimation néonatale. *Spirale, n° 51(3)*, 25-33.
- Buil, A., Costa, S. M. D., Granger, A., & Devouche, E. (2017). Changer l'installation du soin peau à peau en néonatalogie pour une communication précoce de qualité. *Enfance, N° 4(4)*, 471-476.
- Buil, A., & Rocha, A. P. da. (2009). Un autre monde. *Enfances Psy, n° 42(1)*, 51-62.
- Bullinger, A. (2015). Les effets de la gravité sur le développement du bébé : L'espace de la pesanteur. Érès éditions.
- Candilis-Huisman, D., Brazelton, T. B., Palacio Espasa, F., & Delion, P. (2011). Ce que nous apprennent les bébés : Rencontre avec T. Berry Brazelton. Érès éd.
- Casper, C. (2012). La place des parents en néonatalogie : Introduction. *Devenir, Vol. 24(1)*, 5-7.
- Casper, C., Lescure, S., Prout, C., Pierrat, V., Glorieux, I., & Kuhn, P. (2015). La prise en charge neurosensorielle des nouveau-nés prématurés en néonatalogie : Où en sommes-nous aujourd'hui ? *Contraste, N° 41(1)*, 107-121.
- Casper, C., Raynal, F., Glorieux, I., Montjoux, N., & Bloom, M.-C. (2012). Quels sont les obstacles à l'implication précoce des parents en néonatalogie ? *Devenir, Vol. 24(1)*, 55-59.
- Charpak, N. (2006). La méthode mère kangourou. *Spirale, no 37(1)*, 97-106.
- Dageville, C. (2011). Le début de la vie d'un grand prématuré : Expliqué à ses parents.

Dalla Piazza, S., & Lamotte, P.-J. (2013). *Naître trop tôt : La prématurité expliquée aux parents et futurs parents bébé vous parle* (2e éd). De Boeck.

Danesi, N. (2009). La séparation à la naissance ou dans les premiers mois de vie pour une hospitalisation nécessaire : Un traumatisme pouvant mettre à mal l'enfant et sa famille. *Spirale*, n° 51(3), 83-92.

Devouche, E., & Provasi, J. (2019). *Le développement du bébé de la vie fœtale à la marche : Sensoriel, psychomoteur, cognitif, affectif, social*. Elsevier Masson.

Druon, C. (2009). *A l'écoute du bébé prématuré : Une vie aux portes de la vie*.

Druon, C. (2012). Quel lien entre le bébé prématuré et ses parents en médecine néonatale ? *Revue française de psychosomatique*, 41(1), 135.

Dugnat, M. (2006). *Les émotions (autour) du bébé*. éd. Érès.

Dumont, V., Allam, M. D. E., Guillois, B., Zabalia, M., & Roche-Labarbe, N. (2018). La perception tactile et ses implications dans la prise en charge néonatale. *Revue de Médecine Périnatale*, Vol. 10(4), 184-190.

Evin, E. & Pavy, P. (2022). *Porter son bébé en pratique*. Mango éditions

Feldman, R. (2002). Les programmes d'intervention pour les enfants prématurés et leur impact sur le développement : Et trop et pas assez. *Devenir*, Vol. 14(3), 239-263.

Glorieux, I., Montjaux, N., Bloom, M.-C., & Casper, C. (2012). Quels sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : Le point de vue des parents. *Devenir*, Vol. 24(1), 45-53.

Grenier, A. (2000). La motricité libérée du nouveau-né : Ses prolongements au quotidien pour le confort et la surveillance neurologique. *M & H, Médecine et Hygiène*.

Guédeney, N., Beckechi, V., Mintz, A.-S., & Saive, A.-L. (2012). L'implication des parents en néonatalogie et le processus de caregiving. *Devenir*, Vol. 24(1), 9-34.

Huguier, S., & Moulin, G. (2016). Dans l'intimité d'un service de néonatalogie. *Dialogue*, n° 212(2), 93-104.

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

Koenig-Zores, C., & Kuhn, P. (2016). Les unités de néonatalogie, un environnement inhospitalier ? Perceptions et attentes sensorielles du nouveau-né prématuré hospitalisé. *Revue de Médecine Périnatale*, Vol. 8(3), 141-148.

Laganière, J., Tessier, R., & Nadeau, L. (2003). Attachement dans le cas de prématurité : Un lien médiatisé par les perceptions maternelles. *Enfance*, Vol. 55(2), 101-117.

- Lamour, M., & Barraco, M. (2021). *Souffrances autour du berceau : Des émotions au soin, repères pour l'intervention* (Nouvelle éd.). Éditions Érès.
- Lison, H. (2009). Groupe de parents d'enfants prématurés. *Contraste*, N° 31-32(2), 251-267.
- Louis, S. (2010). *Le grand livre du bébé prématuré*. Éditions du CHU Sainte-Justine ; Éditions Enfants Québec.
- Mathelin-Vanier, C., Berdah, S., Chaffel, B., & Vermont, É. (2009). Les besoins psychiques du prématuré. *Enfances Psy*, n° 43(2), 19-31.
- Mauvais, P., Blazy, M., Lardière, D., Casini, M., Mugnier, S., Deligne, I., & Simon Bogaers, N. (2017). *La parentalité accompagnée*. Éditions Érès.
- Méro, S. (2014). La prématurité... D'une rive à l'autre... *Enfances Psy*, N° 64(3), 24-34.
- Micheau, N. (s. d.). *Le psychomotricien à la rencontre du bébé prématuré et de ses parents : Étayage de la parentalité*. (mémoire DE psychomotricité, Université Bordeaux)
- Pierrat, V., Zaoui-Grattepanche, C., Rousseau, S., & Truffert, P. (2012). Quels sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : Le point de vue du bébé. *Devenir*, Vol. 24(1), 35-44.
- Pignol, J., Lochelongue, V., & Fléchelles, O. (2008). Peau à peau : Un contact crucial pour le nouveau-né. *Spirale*, n° 46(2), 59-69.
- Potel, C. (2019). Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir.
- Ravier, A., & Pedinielli, J.-L. (2015). Prématurité et parentalité. *Enfances Psy*, N° 65(1), 145-157.
- Rivière, J. (1999). *La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant*. Solal.
- Simon, J.-A. (2010). « La peur de la peur » ou l'observation attentive en néonatalogie. *Enfances Psy*, n° 49(4), 65-77.
- Sizun, J., & Ratynski, N. (2021). *L'enfant né prématurément : Mieux le comprendre pour mieux le soutenir*.
- Thiriez, G., Duboz, M., Touzet, M., Fichtner, C., & Legouais, S. (2020). Titre : Quel soutien postural pour le nouveau-né prématuré hospitalisé ? (Texte complet). 58.
- Thomas, N., & Durrmeyer, X. (2008). La consultation neuropsychomotrice des grands prématurés. *Enfances Psy*, n° 38(1), 22-30.
- Vaivre-Douret, L. (2013). *La qualité de vie du nouveau-né : Corps et dynamique développementale*.
- Vigouroux, A. (2011). Le portage de l'enfant : Une réponse à ses besoins. *Le Journal des psychologues*, 285(2), 58-62.

Vriendt-Goldman, C. de, & Durieux, M.-P. (2005). Réflexion quant à l'accompagnement thérapeutique du bébé, de ses parents et des soignants en unité néonatale. *Devenir*, 17(1), 5-37.

Zélany-Vatine, M. (2004). «Petit... il est tout petit...»: Regards croisés sur l'extrême prématuré. *Champ psychosomatique*, no 34(2), 33-45.