



HAL
open science

Troubles maternels liés à l'usage de substances psychoactives : retentissements sur le développement psychomoteur du nourrisson - Place du psychomotricien dans cet accompagnement périnatal en contexte de conduites addictives maternelles

Emma Alvarez

► **To cite this version:**

Emma Alvarez. Troubles maternels liés à l'usage de substances psychoactives : retentissements sur le développement psychomoteur du nourrisson - Place du psychomotricien dans cet accompagnement périnatal en contexte de conduites addictives maternelles. Psychologie. 2023. dumas-04290966

HAL Id: dumas-04290966

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04290966>

Submitted on 17 Nov 2023

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**

**Troubles maternels liés à l'usage de
substances psychoactives :
Retentissements sur le développement
psychomoteur du nourrisson**

**Place du psychomotricien dans cet accompagnement
périnatal en contexte de conduites addictives
maternelles**

ALVAREZ Emma

Née le 29/08/2000 à Bordeaux

Maître de mémoire : Anne ROS
Praticienne hospitalier Réseau de Psychiatrie Périnatale

Mai 2023

AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS

Lors de ma pratique en psychiatrie périnatale sur un an, je n'ai rencontré que des mères souffrant de troubles liés à l'usage de substances psychoactives et n'ai malheureusement pas pu assister à une prise en soin en dualité père/nourrisson.

Il me tenait à cœur de préciser que je n'exclus aucunement le rôle extrêmement important du père dans la prise en charge, dans le soin et dans le développement psychomoteur du nourrisson. Il ne peut, en aucun cas, être moins considéré que la mère et le nourrisson, étant un élément clé d'une triangulation relationnelle très intéressante à aborder. Cependant, ce mémoire se centrera essentiellement sur les troubles de l'usage de la mère et leurs retentissements sur le nourrisson.

À mon père et à ma mère, qui m'ont permis d'être un mélange de deux personnes extraordinaires, d'être la personne que je suis maintenant ; qui m'ont toujours épaulé, suivi dans mes choix parfois sinueux ; qui m'ont appris, m'apprennent et m'apprendront toujours à devenir une personne indépendante et fière de mes avancées.

À ma sœur, image de la femme forte, indépendante et créative qui m'aspire à devenir meilleure tous les jours. Une éternelle reconnaissance envers elle de m'avoir porté et d'avoir accroché son wagon au mien dans chaque montagne russe que je vivais ; qui m'aide à reconnaître qui je suis et qui je veux être.

À mes amis, la source de moments de joie, de rires et d'émotions intenses, qui m'ont fait vivre des milliers d'expériences, et m'ont montré inconsciemment que les gens foncièrement bons ne sont pas des mythes ; qui m'ont appris l'importance du lien humain, de l'entraide et de l'amour.

À mes maîtres de stage, Frédérique **Joncheray** et Céline **Dolphens**, qui m'ont soutenu et fait découvrir durant toute ma troisième année le métier de psychomotricienne, qu'elles incarnent à merveille, comme si ce métier étaient façonnées pour elles.

À ma maître de mémoire, Anne **ROS**, qui a su m'apporter sa grande expertise du domaine addictologique, qui a pris le temps de m'aiguiller pour sortir un mémoire qui en vaut la peine.

Merci à tous mes relecteurs, qui ont pris du temps pour me lire et me relire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE	5
CHAPITRE I	9
APPROCHE THÉORIQUE DES TROUBLES MATERNELS LIÉS À L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	9
1. Définitions et critères diagnostics du trouble de l'usage	10
2. Épidémiologie maternelle et périnatale	13
3. Facteurs de vulnérabilité, facteurs de protection des troubles de l'usage 14	
4. Comorbidités.....	16
CHAPITRE II	17
PSYCHOMOTRICITÉ ET ACCOMPAGNEMENT DE LA GROSSESSE POUR L'ARRIVÉE DU NOURRISSON : PÉRIODE PRÉNATALE	17
1. Conséquences de la consommation maternelle de substances psychoactives sur le développement du fœtus	18
2. La place de la psychomotricité auprès de la mère dans l'accompagnement de l'arrivée du nourrisson : la relation foeto-maternelle	22
CHAPITRE III	28
DE LA NAISSANCE AU 1 AN DU NOURRISSON EXPOSÉ AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES, LA PSYCHOMOTRICITÉ ACCOMPAGNE LA PÉRIODE POSTNATALE.....	28
1. Ontogenèse du développement psychomoteur « ordinaire ».....	29
2. Conséquences de la consommation maternelle de substances psychoactives sur le développement du nourrisson.....	43
3. Quelles sont les missions du soin psychomoteur lors de la première année de la vie du nourrisson exposé aux substances psychoactives ? Enjeux et rôle de la psychomotricité.....	50
CONCLUSION.....	93
BIBLIOGRAPHIE	98
TABLE DES MATIÈRES.....	106

GLOSSAIRE

Global Rating Scale (GRS) : « *Échelle de notations globales des interactions mère-bébé* ». Cette échelle a été mise au point pour décrire les interactions « face à face ». (13)

Manuel Diagnostic et Statistiques des troubles Mentaux (DSM) : « *Classification des maladies mentales* ». (1) Cet ouvrage de référence propose une classification des troubles mentaux, tous décrits de façon claire, concise et systématique.

Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU) : « *Défaut de croissance du fœtus in-utero touchant d'emblée l'abdomen et le cerveau* ». (1)

Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) : « *Le syndrome d'alcoolisation fœtal est un trouble courant mais encore sous-diagnostiqué découlant de la consommation d'alcool par la mère pendant la grossesse* ». (113)

Substances psychoactives (SPA) : Définies par l'Organisation Mondiale de la Santé comme suit « *toutes substances psychotropes ou psychoactives qui, en raison de leur nature chimique, perturbent le fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifient les états de conscience.* ». Cette définition ne fait par conséquent pas de distinction entre les substances légales et illégales. (78)

Syndrome de Sevrage Néonatal (SSNN) : Le syndrome de sevrage néonatal désigne « *l'ensemble des symptômes qui se manifestent chez les nourrissons nés de mère ayant consommé certains médicaments ou drogues avant leur naissance* ». (19)

Troubles liés à l'usage / Troubles de l'usage (TU) : « *mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux manifestations, pendant 12 mois.* » (97)

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Les troubles de l'usage sont, dans notre société actuelle, un problème majeur de santé laissant apparaître de nombreux retentissements sanitaires, économiques, sociaux et surtout humains, impactant le développement psychomoteur.

Ce mémoire se centre sur les troubles maternels liés à l'usage de substances psychoactives en période périnatale et les conséquences qu'ils peuvent avoir sur le développement psychomoteur du nourrisson.

La période périnatale est une période autour de la naissance, qui vient couvrir la période péri-conceptionnelle, la grossesse et l'année suivant la naissance. (62)

Elle prend donc en compte la période pré-natale (avant la naissance) et la période post-natale (après la naissance).

Les troubles de l'usage sont définis comme « *l'ensemble des manifestations psychiques, physiques et comportementales, révélatrices d'une perte de contrôle de la consommation qui se répète malgré les conséquences individuelles (menaces sur la santé) et sociales (menaces sur la situation familiale, professionnelle en particulier) négatives.* » (1)

La période périnatale apporte certaines spécificités à la définition et aux conséquences des troubles de l'usage, d'une part concernant le seuil qui définit une consommation dite abusive. Pendant la grossesse, l'usage de substances psychoactives représente un risque pour la future mère comme pour l'enfant à naître. (13)(58)

Dans notre formation psychomotrice, la question des troubles de l'usage est très peu abordée, mais celle-ci m'a toujours intéressée et questionnée sur la prise en soin de cette population, alliant une prise en charge médicamenteuse et non-médicamenteuse, regroupant ainsi un grand nombre de professions, dont la psychomotricité, qui peut alors intervenir dans de nombreux domaines (gestion des émotions, relaxation, approche psycho-corporelle).

J'ai eu la chance, lors de ma troisième année d'étude en psychomotricité, de faire un stage dans un Centre Thérapeutique Résidentiel à Bègles, accueillant des

personnes confrontées à des troubles de l'usage avec ou sans substances, en rémission totale ou partielle. La réalité du terrain a montré que les personnes rencontrées lors de mon stage n'étaient presque jamais en rémission totale, continuant à consommer une ou souvent plusieurs substances psychoactives : c'est pourquoi j'ai décidé de focaliser ce mémoire sur les troubles de l'usage avec substances, n'ayant vu que cela durant mes stages.

En plus de ce stage, j'ai pu suivre une psychomotricienne sur le Réseau de Psychiatrie Périnatale du Centre Hospitalier Charles Perrens à Bordeaux, qui accueille des mères souffrant de troubles psychiques ou de difficultés relationnelles avec leur nourrisson, en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour.

J'ai ainsi pu accompagner des mères souffrant de troubles de l'usage, et pu observer les retentissements de ces troubles sur le développement psychomoteur de leur nourrisson.

Cette prise en charge de la période périnatale et l'accompagnement psychomoteur dans les liens d'attachements mère-enfant et de la parentalité m'a beaucoup animée, faisant sens avec mon autre stage en accueil thérapeutique résidentiel, avec des résidents eux aussi parfois parents, et évoquant des difficultés de relation et des nombreux retentissements de leurs consommations sur leurs enfants : au niveau psychomoteur, affectif et relationnel.

Cela m'a donc semblé intéressant de relier les deux sujets afin d'approfondir mes connaissances des conséquences sur le développement psychomoteur du nourrisson dans le contexte d'un ou plusieurs troubles de l'usage maternels, ainsi que de pouvoir en apprendre plus sur ce qui peut se jouer dans la période périnatale teintée de conduites addictives.

Ce mémoire me permet d'élargir mes compétences sur ce que peut offrir la psychomotricité dans cette dualité, profession encore d'ailleurs très peu installée dans les services d'addictologie, ou des services comme les maternités.

La grossesse et l'arrivée d'un enfant sont des moments à la fois privilégiés mais aussi complexes pour aborder la consommation des troubles de l'usage aux

substances psychoactives, car de nombreuses mères consommatrices ont peur de l'intervention des services sociaux, ou d'une stigmatisation des personnels de santé.(13) La consommation de produits tels que les substances psychoactives lors de la grossesse peut impacter les pronostics maternels et néonataux, alors même que l'on peut croire que la perspective d'une naissance peut devenir pour ces mères une opportunité d'avoir des soins. (109)

Bien que l'on ne puisse attribuer entièrement les retards de développement des nouveau-nés exposés dès *in-utero* aux substances psychoactives, il n'en demeure pas moins que celles-ci constituent un facteur de risque considérable dans le développement psychomoteur de l'enfant.

L'objectif de cet écrit est de comprendre l'impact sur le nourrisson de cette exposition dès *in-utero* aux consommations maternelles de substances psychoactives et d'en dégager des pistes d'actions psychomotrices pour en minimiser les répercussions à long terme (jusqu'à 1 an).

Pour cela, nous nous poserons la question suivante : **Comment la psychomotricité peut-elle agir sur la construction développementale du nourrisson né de mère souffrant de troubles liés à l'usage de substances psychoactives ?**

Je traiterai donc en première partie l'approche théorique des troubles maternels liés à l'usage de substances psychoactives, afin de définir et de comprendre au mieux les mécanismes des substances psychoactives. Puis dans une deuxième partie, je m'attacherai à décrire le retentissement des substances psychoactives sur le fœtus, puis à montrer le rôle de la psychomotricité lors de la période prénatale, dans l'accompagnement de la mère à l'arrivée du nourrisson. Enfin, en dernière partie, je verrai l'impact des substances psychoactives sur le développement psychomoteur du nourrisson, puis les missions de la psychomotricité dans la prise en soin et dans l'accompagnement de la période postnatale du nourrisson.

Ces parties seront illustrées par plusieurs vignettes cliniques que mes stages m'ont apportés, afin d'engager un lien théorico-clinique.

Plusieurs hypothèses seront alors à questionner dans ce mémoire pour répondre au mieux à cette problématique.

Hypothèse 1 : Quel est le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement du développement psychomoteur du nourrisson, dans son développement postural et moteur, dans la recherche de sensations, afin de prendre en charge les difficultés du nouveau-né exposé dans ses modalités de régulation ?

Nous aborderons tout cela sous l'approche sensori-motrice de **A. Bullinger**, permettant de comprendre au mieux comment le nourrisson se développe dans tous les domaines : l'exploration de l'environnement, le moteur, la conscience de soi, l'éveil, les sens.

Hypothèse 2 : Comment préserver le lien relationnel, en psychomotricité, entre la mère et le nourrisson exposé dès *in-utéro* aux substances psychoactives ? Pourquoi cela est important pour le développement psychomoteur du nouveau-né ?

Préserver ce lien et le mettre en avant dans les discussions avec la mère préviendra, pour **M. Ainsworth**, de nombreux troubles psychomoteurs, et permettra à la mère d'avoir une clé importante pour aider au développement harmonieux de son enfant et de pouvoir s'ajuster au mieux dans ses interactions, qu'elles soient vocales, visuelles, tactiles.

La psychomotricité a un rôle essentiel dans la prise en charge de cette dyade mère/nourrisson, pour que ces derniers puissent tout deux évoluer le mieux possible dans leur relation. Le dialogue tonico-émotionnel de **H. Wallon** et **J. De Ajuriaguerra** ainsi que l'accordage affectif de **D. Stern** sont-ils une des clés pour l'accompagnement psychomoteur pré-natal et post-natal ?

Hypothèse 3 : Le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement du nourrisson de mère souffrant de troubles de l'usage aux substances psychoactives est en grande partie de la prévention (qu'elle soit primaire ou secondaire).

Hypothèse 3.1 : Pour cette supposition, la prévention sera accompagnée de bilans psychomoteurs tels que l'échelle de Nancy Bayley, l'échelle de Bobigny, afin de surveiller et d'évaluer la construction développementale du nourrisson et de ses capacités. Le bilan psychomoteur permettra d'avoir une représentation des décalages et des acquisitions du nourrisson.

CHAPITRE I

APPROCHE THÉORIQUE DES TROUBLES MATERNELS LIÉS À L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

1. Définitions et critères diagnostics du trouble de l'usage

A. Définitions

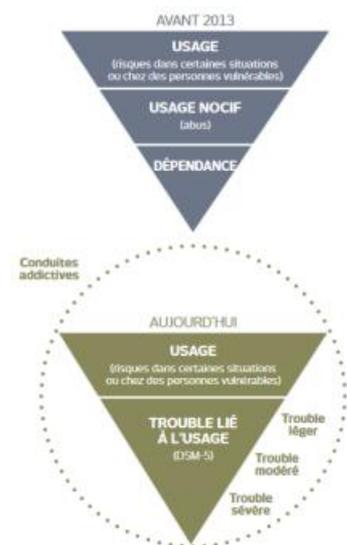
A. Goodman a proposé en 1990 une première définition du trouble de l'usage, anciennement appelé « addiction » : « **un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives** ». (109)

Dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux IV (DSM IV), les conduites addictives avaient une approche catégorielle avec trois parties : l'usage, l'abus et la dépendance.

En pratique, cependant, les critères relatifs à l'abus dénotaient parfois une sévérité assez marquée. Les changements apportés par le DSM V tiennent compte de cette réalité clinique.

Depuis 2013, à la sortie du DSM V, les catégories clés d'abus et de dépendance sont donc regroupées en un seul diagnostic de « **troubles liés à l'usage de substances ou d'un addictif** », comme nous pouvons le voir sur le schéma ci-contre. (7)

Évolution de la classification du trouble de l'usage (79 - schéma page 30)



Les troubles de l'usage (TU) de substances psychoactives (SPA) sont ainsi définis, dans la cinquième édition du DSM V, comme un « **mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins deux manifestations, pendant 12 mois.** » (7)

Nous passons alors avec cette mise à jour dans le DSM V, à une approche dimensionnelle, englobant, dans les conduites addictives, l'usage et les TU, qui s'intéressent bien plus au processus conduisant l'usage aux troubles.

Aujourd'hui, nous appelons donc « *conduites addictives* » l'ensemble des usages susceptibles d'entraîner un trouble. (8)

Goodman reste le premier à avoir défini cinq critères pour que l'on puisse parler de dépendance dans les troubles de l'usage. Ces critères de définition du « trouble addictif » ne sont plus à jour mais certains d'entre eux se retrouvent dans ceux du DSM V.

B. Critères diagnostics du DSM V

La cinquième édition du DSM apporte la modification suivante : les critères diagnostics des TU sont presque identiques à ceux décrits dans le DSM IV, à l'exception du rajout du critère de « **craving** » (critère numéro 3).

Le TU est donc maintenant sous-tendu par le phénomène du « *craving* », défini par un « **désir intense et irrépressible de consommer une substance, à l'origine d'une souffrance significative pour le sujet.** » (110)

Dans cette nouvelle approche, on comprend bien que la substance consommée en elle-même importe finalement peu, dans la mesure où elle est seulement le moyen de faire disparaître momentanément le craving.

Le TU se diagnostique, d'après le DSM V, par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, pendant 12 mois :

- 1) Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, à l'école ou à la maison).
- 2) Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
- 3) Craving ou désir urgent de consommer.

- 4) Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
- 5) Tolérance, définie par l'une des manifestations suivantes :
 - Besoin de quantités toujours plus grandes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - Effets nettement diminués en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
- 6) Sevrage (« manque ») se manifestant par l'un des signes suivants :
 - Apparition de symptômes de sevrage, variables selon la substance ;
 - La même substance (ou une autre) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- 7) Substance prise en quantité supérieure ou pendant plus de temps que ce que la personne avait envisagé.
- 8) Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- 9) Temps considérable consacré à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- 10) Abandon ou réduction d'activités (sociales, occupationnelles, loisirs) en raison de l'utilisation d'un produit.
- 11) Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance

La présence de 2 à 3 critères indique un trouble léger, 4 à 5 critères un trouble modéré et plus de 6 critères un trouble sévère. Cette évaluation permet de moduler et de proposer une prise en soin adaptée à l'utilisateur. (112)

Il existe aussi une classification des TU dans la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé (CIM-11), mais cette dernière étant restée sur une vision catégorielle et non pas dimensionnelle, est moins adaptée à la clinique.

2. Épidémiologie maternelle et périnatale

Le nombre de femmes en âge de procréer en 2018 était de 8,4 millions. (108)

Nous nous devons d'être prudent sur la prévalence des chiffres concernant les TU de SPA pendant la grossesse, car, outre le fait qu'ils soient peu connus en France, ils sont difficiles à établir en raison de la stigmatisation qui est reliée à ces troubles chez la mère.

Par conséquent, les femmes évitent souvent les services de santé et les services psychosociaux et ce, même durant leur grossesse. (22)

Elles peuvent aussi taire leur TU durant toute la période périnatale en raison de l'illégalité à la consommation de substances telles que l'héroïne, le cannabis et la cocaïne.

A. Du côté de la mère

Selon l'Enquête périnatale de 2016, 2,1% des femmes déclarent avoir consommé du cannabis pendant leur grossesse, et 16,5 % des femmes fument au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de leur grossesse. (116)

Pour ce qui est de la part des femmes consommatrices d'alcool durant la grossesse, 23 % avouent en avoir consommé, ne serait-ce qu'occasionnellement.

Nous pouvons nous rendre compte que les consommations d'alcool et de tabac pendant la grossesse ne sont pas des comportements rares, même s'ils sont minoritaires en France. (128)

En ce qui concerne la cocaïne, on estime qu'en France, 0,5 à 3 % des femmes enceintes sont consommatrices ; ces consommations diminuant de plus en plus lorsque l'on se rapproche de la naissance. (121)

B. Du côté du nourrisson

Selon le Plan National de Mobilisation contre les Addictions (2018-2022), on estime à une naissance pour 1000 la fréquence d'une forme complète de Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF). Environ 8000 enfants naissent chaque année en France avec des conséquences importantes de la consommation d'alcool durant la grossesse, sur le développement du cerveau. (128)

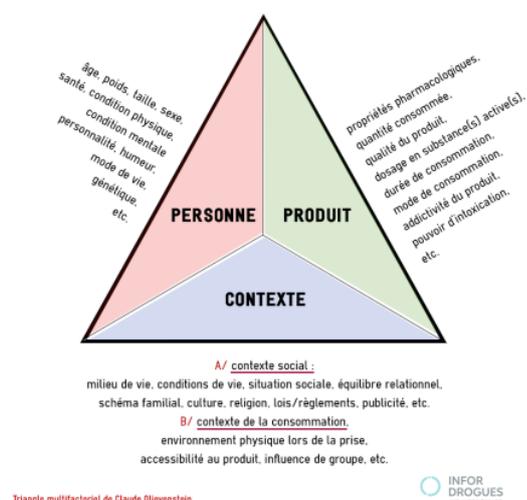
Pour finir, 500 000 personnes souffrent des conséquences de la consommation d'alcool de leur mère au cours de la grossesse, se caractérisant à des degrés différents par des troubles irréversibles de l'apprentissage, de la mémoire et du comportement. (108)

3. Facteurs de vulnérabilité, facteurs de protection des troubles de l'usage

Il existe de nombreux facteurs de vulnérabilité et de protection face à la consommation de SPA lors de la grossesse, non spécifiques aux femmes enceintes et donc rejoignant les facteurs de risque et de protection pour toute personne consommatrice.

Pour mieux comprendre les facteurs de risque, il semble important de parler du « triangle multifactoriel » du Docteur Olivenstein, outil permettant d'appréhender la consommation des SPA dans une vision globale de l'individu, en tenant compte de l'individu et de ses caractéristiques personnelles, de la nature du produit et du contexte dans lequel la consommation a lieu. (45)

Schéma du triangle du Docteur Olivenstein. (78)



En analysant alors les facteurs de risque liés à chacun de ces éléments du triangle, nous retrouvons le plus souvent les facteurs de vulnérabilité suivants, en rajoutant aussi les facteurs de protection au niveau du produit, du contexte et de l'individu.

✓ ***Au niveau du produit***

Facteurs de vulnérabilité	Facteurs de protection (47)
<ul style="list-style-type: none"> • Initiation précoce à la consommation • Quantité consommée • Fréquence de la consommation • Polyconsommation • Mode d'administration : ingestion, sniff, injection, inhalation 	<p>Il n'existe aucun facteur de protection</p>

✓ ***Au niveau du contexte (incluant le milieu de vie et le milieu social)***

Facteurs de vulnérabilité	Facteurs de protection (47)
<ul style="list-style-type: none"> • Pauvreté • Disponibilité des drogues • Conflits dans la famille, désunion ou en climat de tension • Influence de la culture, des amis ou des pairs : consommation dans le cercle d'amis par exemple. • Manque de reconnaissance et échecs (entraînant une non-fierté de soi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Situation économique stable • Maîtrise des situations • Soutien social et familial • Intégration dans la société • Évènements positifs de vie

✓ **Au niveau de l'individu**

Facteurs de vulnérabilité	Facteurs de protection
<ul style="list-style-type: none">• Prédisposition génétique• Maltraitance pendant l'enfance• Dépression et comportement suicidaire, exclusion sociale (isolement, solitude, repli sur soi)• Troubles de la personnalité et difficultés comportementales (agressivité, faible niveau de tolérance à la frustration)• Difficultés à gérer ses émotions• Niveau élevé de recherche de sensations et de nouveautés	<ul style="list-style-type: none">• Capacités à surmonter les difficultés, le stress et l'anxiété• Perception des risques• Comportements favorables à la santé• Optimisme et capacité à résister à la pression sociale• Qualités psychologiques (109) : estime de soi, capacités à choisir, à résoudre des problèmes, à devenir autonome...

4. Comorbidités

Le TU de SPA, qu'il soit maternel ou non, est une pathologie plurifactorielle : de nombreux facteurs peuvent amener à un TU.

En plus de son origine plurifactorielle, le TU lié aux SPA est souvent associé à de nombreuses comorbidités parmi lesquelles des troubles psychiatriques, les plus fréquents étant les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, les dépressions et les syndromes de stress post-traumatique. (92)

En effet, parmi les personnes souffrant d'un TU lié aux SPA, 70 % souffrent aussi d'un trouble de l'humeur, 35 % d'un trouble de stress post-traumatique, 30 % d'un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et 15 % de troubles psychotiques. La comorbidité trouble bipolaire/TU avec substances est majeure, avec une prévalence entre 40 % et 60 %. (124)

Toutes ces comorbidités fréquentes, associées aux TU maternels, vont alors elles-aussi jouer un rôle important sur la prise en charge des mères ainsi que de leur nourrisson, et donc retentir sur le développement psychomoteur de bébé.

CHAPITRE II

PSYCHOMOTRICITÉ ET ACCOMPAGNEMENT DE LA GROSSESSE POUR L'ARRIVÉE DU NOURRISSON : PÉRIODE PRÉNATALE

1. Conséquences de la consommation maternelle de substances psychoactives sur le développement du fœtus

En période prénatale, la consommation de SPA est considérée comme un facteur de risque pour le bon déroulement de la grossesse ainsi que le développement du fœtus.

Cette consommation est souvent associée à d'autres facteurs de risque (grossesses non ou mal-suivies, comorbidités psychiatriques) et il est donc très difficile d'arriver à confirmer chaque impact. (90)

Ces facteurs de risque liés à la consommation sont significativement associés à des risques d'accouchements prématurés, des retards de croissance intra-utérin (RCIU) chez le fœtus dus à une hypoxie intra-utérine (le placenta n'arrivant pas à fournir un approvisionnement adéquat en oxygène) ; ces RCIU affecteront le fœtus dans sa taille, son poids et sa circonférence crânienne. (155)

Aux risques principaux de l'administration par intraveineuse des SPA, il faut ajouter qu'un grand nombre de ces mères ont pu contracter le VIH et qu'il peut être transmis au fœtus. (109)

De plus, **Hoegerman** (1990) explique l'importance du moment de consommation durant la grossesse. En effet, les huit premières semaines de grossesse sont les plus critiques étant donné que durant cette période, la mère ne modifie pas ses conduites addictives par ignorance de son statut de femme enceinte.

De plus, des facteurs associés à la grossesse tels que les changements hormonaux peuvent altérer les niveaux de concentration d'une SPA dans le sang, et donc influencer le développement du fœtus. (90)

Il a été montré que les SPA passent la barrière hémato-placentaire et les effets de certaines sur le développement du fœtus sont bien connus. (155)

✓ ***Le tabac (première SPA consommée en France)***

Les risques associés à la consommation de tabac pendant la grossesse sont établis. En effet, ce sont la nicotine ainsi que les substances nocives du tabac, telles que le monoxyde de carbone et le cyanure qui vont créer de nombreux effets néfastes (le plus souvent une hypoxie).

Le tabagisme durant la grossesse est responsable de 25 % des faibles poids fœtaux. (109) Il augmente le risque de malformations congénitales (anomalies de tissus ou d'organes du corps du fœtus), de RCIU, de nombreuses complications de grossesse (rupture prématurée des membranes, décollement placentaire, grossesses extra-utérines). La mortinatalité est elle aussi plus présente (mort-né).

✓ ***L'alcool***

L'alcool traverse très facilement le placenta et le taux d'alcoolémie du fœtus est approximativement équivalent à celui de la mère. Même à petites doses, il a été montré que la consommation d'alcool peut entraîner des effets tératogènes pour le fœtus. (128)

La consommation d'alcool à tout moment de la grossesse peut affecter le développement du système nerveux central du fœtus.

Les risques étant les plus élevés entre la quatrième et la dixième semaine de grossesse environ, l'exposition à l'alcool entraîne une désorganisation de la migration cellulaire et du développement des tissus, amenant donc des malformations, ainsi qu'une déficience dans la libération d'hormones de croissance, un risque de faible poids du fœtus et un RCIU.

En particulier, la consommation d'alcool par la mère va ralentir la croissance intra-utérine dans les zones à croissance rapide telles que le cerveau, créant de nombreuses malformations cérébrales : hétérotopie du tissu neuroglial (du tissu sans

connexion avec le système nerveux central est retrouvé dans le rocher), diminution de la taille du noyau basal (structure nerveuse située à la base du cerveau).

Cette diminution aura pour conséquence d'altérer la mémoire, la pensée et la perception du nourrisson dès la naissance.

Même si les malformations dues à l'alcool se produisent le plus souvent durant le premier trimestre, la croissance du fœtus, elle, est affectée tout au long de la grossesse. (5) L'ensemble de ces caractéristiques pourront conduire, à la naissance, au diagnostic de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). [Cf. III.2 Conséquences de la consommation maternelle de substances psychoactives sur le développement du nourrisson, page 43]

✓ **Le cannabis**

Le *tétrahydrocannabinol* (THC, principale substance active du cannabis) passe facilement la barrière placentaire pour atteindre le cerveau du fœtus. Sa concentration sanguine fœtale est égale à la concentration sanguine de la mère. (92)(44) Même si des études chez le modèle animal montrent les conséquences du THC sur le cerveau, les retentissements des consommations de cannabis lors de la grossesse sur le développement du fœtus sont très difficiles à prouver. En effet, le cannabis est très peu souvent consommé seul, il s'associe la plupart du temps avec le tabac. (92)(156)

✓ **Les benzodiazépines**

Les benzodiazépines sont des médicaments psychotropes « dont l'effet principal s'exerce sur les fonctions psychiques et le comportement », (1) faisant partie des psycholeptiques, qui viennent exercer une action réduisant les symptômes anxieux.

Ainsi, ce sont les psychotropes les plus souvent prescrits durant la grossesse, car ils possèdent plusieurs effets cérébraux tels qu'un effet sédatif, anxiolytique, anti-convulsant et myorelaxant. (1)

Les benzodiazépines augmentent les risques d'avortements spontanés. (92) Ils traversent très rapidement le placenta, sont métabolisés dans le foie et s'accumulent dans les tissus adipeux du fœtus. Ce dernier pourra souffrir de risques d'intoxication

(asphyxie *in-utéro*) due à l'immaturation de son système hépatique pour métaboliser la substance. (90)

✓ **La cocaïne**

La cocaïne est un puissant vasoconstricteur (substance qui agit de façon à rétrécir les vaisseaux sanguins), diminuant donc le débit sanguin et le débit d'oxygène. (92) Elle traverse la barrière placentaire, et peut causer de nombreux dommages cérébraux au fœtus car elle atteint une concentration cérébrale quatre fois supérieure à celle du plasma.

L'usage de la cocaïne chez la mère va donc entraîner une vasoconstriction des artères utérines qui va diminuer le flux sanguin placentaire de 40 %, conduisant à une hypoxie pouvant aller jusqu'à la mort fœtale *in-utéro* (MFIU). (36)

L'augmentation du taux d'avortements spontanés et de décollements placentaires au troisième trimestre comptent parmi les complications majeures dues aux TU, particulièrement chez les utilisatrices de cocaïne par voie intraveineuse.

Par ailleurs, cette hypoxie génère chez le fœtus un stress qui entraîne des changements hormonaux et une augmentation de la dépense énergétique chez lui, pouvant amener à un arrêt spontané de l'activité cardiaque. (41)

Cette hypoxie altère également les systèmes cardio-respiratoire, endocrinien et nerveux central, poussant alors le fœtus à vouloir quitter l'utérus. Le risque d'accouchement prématuré est alors multiplié par deux, à moins de 37 semaines.

Lorsqu'on le compare à l'usage d'autres SPA, l'usage de cocaïne serait le meilleur prédicteur de morbidité infantile, de prématurité et de faible poids à la naissance. (41)

Les nourrissons exposés *in-utéro* pourraient aussi présenter une asphyxie néonatale, une hémorragie intracrânienne, une maladie des membranes hyalines (cause de détresse respiratoire), une hypoglycémie, une septicémie (infection du sang le plus souvent par une bactérie) et une hyper-bilirubine (concentration anormalement élevée de bilirubine – toxique pour le cerveau car elle n'est pas soluble dans l'eau). (90)

✓ **Les opioïdes et les traitements substitutifs aux opioïdes**

Les opioïdes et les traitements de substitution sont associés à un risque de RCIU. (90) L'usage d'opioïdes augmente également les risques d'accouchements prématurés et de mort subite du nourrisson. (155)

Bien que les opioïdes et leurs traitements substitutifs traversent tous la barrière placentaire, il semble que la méthadone, en comparaison avec l'héroïne, permette une réduction des risques de complications obstétricales (réduction des états de sevrage aigus, diminution de l'intoxication fœtale pouvant amener à un avortement spontané ou un décès du fœtus).

Il a été montré que les programmes venant substituer aux opioïdes viennent diminuer la polytoxicomanie, et favoriser un suivi addictologie et obstétrical régulier durant toute la grossesse. (90)

2. La place de la psychomotricité auprès de la mère dans l'accompagnement de l'arrivée du nourrisson : la relation fœto-maternelle

« La vie intra-utérine et la première enfance sont bien plus en continuité que ne le laisse croire la césure frappante de l'acte de naissance. »

S. Freud (1926) (35)

La grossesse s'accompagne pour toutes les mères d'un travail d'identification et de différenciation de l'enfant à naître. Cet être en gestation porté, un organisme étranger et familier à la fois, est déjà pourvu d'une identité conceptionnelle. (13)

Il est important de comprendre qu'une femme souffrant de TU et qui attend un enfant reste une mère comme les autres, et qu'elle ne doit pas être mise à part à cause de ses troubles.

La prise en charge psychomotrice de la grossesse de la femme souffrant de TU rejoint alors plusieurs abords de la prise en charge psychomotrice d'une femme qui ne consomme pas et qui attend elle aussi un enfant.

Il est donc important de préciser que cette partie fait aussi écho à une prise en soin psychomotrice qui n'est pas spécifique aux femmes souffrant de TU, et qui peut s'appliquer à toutes les mères qui subissent de réels changements corporels, psychiques et émotionnels lors de cette période de grossesse, bien que les mères souffrant de TU soient parfois plus prédisposées à une image corporelle défaillante.

La période de grossesse étant une période de grands remaniements dans la vie d'une femme, il me semble important d'évoquer l'approche psychomotrice de celle-ci, afin de préparer au mieux l'arrivée du nourrisson, qui sera ici exposé aux SPA.

Les maux psychiques et physiques (changements corporels, nouvelles sensations internes, stress maternel, image du corps mise à mal, envahissements et angoisses) de la grossesse peuvent être abordés sous un regard psychomoteur, car ce sont des maux qui vont venir s'exprimer dans le corps via les émotions, la régulation tonique, mais qui ont une origine psychique ou physique. (64)

Cette période intense déclenche chez toutes les mères des reviviscences d'états de souffrances antérieures, qui peuvent être occultés chez les mères souffrant de TU par des mécanismes de défenses tels que la consommation de SPA. (87)

Chez la mère souffrant de TU aux SPA, la proche venue d'un enfant vient souvent réinterroger sur les réminiscences psychiques et somatiques de sa propre histoire infantile, de ses deuils antérieurs, de ses identifications précoces à la maternité, et toutes ces reviviscences et ces questionnements viennent solliciter des mouvements émotionnels intenses.

Des impressions de vacillements identitaires liés à des sources d'angoisses archaïques massives peuvent conduire à un renforcement des consommations ainsi qu'à des risques pour la santé du bébé. (13)

La psychomotricité intervient donc dans la prise en charge de la mère souffrant de TU de SPA pour accompagner l'arrivée de bébé, en travaillant à travers le corps sur leurs sources d'angoisses maternelles, sur leurs émotions et leurs sentiments : tout cela venant jouer un rôle important dans le développement du fœtus et du nourrisson à venir. (46)

En effet, une étude française a permis de montrer que le bébé est en interaction avec sa mère dès le début de la grossesse, et que les ressentis de la mère auraient des répercussions sur le développement moteur et l'évolution comportementale du nourrisson. (93)(57) Les émotions et l'état psychologique de la mère viennent jouer un rôle prépondérant dans le lien avec son enfant : c'est la **relation fœto-maternelle**. Dès *in-utéro*, un dialogue entre la mère et le fœtus s'installe alors déjà.

Pour **P. Delion**, le nourrisson est un être doté dès la naissance de grandes compétences et d'un tempérament qui lui est propre. Le fœtus possède des capacités sensorielles et interactives dès le milieu utérin. (152) Cette organisation le rend alors apte à percevoir et à traiter les informations sensorielles et émotionnelles venant de l'environnement extérieur.

Pour illustrer la relation fœto-maternelle, nous prendrons l'exemple des flux sensoriels entre la mère et le fœtus : dans le ventre de sa mère, le bébé va ressentir un bain de sensations tactiles auquel il va répondre par l'intermédiaire de son tonus. Inversement, les variations toniques du fœtus vont être ressenties par la mère par les modifications des contacts contre la paroi de son utérus.

La vie intra-utérine est le premier espace interactif entre la mère et son bébé, qui permet donc l'amorce d'un premier dialogue, d'une première relation entre deux corps toniques, qui sont sources d'intenses sensations et émotions. (85)(150)

Les affects négatifs de la mère sont alors importants à travailler afin que le fœtus puisse au mieux se développer pendant la grossesse. De plus, ils prédiraient des troubles de la relation mère-bébé, de la santé et du développement psychomoteur du

nourrisson à venir, prouvant le rôle de l'affectivité maternelle dès *in-utéro* pour le développement du nourrisson. (57)

De ce fait, ils peuvent être pris en charge selon une approche psychique et corporelle en psychomotricité dans l'imminence de la naissance de l'enfant, car ils sont une source majeure d'expériences sensorielles pour le fœtus, qu'il gardera en mémoire jusqu'au stade post-natal : c'est la **transmission « transnatale »**.

Un travail sur l'accompagnement et la proposition des flux sensoriels par la mère peut alors être proposé : le fœtus aura ainsi déjà de nombreuses clés pour s'apaiser dès sa naissance, pour se réguler par des mouvements vestibulaires et proprioceptifs, des voix, des chansons, des odeurs qui lui seront déjà familières. (93)

Pour cela, le psychomotricien vient accompagner les changements sensoriels, corporels et temporels que la mère souffrant de TU est plus à même de ressentir.

Lors de la grossesse, le corps se modifie rapidement. L'image du corps, la régulation du tonus et la contenance corporelle sont particulièrement mises à mal, et sont accentuées chez la mère souffrant de TU, déjà prédisposée à une image du corps défaillante et une narcissisation compliquée. (64)(109)

Ainsi, l'investissement de la femme enceinte dans une activité psychomotrice peut venir permettre une meilleure disponibilité psycho-corporelle pour l'accueil de l'enfant à venir. (64)

✓ ***Approche psychomotrice d'une réduction du stress maternel***

La grossesse est un état psychique qui peut venir augmenter de manière importante le débit veineux, le rythme cardiaque et la consommation d'oxygène car la croissance du fœtus demande d'apporter une plus grande quantité de sang vers l'utérus.

Les TU de SPA peuvent eux-aussi venir renforcer ces actions, car ils viennent accélérer le rythme cardiaque, déclencher un état d'alerte important ainsi que des moments d'euphorie intenses chez la mère.

Toutes ses modifications dans l'organisme de la mère en devenir peuvent entraîner un stress maternel, ce dernier ressenti par le fœtus. (48)

Un travail de méditation, relaxation, respiration, peut être un moment agréable où la mère a le droit de se poser, s'offrant un moment privilégié pour prendre soin d'elle ainsi qu'être à l'écoute de ses ressentis corporels et psychiques. Le psychomotricien vient amener de la détente et du plaisir chez la mère, en proposant une autre manière pour cela que de consommer.

Trouver des solutions telles que la relaxation à des moments d'angoisses et de stress peut petit à petit amener la mère souffrant de TU de SPA à moins dépendre de la substance dans des moments difficiles, déclencheurs de *craving*.

La réduction du stress maternel permet alors une meilleure efficacité des interventions thérapeutiques, et réduit également le risque de rechute du TU dans la période post-natale, augmentant la disponibilité de la mère à s'occuper de son enfant, et diminuant le risque d'apparition de troubles de l'attachement chez ce dernier. (48)(51)

✓ **Travail psychomoteur sur l'estime de soi**

Chez les mères souffrant de TU, l'estime de soi est fragilisée, avec une prédisposition à une image du corps défaillante souvent due à des antécédents traumatiques. (13) **P. Jeammet** considère le TU comme un moyen trouvé permettant à la patiente d'assurer son homéostasie narcissique et son identification, qui fait pour elle défaut. (81)

En effet, ces femmes peuvent avoir des difficultés pour mentaliser, pour élaborer ainsi que pour symboliser. Leur enveloppe corporelle et psychique est défaillante, souvent sans sécurité interne. La mère consommatrice est atteinte dans son sentiment d'existence, la substance venant alors « panser » ce défaut identitaire. (109)

La grossesse étant à elle-même une période de remise en cause de l'identité et de sentiment d'identité de la mère, les TU venant se rajouter à cela viennent alors renforcer cet affaiblissement narcissique. (48)

L'estime de soi est donc « *fragile et instable, d'où les oscillations permanentes entre l'intense dévalorisation et le sentiment de perfection et de toute puissance.* » (103)

C'est pourquoi un travail sur l'estime de soi en passant par l'engagement corporel peut venir permettre à la mère souffrant de TU de SPA de reconsidérer son corps comme base de narcissisme et de son identité, et ainsi permettre une meilleure disponibilité corporelle, émotionnelle et sensorielle à proposer au fœtus et plus tard au nourrisson. Le psychomotricien peut venir aider la mère à retrouver une unité corporelle ainsi qu'à percevoir son corps comme un support solide, pour que le fœtus puisse évoluer dans un endroit sécurisant et contenant, apprécié par lui comme par sa mère.

✓ ***La prise de conscience corporelle***

L'engagement corporel par les médiations corporelles et sensorielles permet à la mère de sentir et de ressentir son corps changé par la grossesse ainsi que par les substances consommées, afin de se le réapproprier et de reprendre le contrôle. La période de grossesse, liée à ses TU, prédispose la mère à une défaillance de son image du corps et de son schéma corporel. Des sensations corporelles d'envahissement et de dévoration peuvent aussi amener la mère à se sentir mal à l'aise dans son propre corps, en ayant l'impression qu'il ne lui appartient plus. (21)

Il est important d'acheminer l'idée, à la mère souffrant de TU, qu'elle peut avoir en elle un sentiment de sécurité interne ainsi qu'un corps contenant et solide. Ce sentiment de contenance peut être apporté de manières différentes que par la prise de substances : expression corporelle, méditation et conscience corporelle, respiration. (145)

La psychomotricité vient alors accompagner la mère souffrant de TU de SPA au cours de sa grossesse dans la prise de conscience de l'importance de la qualité des stimulations extérieures qui se situent aussi bien au niveau de la parole, de la caresse, de l'apport nutritionnel, que de la pensée et des émotions, pour que le fœtus soit en bonne santé. (85)

La psychomotricité va alors prendre en compte la mère dans sa globalité, en laissant la place à la perception par la mère de sa propre situation, de ses besoins et de sa propre capacité d'adaptation, pour préparer au mieux l'environnement que le nourrisson recevra lors de sa naissance.

CHAPITRE III

**DE LA NAISSANCE AU 1 AN DU NOURRISSON EXPOSÉ
AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES, LA
PSYCHOMOTRICITÉ ACCOMPAGNE LA PÉRIODE
POSTNATALE**

1. Ontogenèse du développement psychomoteur « ordinaire »

Depuis **Brazelton**, nous savons que le bébé commence à exister bien avant sa naissance. La naissance ne constitue pas une rupture mais un passage puisque le bébé a déjà commencé l'apprentissage de la vie dans le milieu utérin. À la naissance, **P. Delion** affirme donc que le nourrisson arrive équipé et compétent.

[Cf. II.2. La place de la psychomotricité auprès de la mère dans l'accompagnement de l'arrivée du nourrisson : la relation foeto-maternelle, page 22]

J'ai choisi d'aborder cette partie en m'appuyant sur les propos et l'approche de **A. Bullinger**. Ce psychologue évoque la construction de l'être humain grâce à l'angle de la sensorimotricité, se basant notamment sur les travaux de **Piaget**, **Wallon**, **Spitz**, **De Ajuriaguerra** pour n'en citer que les plus fondamentaux.

Selon **Bullinger**, l'approche sensorimotrice du développement psychomoteur du nourrisson est une approche globale, dans laquelle on ne peut envisager séparément les capacités motrices, les capacités relationnelles, ainsi que les aspects cognitif et social, le corps étant le point d'ancrage. (24)(25)

En permanence, le développement sensorimoteur du nourrisson relie le tonus, le développement postural, les flux sensoriels et le milieu entourant l'enfant : c'est ce que **Bullinger** appelle **les modalités de régulation** du nourrisson.

Se développer est un processus qui s'alimente à travers différentes modalités de régulation, permettant au nourrisson d'avoir le sentiment d'être un corps entier : ce corps devenant un outil pour pouvoir explorer et interagir.

Il est important d'avoir en tête que le développement psychomoteur de l'enfant est donc un processus, une construction qui va être dynamique, avec de nombreux remaniements et de nombreuses consolidations qui feront surface petit à petit.

« Le développement de l'enfant est un processus et non un état ».

A. Bullinger (30)

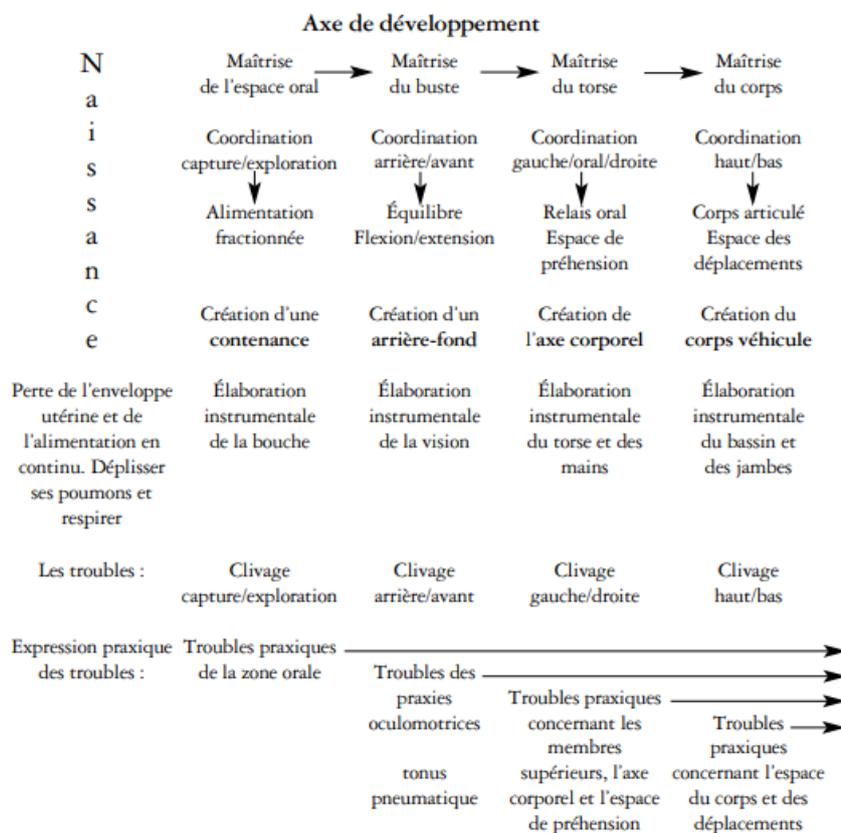
Bullinger décrit donc un axe du développement sensorimoteur au cours duquel les modalités de régulation du nourrisson se mettent en place.

Nous décrivons alors les différents espaces du développement aussi appelés « étapes d'instrumentation », les niveaux de vigilance, les flux sensoriels et les interactions avec le milieu humain ainsi que les représentations.

Il est important de comprendre que le développement psychomoteur du nourrisson se construit grâce aux liaisons entre les aspects sensoriels, toniques et humains, même si dans cette partie nous les décrivons chacun leur tour. (144)

A. Les espaces du développement

Bullinger définit les principales étapes du développement sensorimoteur du nourrisson, en faisant une description de l'évolution en termes d'espaces successifs que le nourrisson va venir maîtriser (espace utérin, espace de la pesanteur, espace oral, espace du buste, du torse et du corps). Ces espaces viennent s'emboîter à travers la dynamique des expériences et des acquisitions du nouveau-né. (30)



Nous présenterons les différents espaces de développement dans l'ordre dans lesquels ils sont investis par le nourrisson dès la vie *in-utéro*. (30)

✓ ***L'espace utérin***

Dans l'espace utérin, le fœtus est porté par le liquide amniotique. Il est ainsi en interaction avec son enceinte : les variations des flux sensoriels (qu'ils soient vocaux, tactiles, vestibulaires...) qui viennent à lui entraînent des réponses corporelles d'extension qui sont contenues par la paroi utérine. Les réactions motrices sont immédiates et viennent constituer un des premiers modes de dialogue tonique et tactile entre le fœtus et la paroi utérine, donc entre le fœtus et sa mère.

✓ ***L'espace de pesanteur***

À la fin de la vie fœtale, le bébé grandit et son dos est en frottement permanent contre la paroi utérine. La chaîne d'extension (arrière) se développe plus vite que la chaîne de flexion (avant) ; ainsi, aux extensions du fœtus répondent des contractions du muscle utérin, replaçant le fœtus en position d'enroulement.

À la naissance, les effets de la pesanteur viennent s'exercer pleinement. Le nourrisson est donc soumis à la gravité. Cela met un terme à la position d'enroulement et impose une nouvelle coordination entre les signaux vestibulaires, tactiles et osseux. L'organisation tonique et posturale du bébé doit faire face à de nouvelles contraintes telles que la perte du regroupement qui lui était imposé par le muscle utérin, la perte des limites par absence de contact des extrémités et l'absence de maintien de la tête qui ne permet plus aux capteurs sensoriels (vestibule, œil...) de réguler la posture.

Un équilibre entre les chaînes d'extension et de flexion va donc devoir se mettre en place. Le regroupement du plan dorsal et l'extension du plan ventral expriment un redressement actif contre la pesanteur, et sont donc sans cesse en équilibre.

Mais ce regroupement reste très fragile et nécessite de prendre appui sur le milieu humain qui assure sa première mise en forme, pour donner continuité et contenance au nourrisson.

De plus, la sensorialité du bébé n'est plus alimentée de la même façon : le vestibule et la peau sont moins sollicités, les stimuli sonores qui l'accompagnaient (bruits intestinaux, bruits de cœur maternel réguliers) ne sont plus présents, et le nourrisson est exposé à la lumière. Le traitement des informations sensorielles s'effectuant par la voie archaïque du système nerveux amène donc un recrutement tonique et une mise en tension de l'organisme suivie de réaction d'orientation (réflexes archaïques).

Le bébé est donc très sensible aux flux sensoriels, au partage émotionnel au travers le dialogue tonique et aux interventions visant à harmoniser les afférences sensorielles.

✓ **L'espace oral**

La sphère orale se construit dès la vie *in-utéro*, au cours de laquelle des conduites de succion et de déglutition sont observées. Cet espace se construit de manière active et multimodale : gustative (saveur du liquide qu'il avale), tactile (la langue vient créer des sensations tactiles à l'intérieur de la bouche) et vestibulaire (la langue vient créer un mouvement). L'activité alimentaire, c'est à dire l'instrumentalisation de la sphère orale, suppose la coordination progressive de deux composantes : la **capture** et l'**exploration**.

« La **capture** peut se définir comme un mouvement synergique, souvent violent, amenant le buste, la tête, et la bouche vers le sein ». (31)

Elle permet donc un recrutement tonique. La forme de ce mouvement et son déclenchement font partie des conduites qui sont biologiquement déterminées (gérées par le système archaïque).

Parallèlement, les conduites **d'exploration** traitent de l'ajustement spatial des lèvres, de la mâchoire, de la langue (gérées par le système tactile). Ces conduites d'exploration, n'ayant pas de finalité alimentaire, vont venir élargir les expériences

sensorimotrices du nourrisson. La bouche va alors devenir un moyen privilégié d'exploration de l'environnement.

Dès qu'il vient au monde, l'espace oral est donc le premier espace auquel le nourrisson accède dans la construction de l'image corporelle. Sa perturbation risque donc fort de retentir sur les autres espaces de préhension et de locomotion. On peut ainsi dire que la désorganisation de cette fonction va avoir un retentissement sur l'état organique et relationnel du nourrisson. (11)

Chez les nouveau-nés exposés aux SPA, on assiste à de nombreux troubles concernant la sphère orale, avec souvent un déséquilibre entre la capture et l'exploration. (15)

Nous rencontrons **Manon (4 mois)**, exposée à une dose fréquente de cocaïne tout au long de la période de grossesse.

Son système de **capture** vient prendre le pas sur le système d'exploration : En effet, le système archaïque est trop puissant, c'est l'aspect irritatif des stimulations qui domine. Cela entraîne chez Manon une hyper-extension, rejetant sa tête en arrière.

Il y a une désorganisation de sa posture nécessaire à la prise de nourriture, éloignant sa bouche de la nourriture et amenant chez elle des problèmes de déglutition. Les mouvements des lèvres et de succion ne sont pas orientés par les conduites d'exploration, les objets sont mis à la bouche sans qu'une découverte ne soit possible.

À l'inverse, nous rencontrons **Lucas (4 mois)**, exposé tout comme Manon à la cocaïne, qui semble avoir de nombreuses difficultés dans la prise de ses biberons.

Il semble avoir un système tactile trop puissant, engendrant chez lui, lorsqu'il met quelque chose à la bouche, une **exploration** qui lui suffit, et ayant donc pour conséquence une abstinence d'absorption du liquide et tétée.

Lucas fait de nombreux mouvements de lèvres et de langue pour maximiser ses sensations tactiles. La fonction alimentaire a alors du mal à se déployer, avec une déglutition très difficile.

Pour finir, la zone orale est une zone d'alimentation mais aussi un lieu de passage entre les espaces gauche et droit, jouant un rôle important dans la mise en place des coordinations entre ces deux emplacements. Elle est le lieu privilégié d'exploration des objets et de transit entre le passage d'une main à l'autre. Elle permet l'unification des coordinations entre les deux mains du nourrisson.

✓ **L'espace du buste**

C'est la maîtrise du buste qui va permettre un progressif redressement du nourrisson par la constitution d'un équilibre entre extension et flexion. Lorsqu'il naît, le nouveau-né n'a pas les moyens de compenser le déséquilibre entre l'extension et la flexion, l'enroulement étant auparavant assuré par son enveloppe utérine.

Afin d'assurer la flexion pour atteindre plus tard un équilibre flexion/extension, le milieu humain a un rôle essentiel à jouer. En effet, la présence, le portage physique et psychique sont essentiels pour offrir au nourrisson des appuis jusqu'à ce qu'il intériorise l'enroulement. (29) [Cf. III.3.B *Accompagnement par le psychomotricien du développement moteur, psychique et sensoriel du nourrisson exposé aux substances psycho-actives, page 58*]

C'est à 6-7 mois que le regroupement du bébé est maximum, permettant à ce dernier, couché sur le dos, d'attraper ses pieds avec les mains et de les porter à sa bouche. Il peut aussi réaliser le croisement en saisissant son pied droit avec la main gauche et inversement : c'est le **regroupement haut/bas**. Regroupement et extension sont alors en équilibre, ce qui stabilise le nourrisson. Le rôle de la respiration comme moyen de maintien du buste par le tonus pneumatique (blocage de la respiration permettant le redressement du buste) vient alors s'estomper. (30)

Cet équilibre crée les meilleures conditions pour que le système visuel du nourrisson trouve un appui permettant l'exploration visuelle. Le redressement du nourrisson et donc la coordination de sa vision focale et périphérique (opérée en moyenne entre 10 et 12 semaines) vont permettre le déplacement du regard en fonction d'un objet dans l'espace, sans entraîner de désorganisation corporelle, et donc permettre de nouveaux regards si importants pour les interactions.

Dario est un nourrisson de **6 mois**, que nous rencontrons à l'unité temps-plein du Réseau de Psychiatrie Périnatale, avec sa maman, **Madame N**.

Madame N a de nombreux troubles de l'usage (cocaïne, ecstasy, cannabis), entraînant une forte fatigue ainsi qu'une forte hypotonie. Elle peut nous avouer qu'elle n'éprouve pas de plaisir et n'a pas la ni force de porter Dario.

Dario est alors très peu porté, laissé sur la table à langer en position d'extension très souvent. Dario possède un déséquilibre flexion/extension, avec un milieu humain qui ne peut à l'instant T lui offrir une possibilité de flexion.

Pour compenser le manque de tenue de son buste, Dario a un fort tonus pneumatique : il bloque sa respiration.

Ne pas pouvoir offrir à ce nourrisson une aide au regroupement des parties gauche et droite et de son bas et son haut du corps entraîne ainsi un clivage avant/arrière et haut/bas, mettant à mal la suite de son développement psychomoteur.

✓ *L'espace du torse*

L'étape de la maîtrise du torse est caractérisée par la coordination des **espaces droit et gauche** du corps, organisée autour de l'axe corporel, et permettant donc une torsion du torse. Les dissociations toniques des deux hémisphères vont permettre des activités différenciées de manipulation et d'appui. (29)

Comme nous l'avons évoqué plus haut, la zone orale est dans cette étape fortement sollicitée, permettant une unification de l'espace de préhension, et assurant le relais nécessaire pour passer les objets de gauche à droite.

✓ *L'espace du corps*

Il se construit par une coordination entre **le haut et le bas** du corps. L'investissement du bassin est permis par les capacités de redressement et de rotation du nourrisson.

Son enroulement, *via* un schéma de flexion (schéma en moyenne atteint entre 6 et 10 mois), va permettre une mobilisation des membres inférieurs dans leurs fonctions de portage du corps et d'exploration. (29)

Pour le nourrisson, c'est donc une première représentation du corps mobile en action, première représentation sensorimotrice de son corps articulé. (94)

B. Les niveaux de vigilance

T.B Brazelton, dans son échelle du comportement néonatal, décrit 6 états de vigilance. Chez le nourrisson, ces états se succèdent à l'intérieur d'une périodicité de quatre heures, appelée *période ultradienne*. (6)

- *Sommeil profond (État 1)* : Respiration régulière et absence de motricité.
- *Sommeil léger (État 2)* : Mouvements oculaires rapides, respiration irrégulière et mouvements corporels (au niveau du visage notamment).
- *Somnolence (État 3)* : Les yeux sont mi-clos, mais le regard reste vague. La motricité est incertaine.
- *Éveil calme (État 4)* : L'éveil calme est le **moment de disponibilité optimale pour l'interaction** (souvent idéale après les temps de repas). Il y a une grande attention et réceptivité à l'égard de l'entourage du nourrisson, traduit par une motricité adaptée, une respiration régulière et un regard vif. Les moments d'éveil calme vont progressivement se faire plus longs et plus fréquents.
- *Éveil agité (État 5)* : Décharge motrice importante.
- *Détresse (État 6)* : Respiration irrégulière, pleurs, présence de mouvements, yeux ouverts ou fermés.

Ces six états reflètent à la fois la vigilance du bébé, mais aussi son niveau d'excitation motrice et la qualité de son vécu affectif. (43)

Le passage d'un état de vigilance à un autre **modifie l'état tonique** du nourrisson. Ce passage se fait sans progression et va être qualifié de « tout ou rien ».

Les changements d'états se font donc sans phase intermédiaire, pouvant s'apparenter pour **Bullinger** à « *des passages chez le cheval du trot au galop* ». (24)

Même si cela est caractéristique du nourrisson, ceux exposés aux SPA ont souvent la persistance de ce format « on/off » même en grandissant, ce qui devient alors préoccupant.

Lorsque nous rencontrons **Max** à l'hôpital de jour, nous avons en face de nous un nourrisson de bientôt **9 mois** (exposé dès *in-utéro* à la cocaïne et au tabac), qui sollicite très peu l'autre et son milieu, si peu qu'il pourrait se faire « oublier ».

Max est un nourrisson qui est très sensible aux changements sensoriels (bruits, changements de bras), impliquant chez lui un trop grand temps de *sommeil profond (état 1)* : Max passe la plupart de sa journée à dormir pour couper toutes les entrées sensorielles et se protéger.

Les temps d'*éveil calme (état 4)* ne se rallongent pas comme convenu : Max est alors souvent en absence de motricité, avec de nombreux retards de développement moteur. Il est aussi peu disponible pour l'interaction.

C. Les flux sensoriels

Les flux sensoriels sont déjà présents *in-utéro*, entre la 7ème et la 20ème semaine de grossesse. Seul le système visuel est plus tardif, il apparaît vers la 34ème semaine de grossesse. Les flux sensoriels apparaissent dans l'ordre suivant : (6)

✓ **Les flux tactiles**

La sensibilité tactile est la plus archaïque : elle apparaît dès la 7ème semaine de grossesse. Tout au long de la grossesse, les sensations tactiles du fœtus deviennent plus fines et plus nombreuses, permettant à ce dernier d'être sensible aux pressions

et à la douleur dès 22 semaines de grossesse. Le liquide amniotique dans lequel baigne le fœtus permet un sentiment de contenance pour lui. Le tact concerne toute la surface corporelle et est créé à la fois par le contact avec une surface mais aussi avec un fluide, un gaz, ou des vibrations de basse fréquence. (6)

La modalité tactile est ainsi en liaison étroite avec les dimensions relationnelles, la peau étant le principal organe de perception sensorielle dans le vécu du bébé. Les échanges tactiles sont donc les canaux de communication privilégiés. (55)

Il est également important de noter que le système tactile est fortement sollicité au moment de la succion, présente dès *in-utéro* et au moment de l'alimentation plus diversifiée à partir de 4-5 mois.

D. Anzieu évoque le fait que le sens tactile est le seul à posséder une structure réflexive : lorsque l'on touche quelque chose, on éprouve deux sensations simultanées : toucher et être touché. (55)

Mathéo est un nouveau-né exposé au tabac durant toute la période *in-utéro*.

Lors de ses prises en charge à la naissance dues à sa forte prématurité, il est mis à mal par de nombreuses stimulations douloureuses, répétées et stressantes, amenant chez lui des expériences tactiles désagréables.

De nombreuses conduites d'évitement sont mises en place par Mathéo : irritations sensorielles, schéma postural en hyperextension, fuite du regard, cris aigus lorsqu'on le touche.

En plus de cela, Mathéo est très sensible aux changements de bras d'une personne à l'autre qui modifient le toucher qu'il reçoit.

✓ **Le flux gravitaire**

Le flux gravitaire est perçu par le système vestibulaire, les différents organes de ce système étant abrités dans l'oreille interne. Le système vestibulaire permet d'être renseigné sur la position du corps dans l'espace et de ses déplacements. (30)

Ce sens est stimulé très tôt. En effet, entre la 7^{ème} et la 9^{ème} semaine de grossesse, le fœtus, baigné dans le liquide amniotique, reçoit des stimuli vestibulaires en permanence, du fait de ses propres déplacements et de ceux de sa mère.

Lors de la naissance, la force de pesanteur amène une nouvelle donne au nourrisson, qui s'impose alors à son corps, lui donnant un éprouvé de démantèlement. Cet effet de pesanteur explique sa relative hypotonie et immaturité motrice, comme s'il se retrouvait collé au sol sans pouvoir lutter contre la pesanteur. Cependant, la maturation du système vestibulaire est très rapide, ce qui lui permet d'être fonctionnel vers 6 mois.

Chez les nourrissons nés de mère souffrant de TU, nous pouvons observer l'importance de la **stimulation vestibulaire**.

En effet, être contenu dans une posture, regroupé dans les bras, avec un balancement, peut les calmer très vite, eux qui connaissent souvent de longs moments de pleurs excessifs. (30) Il faut parfois marcher, chanter pour augmenter les sensations de vibrations corporelles, qui doivent rester continues et douces.

✓ ***Le système gustatif***

L'ensemble du système gustatif est fonctionnel vers la 12^{ème} semaine de grossesse. Le nourrisson tâte alors le liquide amniotique qui l'entoure, la composition et le goût de ce dernier étant directement en lien avec l'alimentation de la mère.

De ce fait, à la naissance, le nourrisson est capable de différencier les quatre saveurs primaires (sucré, salé, amer, acide), chacune caractérisant une mimique caractéristique. Il a été observé que le nourrisson va avoir une préférence pour le sucré, ce qui déclenche chez lui une succion, signe de détente. (6)

✓ **Les flux olfactifs**

Les flux olfactifs sont perçus dès la vie utérine (autour de la 14^{ème} semaine de grossesse) et donnent lieu à des habitudes et des discriminations qui sont observées dès la naissance. Le nourrisson est alors sensible à l'odeur du mamelon et du lait de sa mère, en se servant de son olfaction pour s'orienter. (94)

Les odeurs familières ont une valeur de contenant pour lui lorsqu'elles sont associées à des contacts, des comportements ou des échanges apaisants et sécurisés : chez le nourrisson, une odeur connue permet le retour à un état stable plus rapidement.

✓ **Les flux sonores**

Le fœtus est baigné dès le début dans un bain musical que va constituer l'organisme de la maman, composé de sons internes (tels que les bruits cardiaques, la respiration), de vibrations et de sons extérieurs.

Autour de la 24^{ème} semaine de grossesse, l'oreille interne est pleinement fonctionnelle. La voix de la mère serait un stimulus intermédiaire, que le nourrisson entendrait à la fois comme interne et comme externe : cette situation offrirait au nouveau-né des repères auditifs en extra-utérin, qui favoriseraient l'attachement à la mère. (1) Le nouveau-né semble plus sensible aux caractéristiques de la voix humaine : la prosodie et l'intonation, qui moduleraient les comportements moteurs du bébé (apaisement tonique, aide à l'endormissement). (15)

L'audition joue un rôle d'alerte et d'orientation. En effet, la source sonore va constituer un point de référence essentiel dans l'espace sonore. Dès 5 mois, le nourrisson sera capable de donner une réponse posturale claire par rapport à la distance de la source sonore.

Chez les nourrissons exposés *in-utéro* aux SPA, il s'avère que le flux sonore ressenti va être amplifié, générant alors des réactions fortes d'alerte, avec un recrutement tonique : hyperextension, hypertonicité, cris aigus. (90)

✓ **Les flux visuels**

La vision est présente dès la 32^{ème} semaine de grossesse. À la naissance, le bébé peut alors regarder et poursuivre du regard presque à 180 degrés. Cependant, ses capacités visuelles sont faibles : il est attiré par les contrastes.

Elles ne lui permettent de voir correctement qu'à moins de 20 cm, ce qui correspond à la distance entre le visage du bébé et de sa mère lors de l'allaitement. Le contact visuel est essentiel dans l'interaction mère-enfant. Vers 3 mois, les visions focale et périphérique se coordonnent et permettent alors une exploration visuelle de l'espace. Le flux visuel joue un rôle important dans le développement de l'enfant et de ses expériences motrices, car il va rentrer en jeu pour régler les mouvements et la position des bras du nourrisson lors de la capture et la manipulation d'objets. (6)

Les flux sensoriels entraînent des manifestations sous forme de mobilisation tonique et émotionnelle. C'est une réaction d'alerte qui peut alors figer le nourrisson et amener par la suite des décharges toniques qui métabolisent la tension accumulée, que l'on peut voir chez les nourrissons de mères souffrant de TU : agitation, cris aigus, hypertonicité... Lorsque son développement se déroule de façon ordinaire, le nourrisson va s'habituer au stimulus, de telle sorte qu'il va l'anticiper et ainsi diminuer sa réactivité émotionnelle qui sera moins débordante et déstructurante.

Les flux sensoriels vont amener une réponse d'orientation chez le nourrisson, qui mobilise ses ressources posturales et permet une orientation dans l'espace en lien avec le stimulus qu'il vient de recevoir. Cela lui permet alors d'initier des postures de type asymétrique pour s'orienter ou se détourner de la source de la stimulation, d'abord avec une partie de son corps puis, plus tard, avec tout son corps.

Nous mettons **Milo**, âgé de **5 mois**, sur le tapis d'éveil, sur le dos. À sa gauche, nous posons un jouet qui émet un bruit lorsqu'on le bouge.

Pour s'orienter vers la source de bruit, Milo va se mettre sur le côté, prenant ainsi une posture asymétrique lui permettant de voir la source du stimulus et d'essayer de l'attraper.

À travers cet exemple, nous pouvons observer que les flux sensoriels constituent une motivation à l'adoption de nouvelles positions.

Ils représentent donc un moteur essentiel à son développement

Les flux sensoriels et les postures constituent les premiers matériaux de l'élaboration représentative de l'organisme : lorsqu'un flux sensoriel arrive, qu'il soit interne ou externe, il entraîne une variation tonique, elle-même régulée par le milieu humain.

D. Les interactions avec le milieu humain et les représentations

La source essentielle de régulation du tonus chez le nourrisson est le dialogue tonico-émotionnel : cette notion est amenée par **Wallon** et **Ajuriaguerra**, la décrivant comme « *le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge* ». (10)

Cette source de régulation n'est pas une propriété de son organisme, elle lui est externe et elle relève des interactions avec son milieu. C'est un appui externe qui vient enraciner le bébé dans son milieu humain. Comme **Wallon**, **Piaget** affirme que l'humain se construit progressivement, lorsqu'il entre en contact avec le monde. (100)

« Le bébé appartient à son milieu avant de s'appartenir à lui-même ».

Wallon, 1942 (29)

Les interactions avec le milieu humain sont assurées par l'ensemble des flux sensoriels ainsi que par les états du nourrisson et du tiers. (25)

En effet, on retrouve entre la mère et le nourrisson un dialogue polysensoriel qui va venir modifier le tonus de ce dernier. Le corps de l'un vient ressentir immédiatement l'état de l'autre. (29)

Dans cette constitution, l'interaction avec le milieu humain est essentielle, elle fait du bébé un petit d'homme.

De Ajuriaguerra s'intéresse au développement du nourrisson, et constate alors l'importance des relations corporelles et émotionnelles entre la mère et son enfant. (100) C'est au travers des interactions entre le nourrisson et le milieu qu'un ensemble de représentations se construisent : l'enfant se représente son milieu en même temps qu'il se représente. La mère accompagne souvent les échanges par

des verbalisations, qui vont donner du sens aux modulations toniques du nourrisson, en lui permettant une stabilisation de son image corporelle.

Le dialogue tonico-émotionnel permet ainsi de passer d'un état tonique (le nourrisson a mal au ventre) à une expérience émotionnelle (« j'ai faim »).

La régulation tonico-émotionnelle est ainsi une composante importante pour soutenir le nourrisson dans son action sur le milieu et dans ses interactions. Elle résulte de différentes contraintes biologiques, physiques et sociales et constitue donc une plateforme à partir de laquelle l'enfant va pouvoir s'engager dans les interactions avec son milieu.

2. Conséquences de la consommation maternelle de substances psychoactives sur le développement du nourrisson

À la naissance, la consommation maternelle *in-utéro* de SPA peut se manifester par des malformations du nourrisson et/ou des réactions de sevrage. (90) Ces malformations vont être identifiées à la naissance en mesurant la taille, le poids et la circonférence crânienne du nourrisson, qui seront très inférieurs à la moyenne. De plus, l'exposition prénatale aux SPA majore également le risque de problèmes obstétricaux et somatiques (risques de prématurité, risque de mort subite du nourrisson et troubles du développement psychomoteur). (130)

En plus des nombreux effets communs des SPA, chacune d'entre elles possède des spécificités dues au syndrome de sevrage néonatal, ainsi que des effets sur le développement psychomoteur des nourrissons exposés.

A. Syndrome de sevrage néonatal

La complication principale des retentissements des SPA sur le nouveau-né est le syndrome de sevrage néonatal (SSNN). Le SSNN résulte de la consommation de SPA au cours de la grossesse par la femme enceinte.

Il survient chez environ **40 à 60 %** des nouveau-nés de mères ayant consommé pendant la grossesse des opioïdes et/ou des traitements de substitution tels que la méthadone. (12)

Le SSNN regroupe l'ensemble des manifestations cliniques que risque de présenter le nouveau-né du fait de l'arrêt brutal d'une substance dû à la naissance et donc à l'interruption de l'imprégnation passive par les produits consommés par la mère.

Le nouveau-né continue à métaboliser et à excréter la drogue et des symptômes de manque apparaissent. Ces symptômes se développent dans les 24 à 72 heures après la naissance. (1)

✓ *Les 4 systèmes mis à mal*

Chez le nouveau-né, le SSNN se traduit cliniquement par 4 systèmes touchés :

- **Le système nerveux central** : trémulations spontanées sans stimulation, convulsions, cris aigus, hypertonicité et réflexes augmentés.
- **Le système gastro-intestinal** : succion excessive, régurgitations et vomissements, selles molles ou liquides.
- **Le système respiratoire** : congestion nasale, éternuements, respiration difficile pouvant entraîner une tachypnée ou une polypnée.
- **Le système nerveux autonome** : bâillements, hyperthermie, larmoiement, hoquet.

✓ *Syndrome de sevrage néonatal selon les échelles de développement*

Les symptômes que l'on retrouve le plus chez le nourrisson en syndrome de sevrage, selon une étude de 2015 sur l'accompagnement périnatal en situation de TU (12), sont évalués grâce à l'échelle de **Brazelton** et l'échelle de **Nancy Bayley** [Cf. III.3.A.a.

- **Au niveau comportemental**, une forte irritabilité ainsi qu'une augmentation de l'état d'alerte sont observées.

- **Au niveau tonique et moteur**, hyper-tonicité, hyper-réelle et hyperactivité sont décrites.

Les réflexes tendineux profonds ainsi que le réflexe de Moro (le bébé écarte les jambes et les bras avant de les ramener près de son corps lorsqu'un mouvement soudain ou un bruit fort se produit) sont exagérés.

La maturité motrice est diminuée, entraînant un retard dans l'acquisition de la position assise. Ceci est associé à un déficit de la motricité fine et globale, engageant par exemple un retard dans l'acquisition du transfert d'objet d'une main à l'autre.

- **Au niveau physiologique**, une succion excessive, mal coordonnée ou inefficace est observée (l'enfant suce aussi beaucoup son poing et son pouce), ce qui amène alors des difficultés d'alimentation, des régurgitations et des vomissements.

Des troubles du sommeil sont très présents (avec une augmentation du sommeil agité et superficiel associé à des mouvements oculaires rapides), accompagnés de nombreux bâillements.

Une tachycardie et une tachypnée sont également rapportées (se traduisant par une respiration trop rapide, c'est à dire à plus de 60 battements par minute), associées à une sudation importante et des larmoiements.

- **Au niveau sensoriel**, les nouveau-nés en syndrome de sevrage montrent une hypersensibilité aux stimuli auditifs, visuels (certains étant incommodés pour fixer des yeux un élément, la taille de la pupille atteignant à peine la normale ; provoquant donc une réponse faible à l'habituation visuelle) et tactiles. Cette sensibilité accrue traduit une immaturité du système pare-excitation, qui, selon **Freud**, protège l'organisme contre les excitations venant de l'extérieur. (16)

Ces symptômes de sevrage néonatal peuvent être d'intensité variable et durent de quelques jours à quelques mois parfois, avant de se résoudre. (109) En revanche, certains auteurs comme **Wilson, Desmon** et **Verniaud** rapportent la persistance pendant un an et plus des symptômes aigus comme l'irritabilité, l'hyperactivité et la réduction de la capacité d'attention, qui peuvent durer bien plus longtemps (étude de 1973 réalisée par ces derniers, où 50 % des nouveau-nés observés continuent à avoir des grosses crises de colères et souffre d'hyperactivité). (90)

B. Autres retentissements sur le développement psychomoteur du nourrisson

Même si le nourrisson exposé aux SPA ne souffre pas de syndrome de sevrage lors de sa naissance, son exposition précoce a tout de même de réelles répercussions sur son développement psychomoteur.

✓ ***Le tabac et le cannabis***

Ces deux SPA sont très souvent consommées ensemble, ce qui permet de les regrouper pour leurs retentissements sur le développement psychomoteur du nourrisson.

Les nourrissons exposés dès *in-utéro* présentent une forte hypertonicité de l'axe et des membres. De plus, les trémulations et les sursauts évalués grâce à l'échelle de **Brazelton**, ainsi que les réflexes de Morro, sont accentués.

Les problèmes de sommeil sont importants (diminution du temps de sommeil et de sa qualité) et perdurent dans le temps, pouvant aller jusqu'à trois ans après la naissance, même parfois plus.

Le nouveau-né exposé au tabac et au cannabis est plus à même de développer des troubles de la modalité sensorielle : l'hypersensorialité, souvent couplée à une hypersensibilité, le prédispose à des anomalies visuelles, telles qu'une hypersensibilité visuelle (habitué faible à la lumière par exemple), à une immaturité du système visuel et à de nombreux strabismes. (47)

Lester et Dreher (1998) ont étudié l'effet du cannabis chez les nourrissons, et plus précisément au niveau des pleurs. Les résultats montrent que les pleurs des nourrissons exposés dès *in-utéro* au cannabis sont plus courts que ceux des nourrissons non-exposés, et de plus faible intensité. Ces résultats s'expliquent par la configuration de l'appareil vocal et par un défaut de l'innervation de la région surglottique (zone la plus étroite du larynx chez le nourrisson) chez les nourrissons exposés. (90)

✓ **L'alcool**

Les nouveau-nés exposés à l'alcool *in-utéro* même à faible dose, développent de nombreux troubles tels que des troubles de la motricité fine et des difficultés dans les coordinations occulo-manuelles.

La consommation d'alcool maternelle lors de la grossesse expose le nourrisson au **Syndrome d'Alcoolisation Fœtale** (SAF). Il est caractérisé par trois critères (109) :

- Un retard de croissance pré et post-natal (mettant en jeu le poids, la taille et le périmètre crânien)
- Un ensemble d'anomalies morphologiques caractéristiques du faciès et du crâne (telles que des fentes palpébrales courtes, un sillon naso-labial lisse, une lèvre supérieure mince)
- Des dysfonctionnements du système nerveux central (avec de nombreux retards de développement, des troubles psycho-comportementaux et cognitifs)

Pour autant, il est difficile de vérifier à la naissance la présence d'un SAF.

Mis à part certaines malformations physiques qui peuvent être apparentes, les dysfonctionnements du système nerveux central ne sont souvent identifiables qu'après plusieurs années.

À long terme, le SAF a des répercussions importantes. En effet, le nourrisson exposé à l'alcool *in-utéro* à tout moment de la grossesse présente des difficultés d'apprentissage, des déficits de l'attention, une mauvaise compréhension des situations sociales, une hyperactivité, des difficultés de coordination et d'organisation motrice, un tonus musculaire peu adapté, des déficits de la mémoire du travail et des fonctions exécutives.

Certains retards sont néanmoins repérables précocement tels qu'un niveau d'alerte plus maintenu, une diminution de la réaction aux stimuli visuels et auditifs, de nombreuses trémulations, une hyperactivité, des difficultés de succion et une somnolence (état de sommeil souvent perturbé).

Il y a aussi une persistance des réflexes primitifs tels que le réflexe de Moro, en relation avec leur niveau d'alerte plus important.

✓ **Les Benzodiazépines**

Les nourrissons exposés dès *in-utéro* aux benzodiazépines rencontrent des problèmes d'alimentation (régurgitations, difficultés de succion), des apnées et de l'hypotonie pouvant être plus tardive que la moyenne au niveau des membres supérieurs. Ils peuvent aussi être passifs, avec des comportements de retraits dus à une absence de plaisir.

En plus de ces manifestations, l'étude d'**Ornoy et al** (1998) montre que certains nourrissons, lorsque la mère est traitée au *diazépam* durant la grossesse, peuvent présenter de nombreuses trémulations et de l'irritabilité. (90)

Les nourrissons exposés aux benzodiazépines peuvent avoir des retards moteurs dans l'acquisition de la marche (dus à cette hypotonie générale), ainsi qu'au niveau de la motricité fine : leur coordination oculo-manuelle étant moins précise, il est plus difficile pour eux d'attraper des objets avec la pince digitale.

✓ **La cocaïne**

Chez les nouveau-nés exposés à la cocaïne dès *in-utéro*, des atteintes cérébrales telles que des œdèmes, des hémorragies, des convulsions ont été rapportés à la naissance ; les convulsions sont très fréquentes car le nourrisson montre des difficultés à métaboliser la cocaïne présente encore en lui car le foie est trop immature à cet âge pour excréter rapidement cette substance. (90)

Lorsque le comportement du nourrisson exposé à la cocaïne est évalué grâce à l'échelle de **Brazelton**, en plus des symptômes décrits dans le syndrome de sevrage

néonatal, une pauvre orientation audio-visuelle due à une prédisposition aux troubles de la modulation sensorielle (pouvant amener une hyposensibilité visuelle et auditive) a été reportée. Ceci est associé à une diminution des sourires ainsi qu'à une difficulté à se faire consoler. (90)

L'absence de sourires et une succion excessive peuvent entraîner chez le nouveau-né des troubles de l'oralité, ainsi qu'une mauvaise alimentation, leur système de capture étant mis à mal. [Cf. III.3.B.a. *Accompagnement de la mère sur la question du développement psychomoteur de bébé et de ses troubles*, page 58]

Au niveau vocal, le nouveau-né exposé *in-utéro* à la cocaïne émet peu de babillages, tandis que ses cris sont fortement aigus.

Au niveau du sommeil, (d'après **Bauer**) on peut remarquer que les nourrissons exposés *in-utéro* à la cocaïne sont moins alertes, plus difficiles à endormir et à réveiller. Ils ont souvent un cycle de sommeil anormal (états de veille et de sommeil déséquilibrés dans un sens comme dans l'autre), ce qui peut déréguler leur attention et leur disponibilité, expliquant sûrement un peu leur irritabilité et leur nervosité.

En ce qui concerne la motricité, ils présentent des capacités motrices moindres (moins d'investissements des jambes, des pieds, des mains) ainsi que des difficultés à s'orienter dans leur environnement. Ils sont très souvent hypertoniques, ont une position rigide et une hyper-extension du tronc (bien que parfois le contraire existe avec des nourrissons très hypotoniques).

Pour **Jessica Chasnoff** (9) qui a travaillé sur les conséquences de la prise de cocaïne maternelle, le nouveau-né exposé *in-utéro* tolère mal la sur stimulation car son système nerveux est hyperexcitable. En guise de protection face à son environnement, il peut :

- Se replier dans un sommeil profond en réponse à la première stimulation.
- Être incapable de se plonger dans un sommeil suffisamment profond pour se protéger des stimulations négatives.
- Osciller, entre les pleurs, lorsqu'il est stimulé, et le sommeil profond, en l'absence de stimulus.

- Utiliser le sommeil et les pleurs comme moyen de protection à la sur stimulation mais, lorsque ses besoins sont comblés, il est en mesure de maintenir des périodes d'alerte permettant une réponse adressée au soignant. (90)

3. Quelles sont les missions du soin psychomoteur lors de la première année de la vie du nourrisson exposé aux substances psychoactives ? Enjeux et rôle de la psychomotricité.

De nombreuses études ont aidé à démontrer que les interventions non pharmacologiques peuvent réduire les effets du sevrage chez le nourrisson exposé aux SPA et doivent alors être adoptées le plus vite possible après l'accouchement. (56)

Une prise en charge psychomotrice prend alors tout son sens dans l'accompagnement de ces nourrissons. L'importance du rôle de la psychomotricité dans la prise en charge postnatale des nouveau-nés exposés a été mise en évidence, considérée comme une intervention de soutien par le contact peau contre peau, l'emballage sécuritaire, les réveils en douceur, un environnement calme et stimulant, ainsi qu'un ajustement du positionnement développemental. (80)(84)

L'accompagnement psychomoteur de cette période postnatale pour ces nourrissons peut se faire en trois temps : **prévention, accompagnement du développement moteur, psychique et sensoriel** puis un **étayage de la parentalité**.

A. Rôle préventif au sein du travail du psychomotricien

La psychomotricité trouve sa place dès la naissance dans le domaine préventif auprès des nourrissons exposés dès *in-utéro* afin de repérer au plus tôt les troubles, les retards du développement psychomoteur, les investissements corporels et

psychiques moindres, ainsi que les dérégulations toniques, comme nous avons pu le voir dans les retentissements des SPA sur le nourrisson.

En effet, nous savons que les nouveau-nés exposés aux SPA sont plus à même de se retrouver avec des problèmes d'hyper-extension, d'hyper-tonicité, de diminution de l'investissement au niveau des jambes et des mains. [Cf. III.2 Conséquences de la consommation maternelle de substances psychoactives sur le développement du nourrisson, page 43]

Cette prévention précoce vient accompagner le nourrisson par rapport à son vécu corporel et psychique du moment, à l'instant T.

En psychomotricité, la prévention précoce auprès de nourrissons exposés *in-utéro* aux SPA est **primaire** : Elle vise à empêcher l'apparition de troubles psychoaffectifs et psychomoteurs. De ce fait, elle peut venir offrir au nourrisson une continuité dans son environnement respectueux de son développement psychomoteur. (50)

Elle est aussi **secondaire**, puisqu'elle s'attache à venir dépister ces troubles lorsqu'ils sont déjà installés de manière précoce.

Ainsi, le psychomotricien peut venir prendre des mesures les plus appropriées possibles, pour accompagner le nourrisson vulnérable dans son développement en proposant des sollicitations.

Auprès des nourrissons de mère souffrant de TU, le psychomotricien vient alors prévenir en évaluant les compétences attendues du bébé, de deux sortes : objectivement grâce à l'utilisation d'échelles, ainsi qu'en observant le bébé tout au long des temps d'accompagnements.

a. Phase d'évaluation objective des compétences attendues du nourrisson en fonction de son âge de développement : utilisation d'échelles de développement

Le psychomotricien se rend disponible pour évaluer les compétences des nourrissons, à l'aide d'outils standardisés, afin de pouvoir observer les habiletés attendues en fonction de leur âge de développement.

Bien que ces outils soient généralisés, le psychomotricien doit se rappeler de la singularité du développement de chaque enfant et du rythme qui leur est propre.

Avant de procéder à l'évaluation de ses compétences, le psychomotricien doit s'assurer de la **disponibilité** du nourrisson qu'il rencontre (état d'éveil calme avec un niveau de disponibilité maximale pour l'interaction) et de la **qualité de l'environnement** qui les entoure (endroit calme de préférence, limitation du nombre de personnes présentes dans la pièce), même si ces conditions optimales ne sont pas toujours possibles. La présence de la mère est toujours préférable, car ce moment d'évaluation lui permet de passer un temps d'éveil avec son nourrisson, et de pouvoir observer les compétences de ce dernier : tant ses capacités que ses difficultés motrices et relationnelles. De plus, la mère permet de compléter et de préciser l'évaluation de nos observations, puisqu'elle a le rôle d'experte de son bébé.

Nous verrons dans cette sous-partie trois outils standardisés que nous utilisons au Réseau de Psychiatrie Périnatale pour évaluer les compétences physiques et psychiques du nourrisson exposé aux SPA : l'échelle de Nancy Bayley, l'échelle de Bobigny ainsi que la *Global Rating Scale* (GRS).

✓ L'échelle de Nancy Bayley

L'échelle de **N. Bayley** évalue le développement des jeunes enfants entre 1 et 42 mois afin d'identifier un éventuel retard de développement et d'obtenir des éléments sur le profil du nourrisson pour adapter au mieux la potentielle prise en soin. (1)

Cette échelle permet d'évaluer 3 domaines (118) :

- **Domaine cognitif** : il vient évaluer le développement sensorimoteur, les capacités d'exploration et de manipulation du nourrisson, les fonctions mnésiques et la relation à l'objet.

Ainsi, on peut trouver chez les nouveau-nés exposés aux SPA une capacité d'attention réduite sans forcément d'état d'alerte, ou au contraire un état d'alerte sur-développé avec une hypersensibilité aux stimuli auditifs, visuels et tactiles. L'exploration et la manipulation sont très peu investies, avec une poursuite visuelle d'objet qui ne semble souvent pas ou peu les intéresser.

- **Domaine du langage** : Ce domaine se divise en deux parties.

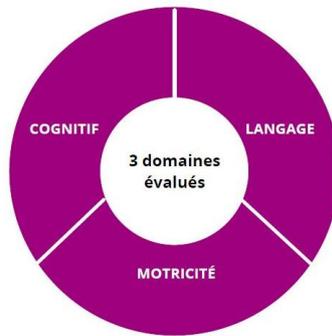
L'échelle de la compréhension : chez les nourrissons de moins de 1 an, les items évaluent l'acuité auditive, la capacité à répondre au son de la voix d'une personne, les capacités de discrimination et de localisation des sons de l'environnement.

L'échelle d'expression : elle vient évaluer chez les nourrissons de moins de 1 an les communications pré-verbales (capacités de vocalises et de babillage) et l'aptitude à imiter des sons, des mots produits par l'adulte.

Dans ce domaine, nous retrouvons chez les nouveau-nés exposés des difficultés dans l'orientation audio-visuelle, des difficultés dans l'imitation de sons ainsi que des babillages et vocalises moindres.

- **Domaine moteur** : l'échelle motrice comprend toute la question de la motricité spontanée, globale ainsi que les mouvements symétriques, l'alignement de la tête et du tronc, le redressement sur les avant-bras quand le nourrisson est sur le ventre.

Dans ce domaine, nous repérons souvent chez les nouveau-nés exposés aux SPA dès *in-utéro* : un investissement moindre des jambes et des mains dû à une organisation tonique difficile, un retard dans les positions (assises, plat-ventre), un retard dans l'investissement de la motricité fine ainsi que de la motricité globale (transfert d'objet d'une main à l'autre souvent très tardif dans la trajectoire développementale). Nous retrouvons aussi une hypertonie avec leurs poings très fermés, les mettant en difficultés dans leurs capacités de préhension.



Structure des domaines évalués par l'échelle de N. Bayley (14)

Selon l'âge du bébé, on vient alors effectuer une cotation pour voir ce qu'il fait ou ne fait pas, en comparant tous les items cotés qui donneront un score et voir si cela correspond à la moyenne. Si son score est trop en dessous (ou trop au-dessus) de la moyenne, alors peut se poser la question des retards du développement psychomoteur. Même si cette échelle n'est pas assez ciblée pour diagnostiquer un trouble, elle nous donne une vision globale de la trajectoire développementale du nourrisson, ainsi que des pistes sur les décalages psychomoteurs. (142)

✓ L'échelle de Bobigny

Cette échelle permet de coter (score allant de 0 à 4 : plus le score est élevé, plus les interactions sont défailtantes) les interactions comportementales entre la mère et son bébé. Leurs interactions corporelles, visuelles, vocales et faciales sont donc observées, ainsi que la réciprocité et l'initiateur de leurs échanges.

« Elle permet un screening portant sur le développement psychologique et somatique de l'enfant (examen physique général, neurologique et moteur), les grandes fonctions (alimentation, sommeil) ainsi que les interactions. » (66)

L'échelle de Bobigny explore le côté de la mère (la mère berce-t-elle son bébé ? La mère évite-t-elle le regard du bébé ?) ainsi que le côté du nourrisson (le bébé s'agrippe-t-il ? Le bébé a-t-il un regard fixe ?), permettant d'avoir une vision globale du fonctionnement de la dyade mère/bébé. (142)

« L'attention portée par un professionnel à l'interaction parent-enfant a déjà un effet thérapeutique ». Pr B. GOLSE (68)

Ces grilles visent le dépistage de troubles précoces de l'interaction, et les deux premières grilles (2-3 mois ; 11-13 mois) sont importantes dans la prise en charge des nouveau-nés exposés dès *in-utéro* car nous avons vu que ces derniers pouvaient avoir des difficultés dans la relation, sans engagement relationnel et peu alertes aux stimuli apportés par le milieu humain, qu'ils soient vocaux, visuels, corporels. (150) [Cf. III.2 Conséquences de la consommation maternelle de substances psychoactives sur le développement du nourrisson, page 43]

Nous rencontrons **Madame G** et son bébé **Jean** à l'unité temps plein. Madame G est hospitalisée dans le cadre d'une décompensation hallucinatoire d'une schizophrénie en contexte de post-partum. En plus de cela, Madame G a un trouble de l'usage lié aux benzodiazépines, à la cocaïne et au tabac.

Jean est un bébé de 3 mois et demi, qui n'a pas eu de syndrome de sevrage à la naissance, malgré les nombreux risques.

L'échelle de Bobigny de cette dyade montre qu'au niveau des interactions corporelles, Jean a un score de 2 sur la **gestualité** (il exprime une gestualité très importante avec des mouvements corporels vifs disharmonieux, signe d'une forte hypertonicité), sur le **dialogue corporel** (son dialogue corporel est adéquat même si celui-ci semble très réactif et irritable) et sur le **contact** (il recherche de façon massive les rapprochés corporels avec sa mère, avec un besoin de stimulations sensorielles).

Madame G, elle, a un score de 3 en ce qui concerne le **dialogue tonique** (elle tient son bébé à distance, supportant mal les rapprochés corporels), et un score de 2 sur **les postures et les gestes**, c'est à dire qu'elle ne tient pas ou installe très peu Jean dans une position permettant l'échange. Elle peut caresser et embrasser Jean de façon adéquate mais avec de nombreuses ruptures.

✓ **Le Global Rating Scale (GRS)**

Cet outil permet l'évaluation de la qualité des interactions mère-bébé dans une situation standardisée de face à face, filmée pendant 5 minutes : la mère a pour consigne de jouer avec son bébé sans utiliser de jouets.

Elle est utilisée pour les nourrissons de 2 à 6 mois et permet d'évaluer :

- **Les comportements maternels**
- **Les comportements du nourrisson**
- **Les interactions** : facilité d'interaction, niveau d'amusement, niveau de satisfaction et d'engagement ainsi que le type d'engagement.

Ces vidéos mère-bébé sont importantes dans le cadre de nourrissons exposés dès *in-utéro* car le bébé a un facteur de vulnérabilité dû à l'instabilité de la mère ayant des TU.

Cette échelle permet de s'apercevoir qu'au niveau des interactions comportementales maternelles, les mères souffrant d'un TU de SPA peuvent présenter peu d'enthousiasme, de joie ou de plaisir dans l'interaction avec leur bébé. (33) Leur sensibilité peut être alors mise à mal, mettant en difficulté l'enfant dans l'attente de réponses à ses signaux.

M. Ainsworth définit *la sensibilité de la mère aux signaux de l'enfant* comme le fait de « *percevoir les signaux de l'enfant de manière appropriée et la capacité d'y apporter une réponse rapide et cohérente* ». (3)

Ces mères peuvent être donc parfois désengagées, mais il arrive aussi qu'elles soient intrusives lors des interactions corporelles et vocales avec leur bébé, ce qui montre une instabilité générale des interactions : sous-produit, le côté continu de la réponse est difficile, et amène alors une temporalité chez la mère différente, qui peut alors alterner entre être hyperrépondante puis hypo répondante.

Cela impacte alors les interactions mère/bébé et, par ce fait, aussi le développement psychomoteur du nourrisson, mis à mal dans sa sensorialité avec une place trop importante de sensations tactiles ou vocales.

b. Phase d'observation subjective du nourrisson

Évaluer les compétences du nourrisson et les interactions mère/bébé n'est pas évident car il y a toujours une partie subjective. La prévention psychomotrice sur les nouveau-nés exposés aux SPA peut aussi être faite grâce à des temps d'observation libres, en situation naturelle. Ces temps sont donc moins contraints par des consignes, ils peuvent être longs, sur plusieurs semaines et sur des moments de vie spontanés. (50)

Le psychomotricien est alors attentif :

- **Au comportement général du nourrisson** : état de vigilance, état tonique, expressions faciales, autorégulation (à l'aide de sa succion, d'agrippement) et régulation tonico-émotionnelle, activité et motricité spontanée, motricité libre, utilisation de son corps, qualité et organisation de son mouvement.
- **À son installation** (environnement matériel qui l'entoure) et le positionnement de son corps dans l'espace en fonction de son âge de développement (en décubitus dorsal, latéral ou ventral).
- **À la qualité des échanges avec la mère** : Observation des capacités relationnelles en prenant soin de s'intéresser aux interactions visuelles (échanges de regards ou non), aux interactions corporelles (qualité du portage, du toucher), aux interactions vocales (babillages, vocalises, rotation de tête au son de la voix de la mère) ainsi qu'aux interactions affectives (moment de tendresse entre la mère et son bébé, regards tendres, touchers affectifs).

Le psychomotricien se focalise sur l'observation authentique du développement psychomoteur du nourrisson exposé aux SPA dans toutes ses modalités : tonus ; axe corporel ; sensorialité ; motricité globale et motricité fine ; équilibre ; communication verbale et non verbale ; développement cognitif et affectif ; espace, temps, rythme.

Il contribue donc à mettre du sens sur les manifestations psychocorporelles du nourrisson, parfois visibles qu'avec une attention particulière. (50)

L'accompagnement en psychomotricité sur le versant de la prévention précoce cherche à soutenir le développement psychomoteur du nourrisson exposé aux SPA et à dépister précocement les troubles qui s'y rapportent.

Il vise également à étayer le développement psychoaffectif du bébé en accompagnant la mère dans son accès à la parentalité. Le psychomotricien cherche à prévenir les troubles du lien mère-enfant, les difficultés de contact (toucher/portage) qui pourraient avoir de réelles répercussions sur le devenir psychomoteur de l'enfant.

B. Accompagnement par le psychomotricien du développement moteur, psychique et sensoriel du nourrisson exposé aux substances psychoactives

L'accompagnement par le psychomotricien du développement psychomoteur du nourrisson exposé aux SPA va s'intéresser à toutes les dimensions de ce dernier : des signes de souffrances psychiques aux signes de souffrances physiques.

Le psychomotricien soutient les troubles psychomoteurs en ayant toujours en tête que la mère est experte de son enfant, et que l'accompagnement psychomoteur que ce dernier reçoit se fait en lien avec cette dernière, afin de chercher ensemble à découvrir les comportements uniques du bébé. Le rôle du psychomotricien n'est pas de se substituer à elle. Le psychomotricien, par une écoute active et une disponibilité, invite la mère à observer son enfant, le comportement de ce dernier, sa motricité, la façon dont il répond à son environnement et cela pour lui montrer ses capacités à être un interlocuteur dans l'interaction, si petit soit-il.

Nous verrons ainsi dans cette sous-partie la mission du psychomotricien dans un accompagnement du développement psychomoteur de bébé et dans l'accordage affectif : il s'agit de permettre ici à la maman tout un questionnement sur le développement psychomoteur de son nourrisson et de ses potentiels troubles psychomoteurs, puis de l'accompagner dans ses propres ajustements corporels avec son bébé.

a. **Accompagnement de la mère sur la question du développement psychomoteur du nourrisson et de ses troubles**

Un des nombreux rôles du psychomotricien dans l'accompagnement des nourrissons exposés dès *in-utéro* aux SPA est d'accompagner la mère sur des temps d'éveil avec son bébé. Il est essentiel de pouvoir jouer un rôle concomitant avec la mère sur les postures, le positionnement, la sensorialité et l'environnement de ces nourrissons souvent mis à mal. Le psychomotricien est disponible pour écouter et accueillir les angoisses maternelles sur le développement psychomoteur de leur enfant, souvent très présentes car les nourrissons exposés peuvent avoir de nombreuses difficultés dans l'apaisement, le sommeil, la régulation tonique et cela peut faire très peur à la mère, se sentant coupable de ne pas pouvoir trouver de solutions.

L'objectif est de permettre au bébé d'éprouver un vécu corporel, sensoriel et environnemental agréable, partagé avec sa mère.

✓ ***Troubles moteurs : postures et positionnement***

Le psychomotricien intervient dans les premiers échanges entre la mère et le bébé. Il est le « traducteur » des troubles de la motricité que le nourrisson exposé aux SPA peut avoir.

Par le dialogue du corps du nourrisson, le psychomotricien peut accompagner la mère en mettant des mots sur les appuis et les solutions qu'elle peut apporter à bébé pour l'aider dans sa motricité. En effet, le développement psychomoteur est déjà un enjeu important de l'évolution du nourrisson de façon générale, avec beaucoup d'angoisses maternelles quant au retournement et à la marche.

• **Troubles de la régulation tonique : entre hypertonicité et hypotonicité**

Le nouveau-né exposé aux SPA peut avoir de nombreux retards de développement concernant ses postures et son positionnement, qui peuvent être dus à une

régulation tonique défaillante avec de nombreux moments d'hypertonie ou d'hypotonie, mettant à mal les différents déplacements et positions.

Nous avons vu que, lors des premiers mois, le nourrisson est totalement dépendant de l'adulte, dû à son hypotonie normale.

Chez les nourrissons exposés dès *in-utero*, cette hypotonie peut rester dans le temps, et s'accroître, amenant un trouble de la régulation tonique, c'est à dire des retards dans les acquisitions des différentes positions (plat-ventre, côté, ramper...) qui seront plus lentes avec un décalage par rapport à la normale, dû à cette difficulté dans la régulation du tonus. (90)

Le nourrisson hypotonique donne l'impression d'un bébé « mou », difficile à porter et à contenir. On retrouve une pauvreté des mouvements et une retenue gestuelle.

Le psychomotricien, à l'aide de la mère, vient, sur des temps d'éveil du nourrisson, aider ce dernier à la consolidation des différentes étapes motrices. Dans un premier temps, il est important de privilégier la position plat-dos, en aidant bébé à se mettre en mouvement, c'est à dire en l'aidant à s'enrouler pour qu'il puisse attraper ses pieds.

Le psychomotricien peut aussi soutenir le nourrisson exposé pour permettre son exploration. Selon **Grenier**, il est intéressant de mettre une main posée sur les membres inférieurs repliés devant son ventre, et d'engager quelques pressions musculaires ainsi que des petits mouvements pour que le tonus postural de tout le corps du nourrisson sente une stimulation. Il est aussi important de capter son regard en lui parlant à voix basse. (71)

Ainsi, en soutenant l'axe du nourrisson et en le contenant, une main au niveau du bassin venant rassembler ses membres inférieurs, le psychomotricien favorise la motricité libérée des membres supérieurs pour permettre à bébé une exploration.

La stimulation de bébé dans les activités motrices est un bon moyen pour qu'il manifeste mieux l'envie de bouger.

Le psychomotricien peut aussi venir stimuler l'installation sur le côté (en accompagnant cette position à l'aide d'une main sur le bassin) pour que le nourrisson puisse aller explorer l'espace, chercher ses jouets en croisant l'axe et ainsi changer de position. Il utilise différents médiateurs (objets tactiles, auditifs, visuels) pour le solliciter et pour stimuler sa curiosité pour le monde, tout en le guidant dans sa motricité.

Ainsi, avec l'aide d'un tiers, le nourrisson pourra répéter les jeux moteurs adaptés à chaque étape et les assimiler plus vite, afin que ses muscles se renforcent en se contractant de nombreuses fois dans la journée, rendant son tonus musculaire plus dynamique. (63)

Nous revenons sur le cas de **Max** qui, rappelons-le, est un nourrisson de 9 mois exposé à la cocaïne dès *in-utéro*. [Cf. III. 1.B Les niveaux de vigilance, page 37]

Max est un nourrisson avec une **grande hypotonie** et un temps de sommeil profond très élevé. Max est alors souvent en absence de motricité.

Lorsque nous parlons avec sa maman, elle nous fait part qu'elle n'a plus la force ni l'envie de s'occuper de lui, car elle est actuellement en sevrage.

Max reste souvent bloqué dans le transat, il ne peut pas bouger librement, se mettre sur le côté ou se retourner sur le ventre. Ses membres supérieurs ne peuvent pas s'agiter dans toutes leurs amplitudes, et il ne les remue de toute manière pas car aucune stimulation par des objets ne le pousse à se mobiliser.

Avec l'accord de sa mère, nous commençons un travail psychomoteur avec Max. Lors des temps d'éveil de Max, nous décidons de le sortir de son transat afin de le mettre sur le tapis. Max présente un retard moteur : il ne maîtrise pas encore le retournement dos-ventre, et ne peut rester seul sur le côté sans l'aide d'un tiers.

Nous stimulons Max sur le côté, en laissant une main sur le bassin car il ne peut pas tenir seul. À l'aide de jouets qui semblent l'interpeller au fil des séances, Max

peut petit à petit aller explorer l'espace et chercher les objets.

Il peut aussi tenir peu à peu seul sur le côté, explorant un long moment un jouet, qu'il met à la bouche, qu'il fait passer d'une main à l'autre, ce qu'il ne faisait pas avant.

Ainsi, avec l'aide d'un tiers, Max peut répéter des jeux moteurs sur le tapis, les assimiler au fil des répétitions. Ses muscles se renforcent et rendent son tonus musculaire plus dynamique.

Lorsqu'il est installé dans le transat, Max peut maintenant faire comprendre et manifester son envie de bouger, en s'agitant et en frappant le bas du transat avec ses pieds.

Le bébé hypertonique se présente comme un nourrisson raide, tendu. Chez les nouveau-nés exposés aux SPA, nous avons vu que certains pouvaient garder des réflexes archaïques comme le réflexe de Moro : le nourrisson subit d'une façon réflexe et involontaire, une réponse anormale aux stimulations internes ou externes par une augmentation de la tension de son enveloppe tonique. (122)

Ces nourrissons exposés et hypertoniques sont souvent repérables par leur réaction vers l'extension (les poings très serrés, les pointes de pied tendues ; posés sur le ventre, les bras partent en arrière et les jambes sont raides, ils font « l'avion ») ou leur réaction vers la flexion (recroquevillés sur eux-mêmes, leurs membres ont du mal à s'étendre, leurs bras restent fermés). (63)

Cette hypertonicité provoque des difficultés aux appuis et aux postures.

Le psychomotricien cherche à accompagner ces nouveau-nés et leur hypertonicité dans des enroulements afin qu'ils puissent jouer avec leurs pieds, détendre leurs bras et ainsi relâcher leur dos.

Il accompagne la mère sur des temps d'éveil dans la recherche de positions favorisant la flexion avec les épaules vers l'avant et les hanches vers l'arrière : mettre son bébé sur le côté afin de maintenir son dos avec les mains pour qu'il puisse relâcher ses muscles postérieurs.

En suivant le principe de motricité libérée de **Grenier**, le psychomotricien peut s'asseoir devant le nourrisson, maintenir son tronc bien droit à 90°, sans dossier. Une main derrière la nuque pour empêcher les étirements rapides des muscles du cou, cela permet au nourrisson hypertonique de rapidement se détendre.

L'hypertonie s'apaise, le regard devient communicatif. Les membres supérieurs se détendent, les mains s'ouvrent. L'allure d'ensemble de la motricité n'est plus la même, et laisse place à un calme moteur ainsi qu'une communication sensorielle (regard, toucher, oral). (71)

- Comportements de retrait et repli sur soi

Souvent en lien avec une forte hypotonie, les nourrissons exposés aux SPA (aux benzodiazépines notamment) peuvent faire part de comportements de retrait, en étant passifs sans pour autant être hypotoniques. On note chez eux une pauvreté de réactions, une immobilité des initiatives motrices. Ces comportements d'évitement peuvent s'expliquer par une absence de plaisir, amenant le nourrisson à avoir peu d'intérêt pour ce qui l'entoure. (107) [Cf. III.2 Conséquences de la consommation maternelle de substances psychoactives sur le développement du nourrisson, page 43]

Le bébé replié sur soi présente une absence d'investissement de la motricité, ne tourne pas la tête, ne rentre pas en contact avec son entourage et ne répond pas aux sollicitations par un tiers ou par des objets : cela amène des troubles moteurs. (107)

L'accompagnement psychomoteur est sensiblement le même que pour les bébés hypotoniques. Le psychomotricien vient accompagner la mère dans la stimulation du nourrisson dans des activités motrices, en aidant ce dernier à prendre conscience de son corps grâce à différentes médiations, en cherchant ce qui pourrait l'intéresser (textures, formes de jouet, mains...). Il pourra alors prendre du plaisir dans l'accompagnement physique (massage avec des balles à picots par exemple) et être assez intrigué par l'objet proposé pour tourner sa tête à droite et à gauche, et découvrir l'environnement autour de lui.

Il est important de l'accompagner dans les différentes positions et postures qu'il peut prendre, jouer à le faire rouler sur le côté, sur le ventre, car c'est un moyen intéressant de lui donner le plaisir de remuer. (63)

✓ **Particularités sensorielles : entre hypersensibilité et hyposensibilité**

Nous réagissons tous à des informations extérieures qui nous viennent de notre environnement : les stimuli sonores, tactiles, olfactifs ou visuels, ainsi qu'aux informations qui nous viennent de notre corps comme la sensation de faim ou de satiété, notre température corporelle, la douleur, sans oublier notre sens vestibulaire et proprioceptif.

Comme nous avons pu le constater, le développement des nourrissons exposés aux SPA dès *in-utéro* présentent des particularités sensorielles liées à leur pathologie. (119) En effet, les ressources sensorielles du bébé exposé aux SPA sont souvent très différentes du bébé non-exposé. Il peut alors présenter des troubles de l'intégration neurosensorielle telle qu'une hypersensibilité ou hyposensibilité (visuelle, auditive, tactile, olfactive, gustative). [Cf. III.2 Conséquences de la consommation maternelle de substances psychoactives sur le développement du nourrisson, page 43]

Cette dérégulation sensorielle est un frein pour le nourrisson, focalisé sur son inconfort, pour être disponible afin de bouger, jouer et interagir avec ses pairs. (49)

Le psychomotricien est un des spécialistes de l'approche sensorimotrice, proposant son aide dans l'intégration sensorielle et ainsi motrice du nourrisson. (49) Il sera important pour le psychomotricien de respecter la particularité sensorielle du nourrisson exposé et d'être vigilant à certains gestes du quotidien qui peuvent être pour lui des épreuves à surmonter.

- Hyposensibilité du nourrisson exposé aux SPA

L'hyposensibilité chez le nourrisson exposé aux SPA est souvent due à un système nerveux lui-même hypo sensible, ignorant trop de stimuli. (59) Le nourrisson réagit donc très peu aux stimuli qui auraient mérité qu'on leur porte attention. Il semble souvent peu remuant, passif. Il y a peu d'efforts de leur part pour obtenir une stimulation sensorielle (par exemple bouger la main pour attraper une balle à picots).

Ces nourrissons semblent avoir besoin de stimuli sensoriels, afin de ne pas se retrouver en surcharge sensitive car le seuil de tolérance aux stimuli est très élevé : il ne sait pas quand c'est trop et donc il n'y a pas de signes d'alarme à une surstimulation. (40) L'hyposensibilité peut concerner tous les systèmes sensoriels chez le nourrisson exposé aux SPA : **sonore, visuel, olfactif, gustatif, tactile, vestibulaire et mouvement.**

Le psychomotricien vient essayer de rechercher le sens privilégié qui convient le mieux au nourrisson, c'est-à-dire auquel il est le plus réactif. En effet, en prenant le temps de passer par ce canal préférentiel lors des premières séances, le psychomotricien vient permettre un meilleur éveil et accrochage sensoriel chez le nourrisson dans ses premières explorations ainsi que ses premières stimulations sensorielles. Petit à petit, le nourrisson sera plus sensible aux différentes stimulations et modulations sensorielles proposées.

Alba est une petite fille de 6 mois que nous rencontrons à l'unité temps-plein, avec sa maman. Alba est un nourrisson exposé à l'alcool *in-utéro* depuis la 9^e semaine de grossesse de Madame, qui a depuis longtemps des troubles de l'usage lié à l'alcool.

Alba est une petite fille calme, souvent posée sur le tapis d'éveil, le regard dans le vide et qui réagit très peu à nos stimulations sensorielles. Nous nous posons la question d'une hyposensibilité sensorielle.

Au cours de la deuxième rencontre avec Alba et sa maman, nous remarquons qu'elle sourit et essaye d'attraper la plume que nous lui passons sur la main et le bras.

Avec sa mère, nous commençons alors à proposer à Alba des objets tactiles qui semblent l'intéresser. Au fil des séances, Alba explore tactilement les objets plutôt doux tels que des plumes, des langes ou des doudous, elle les met petit à petit à la bouche et prend donc un peu plus conscience de l'odeur et du goût de ces derniers : de nombreuses stimulations sensorielles, autres que son canal préférentiel, viennent se mettre en place, permettant à Alba de venir explorer ses différentes sensations.

En psychomotricité, aider un enfant à explorer tactilement un objet lui permet, d'une part, d'être dans des perceptions sensorielles variées et reliées, et d'autre part de s'appuyer sur une gestuelle diversifiée (tendre la main, passer l'objet d'une main à l'autre, tenir l'objet entre ses jambes).

Le laisser explorer l'objet pendant quelques temps lui permet une meilleure perception tactile.

- *Hypersensibilité sensorielle du nourrisson exposé aux SPA*

Le nourrisson est parfois plongé dans un milieu qui l'expose à des expériences sensorimotrices inadéquates pour son hypersensibilité (sonore, lumineux, olfactif, tactile) qui placent son système sensoriel dans un éveil permanent. (107) Les nourrissons hypersensibles aux stimuli sensoriels les expérimentent comme désagréables et ils les évitent. Le cerveau ne nuance pas l'intensité de ce qu'il perçoit et amplifie des sensations sans forcément les filtrer.

Cette perception exagérée de leur sensorialité provoquera parfois chez eux un retrait, un isolement ainsi que l'évitement de situations comme les regards par exemple. Le plus souvent, leur hypersensibilité déclenche des réactions exacerbées (agitation, pleurs, cris) : une pression tactile peut être perçue par le nourrisson comme trop forte, voir douloureuse ; un grumeau de purée dans la bouche peut alerter le nourrisson et provoquer des pleurs souvent difficiles à décoder. (34)

En effet, on relie très souvent l'hypersensibilité sensorielle à l'hypersensibilité émotionnelle. Les stimuli sensoriels ressentis par les nourrissons exposés aux SPA viennent déclencher des réactions émotionnelles et corporelles.

De plus, le nourrisson hypersensible monte en vigilance plus souvent : il est souvent hyper-vigilant. Tout stimulus ressenti comme trop fort pour lui déclenche une réaction d'alerte qui peut se transformer en réelle inquiétude ou angoisse. Il restera alors plus longtemps en vigilance, en ayant du mal à s'apaiser.

Il peut être difficile pour la mère de comprendre ses comportements, qu'elle peut estimer comme disproportionnés, exagérés. Ces surréactions ne sont pourtant pas des caprices, elles ne sont pas voulues par l'enfant, et même lorsqu'elles semblent non justifiées, il y a toujours une raison valable pour le nourrisson. Le psychomotricien vient accompagner la mère dans la compréhension des signaux sensoriels de l'enfant, en amenant l'idée qu'il réagit fortement à ce qui se passe dans et autour de lui, car être hypersensible, c'est recevoir trop et donc se sentir souvent envahi, débordé. (132)

Il incite la mère à observer finement et à essayer de repérer ce qui déclenche la vigilance, la réactivité et les moyens de s'apaiser. Si l'enfant présente une hypersensibilité sensorielle, le psychomotricien peut venir rechercher une **désensibilisation**, c'est-à-dire partir d'un niveau bas de stimulations et augmenter les stimuli, que ce soit en durée, en fréquence, en intensité ou en modalité.

Il vient proposer des environnements les plus calmes possible en diminuant les intensités sensorielles (moins de lumières, moins de bruits, moins d'objets à sa disposition sur le tapis d'éveil, des gestes lents, des habits doux) afin que l'environnement sensoriel qui l'entoure soit le plus adapté possible. Pour cela, il peut donner la possibilité au nourrisson de se mettre en retrait, en aménageant avec l'aide de la mère des espaces et des temps calmes. Ainsi, le nourrisson peut être protégé de trop d'excitations et de sollicitations, dans une bulle protectrice et sécurisante.

Les nourrissons exposés aux SPA peuvent présenter des comportements d'agrippement et de recherche de contact. [Cf. III.2 Conséquences de la consommation maternelle de substances psychoactives sur le développement du

nourrisson, page 43]

Prenons l'exemple d'un enfant qui viendrait agripper le regard sur sa main au-delà d'une exploration attendue.

Les sensations provoquées au niveau de la main, qu'elles soient tactiles ou visuelles, sont privilégiées au détriment de l'utilisation instrumentale de la main. Ces conduites s'originent toutes dans le développement classique du nourrisson, mais peuvent devenir chez le nourrisson hypersensible envahissantes et ainsi entraver sérieusement les prochaines étapes de son développement. (119)

Dans cet exemple, le nourrisson va avoir du mal à dépasser son besoin de créer des sensations et sa construction de l'espace visuo-manuel sera entravée.

Le psychomotricien peut discuter avec la mère sur le sens sensorimoteur des conduites de son bébé, pour éviter les interprétations qui stigmatisent souvent le comportement de ce dernier (« Il n'y a que sa main qui l'intéresse, il ne veut pas communiquer avec moi »).

Donner un sens sur les besoins sensoriels de son bébé permet à la mère de chercher plus librement des solutions interactives, sans s'enfermer dans une culpabilité.

Le psychomotricien peut alors proposer d'augmenter les stimulations en cas d'hyposensibilité, voire de réduire en cas d'hypersensibilité, s'ajustant au seuil de tolérance du nourrisson. Le psychomotricien pourra aussi aider la mère à alléger la charge sensorielle ou à l'alourdir.

✓ ***Troubles de la sphère somatique : entre sommeil et alimentation***

Le psychomotricien vient jouer un rôle dans les perturbations des rythmes tels que l'alimentation et le sommeil, que l'on retrouve très souvent chez les nourrissons exposés *in-utéro* aux SPA.

- Les troubles de l'alimentation

Au niveau de la sphère orale et de son système gastro-intestinal, le nouveau-né exposé aux SPA est propice à de nombreux troubles de l'oralité : difficultés de succion entraînant des vomissements, des régurgitations, et troubles de l'alimentation.

Les troubles de l'alimentation qui touchent très souvent les nouveau-nés exposés sont souvent dus à un déséquilibre entre la capture et l'exploration. (105) [Cf. III.2 *Conséquences de la consommation maternelle de substances psychoactives sur le développement du nourrisson, page 43*]

Le psychomotricien attachera une importance particulière à l'intégration de la zone orale dans le schéma corporel de l'enfant ainsi qu'à l'investissement de cette partie du corps comme une zone qui peut être source d'alimentation mais aussi de plaisir.

Système de capture venant prendre le pas sur le système d'exploration :

Le psychomotricien se retrouve face à des nourrissons souvent en hyperextension, avec un système de capture, donc un système archaïque très puissant venant sur-stimuler la sphère orale. (30)

Le psychomotricien vient fournir une aide pour que le nourrisson vienne trouver du plaisir à l'exploration orale des objets. Il vient épauler le nourrisson à retrouver des sensations de plaisir au niveau de cette sphère. Pour cela, il peut venir utiliser le toucher, à l'aide du biberon, de la tétine ou du doigt, pour venir stimuler la zone orale et amener une sensation de plaisir sur cette partie.

Le psychomotricien peut aussi venir montrer à la mère comment elle peut effectuer un massage de la sphère intra-buccale, impliquant un geste appuyé (et non un effleurement) pour apporter des sensations agréables au nourrisson, parfois suppléer par des sensations inconfortables dues aux nombreux reflux gastriques, aux régurgitations amenant dans la bouche des sensations de brûlures. (73)

Le psychomotricien peut aussi proposer au nourrisson de nombreux objets sensoriels tels que des bigoudis, des balles de différentes textures, afin que le nourrisson soit curieux d'explorer différentes textures et de trouver celles qui lui apportent du plaisir.

L'objectif étant de lui redonner une sensation agréable de sa sphère orale, souvent mise à mal par les nombreux reflux gastriques ainsi que les régurgitations.

Tout en intégrant la mère à toutes ces stimulations orales, il s'agit d'avoir un rôle sur la revalorisation de la sphère orale, en visant à maintenir et développer les perceptions sensorielles qui permettront au nourrisson de prendre du plaisir lors de l'alimentation.

Système d'exploration venant prendre le pas sur le système de capture :

Dans ce cas-là, le psychomotricien se retrouve avec des nourrissons exposés qui semblent avoir de nombreuses difficultés dans la prise de leur biberon, avec un système tactile trop puissant, engendrant alors une exploration importante, ayant pour conséquence une abstinence d'absorption du liquide et tétée.

Ce sont des nourrissons qui font de nombreux mouvements de lèvres et de langue pour maximiser les sensations tactiles, la fonction alimentaire ayant donc du mal à se déployer.

Le psychomotricien peut avoir un œil attentif concernant le cadre spatio-temporel du moment du repas, ainsi que la posture de l'enfant à table ou dans les bras de la maman. Il est important que le bébé acquière l'aspect narratif du repas, pour le différencier du moment de jeu et d'exploration des objets : c'est ce que **Bullinger** appelle la *chaîne narrative du repas*. (105)

En effet, les réflexes de succion doivent être transformés en activités psychiquement habitées. Les séquences de repas en relation permettent la transformation, cette dernière nécessitant un équilibre entre les ajustements posturaux et les sensations

intra-buccales. (105) Le cadre du repas doit donc être posé, avec une mise en forme du corps, une mise en jeu du tiers qui offre le repas, accompagné par la parole (« ça va être l'heure de manger »). Le moment du repas doit ainsi être construit et réfléchi : le nourrisson ainsi que la mère doivent être posés, doivent prendre le temps qu'il faut, afin que tout le monde puisse comprendre et intégrer la chaîne d'événements amenée à la prise de nourriture. (30)

Le psychomotricien peut aussi rechercher du côté de la mère et de ses fantasmes. En effet, on peut se demander comment la mère transmet le plaisir à travers l'alimentation. Le psychomotricien peut se questionner, dans les cas où le nourrisson ne veut réellement pas manger, si la mère ne transmet pas un interdit de manger, un interdit de plaisir car les TU peuvent parfois générer une anhédonie, ainsi que des risques de malnutrition. De nombreux mécanismes carenciels entrent en jeu chez les mères atteintes de TU, tels que les problèmes dentaires, la dépression et les vomissements. (71)

- Le refuge dans le sommeil ou l'hypervigilance

Comme nous avons pu le voir, les nourrissons exposés aux SPA peuvent être pris de nombreux troubles de sommeil, corrélés à leur irritabilité et leur vigilance. Ainsi, on ne peut pas isoler l'étude du sommeil de ce qui se passe pendant la veille.

Pour certains nourrissons exposés, le sommeil va être un moyen de se réfugier de toutes stimulations environnantes, se plongeant dans une « hypersomnie refuge ». Dans ce cas-là, le nourrisson n'a pas beaucoup de temps d'éveil ni de temps de stimulations, et cela peut amener des troubles psychomoteurs tels que des troubles de la motricité, des troubles sensoriels, des comportements de retraits ainsi qu'une absence de plaisir pendant les états de veille. (63)

À l'inverse, pour d'autres, le moment du coucher ainsi que la nuit est un moment difficile, qui vient être source d'anxiété, de nombreux cris et d'hypertonie.

Ces nourrissons se montrent hyper-vigilants à leur environnement, en état d'alerte permanent. Le moindre bruit peut les faire sursauter, eux qui gardent en plus souvent

des réflexes archaïques très tard. S'endormir impose le lâcher-prise, c'est accepter de laisser son corps sans contrôle. (28)

De plus, nous avons vu que les nouveau-nés exposés pouvaient être très irritables : le lien entre manque de sommeil et irritabilité est flagrant, pouvant plonger le nourrisson dans un cercle vicieux alternant manque de sommeil et irritabilité au cours de la journée ainsi que pendant l'endormissement.

Le sommeil est indispensable à la construction du tout-petit. Le psychomotricien vient questionner la mère sur le moment de l'endormissement et les nuits, s'assurant que l'environnement du bébé soit le plus adapté possible au sommeil (peu de stimulations sensorielles).

Le psychomotricien entre dans une plus grande intimité avec le nourrisson, par le biais du toucher, des sensations, des regards et des paroles. Il peut venir inciter la mère à trouver des potentielles solutions à l'endormissement comme les bercements, les chansons afin que bébé se sente en sécurité.

Le psychomotricien peut aussi proposer à ceux qui n'en ont pas la confection d'un doudou, amenant au nourrisson un espace transitionnel. L'espace transitionnel est une notion de **Winnicott**, qu'il définit comme étant une défense contre l'angoisse. C'est un lieu qui se veut contenant et sécurisant dans lequel le bébé peut être seul et se recentrer sur lui-même.

L'objet transitionnel vient apporter des fonctions sensorielles (douceur, odeur, texture, succion) afin de donner au nourrisson un moyen de s'apaiser et de trouver le sommeil dans une sécurité interne. (17)

Ces fonctions sensorielles viennent apporter une intimité au nourrisson, qui étaient amenées antérieurement par les formes anciennes de maternage, telles que les enveloppes de tissus proposées pour le nourrisson afin d'apporter une contenance, une diminution de l'angoisse et donc favoriser un sommeil moins agité.

Historiquement, dans les pays occidentaux, les bébés étaient langés après leur naissance, et ce n'est que petit à petit qu'ils étaient libérés de leur enveloppe de tissus, afin de leur apporter une couche protectrice en plus de leur peau : les langes devenaient leur « seconde peau ». (87)

Cette proposition d'enveloppes de tissus sera remplacée plus tard par les travaux d'**E. Bick** et de **D. Anzieu**, amenant les notions d'enveloppes corporelles et psychiques (portage, caresses, câlins). [Cf.III.3. B.b. *Accompagnement corporel de la mère pour soutenir le nourrisson physiquement et psychiquement : environnement et accordage affectif*, page 74]

À l'hôpital de jour du Réseau de Psychiatrie Périnatale, nous retrouvons un atelier doudous : les mamans sont invitées à confectionner elle-même le doudou de leur enfant, des choix des différents tissus, textures, formes jusqu'à la couture. Avec un doudou, l'enfant peut se représenter sensoriellement sa mère au travers de ce dernier, sans pour autant qu'il la remplace.

Nous rencontrons **Madame N**, maman d'une petite fille de 6 mois se nommant **Alaïa**. Dès sa naissance, **Alaïa** est confrontée à un SSNN suite à l'exposition *in-utéro*, dès le début de la grossesse, à la cocaïne.

Madame N a un trouble de l'usage à la cocaïne depuis son adolescence, elle est suivie par un addictologue mais nous avoue « ne pas vouloir arrêter ».

Alaïa est une petite fille très irritable, avec un niveau d'hypervigilance élevé. Sa mère peut nous dire qu'un moindre bruit la réveille. Elle a de nombreuses difficultés dans l'endormissement ainsi que dans la durée de sommeil : Il arrive à Madame N de mettre plus d'une heure pour l'endormir, et cette dernière nous dit qu'Alaïa se réveille plus de 10 fois par nuit.

En discutant avec Madame N tandis qu'Alaïa est sur le tapis d'éveil, nous comprenons que Madame N ne dort pas la nuit, car c'est le moment où elle consomme beaucoup. De plus, elle peut nous expliquer que de nombreuses personnes rentrent et sortent de son appartement car elle ne consomme pas seule, et se fait livrer ses substances deux à trois fois par nuit.

Après quelques temps, elle peut aussi nous dire qu'Alaïa dort dans le salon de

l'appartement, pour qu'elle « garde un œil sur elle ». Alaïa dort dans un environnement qui est peu calme, avec beaucoup de stimulations sensorielles (bruits de pas, discussions), causes sûrement de ses réveils à répétition au vu de son hypervigilance. Alaïa est alors irritable toute la journée et même au moment de l'endormissement, avec des pleurs que Madame N n'arrive pas à calmer.

Au fur et à mesure de notre discussion, nous nous rendons compte que Madame N prend petit à petit conscience et en concomitance à la verbalisation de l'environnement dans lequel dort Alaïa, que « même un adulte n'arriverait pas à dormir ». Elle nous dit qu'elle comprend sa fille, et que dès ce soir elle la mettra dans sa chambre, restera avec elle un petit moment et demandera à tout le monde ne pas faire de bruit.

Ici, nous voyons bien que le rôle du psychomotricien passe énormément dans une écoute et une recherche active de l'environnement dans lequel se trouve le nourrisson. Avant même d'essayer de chercher des solutions dans le portage, les bercements, il est toujours important de questionner sur le contexte dans lequel se fait l'endormissement et le sommeil.

Ces troubles de la sphère somatique tels que les troubles du sommeil ou les troubles de l'alimentation, comme nous avons pu le voir dans le cas clinique ci-dessus, sont corrélés à la sphère relationnelle, au soutien psychique comme physique qui est proposé au nourrisson. Le psychomotricien vient aussi rechercher les interactions entre la mère et son bébé, il doit s'imprégner du vécu de la dyade pour proposer un accompagnement dans l'environnement affectif qui entoure bébé. (87)

Ainsi, par une recherche de solutions et une présence active dans le développement psychomoteur du nourrisson exposé aux SPA, le psychomotricien vient accompagner le développement moteur, psychique et sensoriel de ce dernier, souvent mis à mal et entravé dû à cette exposition précoce dès *in-utéro*. Au-delà de la recherche de solutions avec la mère, de la mise en mouvement du corps du nourrisson et des différentes stimulations et propositions qu'il peut faire, la mission

du psychomotricien vient s'élargir à l'environnement affectif qui entoure le nourrisson, et qui joue un rôle important dans le soutien physique et psychique de ce dernier.

b. Accompagnement corporel de la mère pour soutenir le nourrisson physiquement et psychologiquement : environnement et accordage affectif

Pour soutenir bébé psychologiquement et physiquement, il est important de mettre l'accent sur l'environnement affectif qui l'entoure, ainsi que la capacité de la mère à répondre adéquatement au vécu émotionnel de son bébé afin que ce dernier se sente satisfait et apaisé. Le développement du nourrisson est porté en partie par l'interaction qu'il peut avoir avec son milieu humain, mettant en jeu le dialogue tonico-émotionnel avec sa mère. *[Cf. III.1.D. Les interactions avec le milieu humain et les représentations, page 42]*

Cette notion de dialogue tonico-émotionnel est fortement reliée à la notion d'accordage affectif, amenée par **D. Stern**. Il dénomme « accordage affectif » le fait que l'imitation puisse traduire le passage des états internes de la mère au bébé, et, réciproquement, par la contagion d'affects. (140)

C'est donc un moment où la dyade mère/bébé vient partager les mêmes états affectifs et comportementaux, parfois sur un mode transmodal. La mère vient renvoyer à son bébé ce qu'il a pu exprimer sur un mode sensoriel ou moteur, en utilisant un autre canal. (13)

Par exemple, l'enfant a un vécu émotionnel (sourires, pleurs), et la mère, par un sourire, des paroles rassurantes, l'allaitement, répond à son bébé. On voit alors une réaction de la part de ce dernier face au message reçu. Il est satisfait et s'apaise. (51) Il y a donc un partage d'affects. L'accordage affectif permet au nourrisson de faire l'expérience du partage de sa vie émotionnelle et de percevoir les affects éprouvés par la mère. L'accordage affectif participe donc à la compréhension du bébé et permettra ensuite d'associer une signification à un comportement.

De par son approche sensorielle, **Bullinger** vient appuyer l'importance de cette notion dans l'accompagnement psychomoteur pour aider bébé au bon développement en passant par cet accordage émotionnel : il démontre l'importance

de la verbalisation pour créer du lien, pour favoriser de bonnes interactions précoces afin que la dyade mère/bébé puisse au mieux se comprendre. (30)

Ici, nous venons parler des interactions précoces (comportementales, affectives et fantasmatiques) mère/bébé : la mère stimule le bébé qui lui répond. La mère va à son tour lui répondre et vice et versa. Ces réponses sont en interaction constante, elles s'influencent entre elles. (13)

L'accordage affectif est parfois difficile à mettre en place pour la mère car un enfant souffrant d'un SSNN ou qui est exposé aux SPA la renvoie à une grande culpabilité.

Une revue de la littérature canadienne sur l'influence des TU sur les capacités parentales relève que la mère souffrant de TU aux SPA serait plus amenée à apporter une réponse inadéquate aux besoins de l'enfant, et donc que les besoins de l'enfant ne soient pas satisfaits. **Roseblum** (2000) parle d'une « discontinuité du fonctionnement parental » entravant cet accordage affectif. (135)

De plus, ce sont des nourrissons irritables, pleurant beaucoup, se nourrissant mal. La mère peut se sentir démunie, et si elle n'est pas soutenue et rassurée sur ses capacités à être mère, son accompagnement au développement de son bébé sera mis à mal.

Le psychomotricien vient accompagner cette recherche d'accordage affectif et de liens entre la mère et son bébé par des questions et des clés pour aider à l'échange relationnel, ce dernier ayant une place importante dans le développement psychomoteur de tous les nourrissons, et ainsi du nourrisson exposé dès *in-utéro*.

La psychomotricité joue un rôle important dans l'explication de l'échange relationnel : le bébé communique avec son langage qui lui est propre (il pleure, s'agite) et la mère vient lui répondre en parlant, en le nourrissant, en lui souriant. La mère joue alors un rôle important dans le décodage et l'interprétation des signaux afin de lui renvoyer ce qu'elle perçoit de lui dans une forme plus compréhensible pour le bébé : c'est ce que **Bion** appelle la fonction Alpha et la fonction Bêta. (20)

Ainsi, les contenus psychiques du nourrisson sans significations s'apparentent en éléments Bêta, que la mère va venir transformer en fonction Alpha afin de rassurer et de calmer bébé. L'enfant apprend petit à petit à faire confiance à sa mère, il porte alors de plus en plus le sentiment de sécurité et de contenance qui est primordial à son bon développement. (52)

Chez le nouveau-né exposé aux SPA, nous avons pu voir qu'il peut posséder de nombreux états dysrégulation du nouveau-né, qui viennent majorer le stress maternel. La mère se retrouve donc avec des capacités altérées, elle peut avoir du mal à répondre de manière adaptée aux besoins et signaux émotionnels de son bébé, la fonction Alpha et la fonction Bêta sont alors mises à mal. (136)

Si la mère présente en plus de cela un défaut de sensibilité, alors cela peut majorer en retour les difficultés de régulation des nourrissons, ces difficultés venant donc perturber l'harmonisation affective des interactions précoces. (137)

Ces états de dysrégulation que l'on retrouve souvent chez les nourrissons exposés aux SPA sont également des facteurs prédictifs dans le développement d'un trouble de l'attachement ainsi qu'un mauvais ajustement psychosocial et émotionnel. (18)(76)

Ainsi, nous retrouvons chez le nourrisson et la mère exposés aux SPA des possibles troubles des interactions : l'**excès de stimulation** (environnement surstimulant), le **manque de stimulation** (environnement dystimulant) ainsi que le **caractère paradoxal** (le nourrisson n'a pas de stratégies pour s'adapter). Ces trois dysfonctionnements interactifs précoces peuvent être les premiers marqueurs d'un risque développement à venir chez le nourrisson. (65)(102)

On comprend donc que ces enfants particulièrement vulnérables nécessitent des soins et une attention particulière, ce qui représente un défi supplémentaire pour leurs mères, elles-mêmes fragilisées par leur TU, voire d'autres troubles comorbides.

Par le biais de la psychomotricité, il est donc important d'accompagner corporellement la mère via l'accordage affectif afin qu'elle puisse soutenir

psychiquement et physiquement le nourrisson, et pallier ces trois potentiels troubles des interactions qui peuvent survenir.

Le psychomotricien vient proposer plusieurs manières de contribuer à une harmonisation affective des interactions précoces.

✓ **Portage et contenance**

« Le portage doit répondre avant tout au besoin fondamental de l'enfant de se sentir soutenu et enveloppé, en sécurité émotionnelle. »

N. THOMAS (75)

D. Winnicott développe la notion de *Holding* : c'est la manière dont l'enfant est porté. Il touche le portage dans toutes ses dimensions, incluant le maintien physique qui va endosser le rôle de protection contre les multiples angoisses, ainsi que la façon de s'occuper de l'enfant de façon régulière et rassurante, permettant de préserver le sentiment continu d'exister du bébé ainsi que son processus de maturation. Le portage vient donc occuper une place tout à fait naturelle dans les soins apportés au bébé : il participe à l'unification de ses premières expériences. (149)

Pour les nourrissons en souffrance intense, ce *holding* a valeur de soin mais aussi de prévention contre une prédisposition à la toxicomanie.

Les nourrissons exposés aux SPA présentent souvent des difficultés de régulation des états (irritabilité, pleurs, difficultés d'apaisement) et toniques, tels que de l'hypertonie ou de l'hypotonie qui le rendent « inconfortable » et donc parfois difficile à porter ou à apaiser. Cela amène donc une perturbation de la réciprocité des interactions, mettant à mal la mère dans le portage de son bébé : la mère et son bébé ne parviennent pas à s'ajuster l'un l'autre, le bébé se raidit, ou au contraire « coule » et donc le portage devient inconfortable pour tous. (13)

Le psychomotricien peut venir proposer un accompagnement autour du portage.

Porter son nourrisson dans les bras vient constituer une activité importante dans le développement de la relation mère-enfant : les échanges corporels entre la mère et l'enfant sont intenses par le biais notamment de l'accordage affectif. (133)

De plus, un portage adéquat favorise la construction du schéma corporel du nourrisson en lui permettant des schèmes moteurs adaptés. Pour les nourrissons exposés dès *in-utéro* qui peuvent souvent se montrer irritables et labiles, le psychomotricien contribue à minimiser leurs états d'excitation ainsi qu'à étayer la sécurité.

Pour amener un sentiment de sécurité et de contenance, il est important de connaître la sécurité de base liée au maintien que propose la mère : l'enfant doit être tenu sous sa base (ses fesses ou ses cuisses) ainsi que sur sa nuque. Il est nécessaire d'expliquer à la mère que cette position donne au nourrisson un soutien au niveau postérieur et antérieur, permettant ainsi un relâchement musculaire global en favorisant l'enroulement axial, nécessaire pour se sentir en sécurité, lui donnant un sentiment de globalité et d'unité corporelle.

Le nourrisson se sent alors porté, soutenu, contenu par un environnement sécurisant que lui propose sa mère. Il prend plaisir à bouger, à ressentir et à s'exprimer avec son corps, tout en rentrant en relation. Il est moins agité et peut avoir une attention plus soutenue.

Le psychomotricien vient donc aider la mère à trouver des positions et des postures confortables pour elle comme pour son bébé, amenant des moments privilégiés d'interaction, où les liens affectifs et relationnels, parfois mis à mal par l'exposition aux SPA, se construisent, en aidant le nourrisson à trouver des appuis relationnels sécurés.

Nous reprenons le cas de **Alaïa**. [Cf. III.B.a. *Accompagnement de la mère sur la question du développement psychomoteur du nourrisson et de ses troubles*, page 74]

Alaïa est une petite fille très irritable, qui pleure beaucoup avec des cris aigus incessants et difficiles à calmer. Elle paraît enfermée dans une tonicité excessive.

Selon **L. Vaivre-Douret** « *la paroi psycho-corporelle dure ne laisse plus passer les informations, qu'elles viennent du dedans ou du dehors. [...] La mère perçoit l'état de crispation de son bébé mais elle ne sait plus comment y répondre puisque rien ne le calme* » (143)

Nous proposons à Madame N un accompagnement au portage afin d'essayer d'apporter une sécurité et une contenance pour Alaïa, qui lui permettrait une détente neuromusculaire et un abaissement de son état de vigilance.

Par des manœuvres de contenance telles que le portage en bouddha, nous observons assez vite qu'elle semble sensible au portage dans cette position.

Ce mode de portage consiste à caler le dos du bébé contre soi, tenir son bassin et ses jambes en flexion d'une main, et poser l'autre main sur son tronc.

Ainsi relâcher musculairement, Alaïa semble être contenue, limitant son agitation tonique et émotionnelle.

Nous proposons à Madame N d'essayer, mais cette dernière très figée dans son corps, nous dit avant même de la porter que « ça ne marchera pas » avec elle. Madame N décide de prendre Alaïa, qui se tortille et se met à pleurer. Notre posture de soignant influe sur notre relation tonico-émotionnelle et est différente du parent empreint d'inquiétude de ne pas y arriver.

Le rôle du psychomotricien est aussi d'aider cet accordage affectif entre la mère et son bébé, pour qu'ils développent ensemble leur capacité de régulation émotionnelle.

En détendant Madame N par une réassurance vis à vis de son portage et par une écoute approfondie de ce qui lui faisait peur, nous avons pu voir une réelle amélioration lors du renouvellement d'expériences, où Madame N, assise sur le fauteuil et détendue, a permis à Alaïa, positionnée dans la posture bouddha, de se relâcher toniquement, adressant des sourires destinés à ceux qu'elle croisait.

✓ Peau à peau : vers un toucher contenant

Le nourrisson exposé aux SPA dès *in-utéro*, de par son hypertonicité (ou hypotonicité) ainsi que son hypersensibilité (ou hyposensibilité), peut posséder une paroi tonique mis à mal. [Cf. III.2 *Conséquences de la consommation maternelle de substances psychoactives sur le développement du nourrisson, page 43*]

Souvent, nous remarquons des bébés exposés pleurant beaucoup sur des longs moments, se mettant en hyperextension, leurs muscles comme contractés de la tête au pied : leur seuil de tolérance à la frustration ou à ses sensations internes est dépassé. La violence des mouvements internes et des contractions musculaires semble venir stopper toute relation avec un tiers, ces nourrissons étant perdus dans leur tonicité excessive.

À ce stade d'un entravement de son état tonique, la paroi psychocorporelle du nourrisson est dure, elle ne laisse plus passer les informations qu'elles viennent du dedans comme du dehors. La mère, spectatrice de cette labilité tonico-émotionnelle et de l'état de crispation de son bébé, peut très vite ne plus savoir quoi faire ni comment répondre puisque plus rien ne peut le calmer. (122)

Parfois, la communication émotionnelle et tactile peut ne plus exister chez la mère et son bébé. Le psychomotricien peut alors proposer à la mère un contact direct avec son bébé : c'est le **peau à peau**. Cette technique, inspirée par les pédiatres **Rey** et **Martinez**, consiste à porter les nouveau-nés peau à peau, contre la poitrine de leur mère. (75) Il s'agit du seul soin qui ne peut être donné que par le parent, d'où l'importance en psychomotricité de donner les clés à la mère.

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

J. De Ajuriaguerra

Ainsi, dans un cadre le plus intime possible, le nourrisson peut trouver un moyen, par la peau de sa mère, d'être réconforté et de se sentir contenu. Il peut reconnaître l'odeur de sa mère, percevoir sa voix et les battements de son cœur, et ainsi retrouver des sensations de chaleurs corporelles connues dès *in-utéro*.

Pour la mère, c'est un moyen privilégié de faire connaissance avec le corps de son bébé, de son odeur et de la texture de sa peau. (129)

Des études telles que celle de **Siegel** (1982) viennent confirmer les effets d'un contact peau à peau prolongé et précoce entre la mère et son bébé. (143) Le peau à peau vient alors favoriser la détente, la rencontre entre la mère et son bébé dans un moment calme et de tendresse, ainsi que le lien d'attachement entre eux.

Pour les nourrissons exposés aux SPA, il vient alors servir d'appui dans la stabilité de la température et du rythme cardiaque, dans la facilitation de l'allaitement et ainsi des troubles alimentaires souvent rencontrés chez eux, dans l'endormissement parfois délicat, ainsi que dans l'apaisement des angoisses éventuelles du nourrisson. Amenant caresses, baisers et mots doux, le « peau à peau » contribue à laisser les émotions de la mère et de son nourrisson se véhiculer à travers la peau, par le dialogue tonique et la mère peut alors se sentir alors « suffisamment bonne » (153), capable de réchauffer, de calmer son bébé, de trouver des solutions. (13)

Les théories développées par **D. Anzieu** dans le *Moi-peau*, sont un plus pour comprendre le rôle psychiquement structurant de la peau, ainsi que l'importance du toucher, du contact physique et psychique qui s'établit entre le corps du nourrisson et celui de sa mère. C'est ce contact réel qui permettra une pleine structuration des enveloppes psychocorporelles archaïques du nourrisson. (88)

Peu à peu et peau à peau, le bébé communique et vient élaborer une différenciation du soi, parfois difficile à être mis en place chez les nourrissons exposés aux SPA, quant à leur hypertonicité et hyperextension qui peut mettre à mal la mère dans le portage et le lien tactile. **Anzieu** vient confirmer que la formation du *Moi-peau* va de pair avec les touchers maternels et l'établissement d'une relation entre eux. (143)

Dans toute médiation corporelle, mais surtout dans le toucher, il y a une réelle contagion relationnelle qui va permettre à la mère touchante et touchée d'ajuster son propre tonus aux mouvements tonico-corporels et émotionnels de son nourrisson, pour lui donner un sentiment de sécurité et de contenance. (129)

Le psychomotricien peut aussi venir proposer à la mère d'effectuer un toucher contenant ainsi qu'un toucher massage afin d'aider le nourrisson à se calmer et à s'apaiser. La qualité du toucher est importante, il doit être ferme, doux, lent et englobant, tout en gardant en tête qu'il doit s'adapter à ce que le nourrisson semble aimer. Ce toucher permet un sentiment de contenance, de sécurité et de corps unifié.

✓ Enveloppes sensorielles pour un soutien psychique et physique

Par un accompagnement dans la proposition d'une mise en place d'enveloppes sensorielles, le psychomotricien vient appuyer les propos de **Bullinger** dans l'importance de l'accompagnement psychomoteur pour aider le nourrisson en passant par l'accordage émotionnel, en lien avec les propositions sensorielles que peut mettre en place la mère. (13)

L'environnement sensoriel proposé par les tiers du nourrisson exposé peut parfois venir entraver ses sens, déjà mis à mal par une prédisposition à l'hypersensibilité (ou hyposensibilité).

Ainsi, on peut rencontrer dans une dyade mère/bébé teintée de SPA, des perturbations dans la réciprocité (13) :

- **Perturbations visuelles** : le bébé évite ou lâche le regard de la mère, l'adulte vient forcer le regard du bébé ; la mère n'a pas de contact oculaire prolongé pour son bébé.
- **Perturbations vocales** : Le parent ne prend pas en compte les vocalisations négatives du bébé qui exprime sa détresse (persiste dans ses sollicitations ou ne semble pas répondre aux demandes de bébé).

- **Perturbations corporelles** [Cf. III.B.b. Portage et contenance ; Peau à peau : vers un toucher contenant, page 78]

L'environnement peut alors être vécu par le nourrisson vulnérable comme dystimulant ou surstimulant, avec des surstimulations ou des sous-stimulations à ses besoins sensoriels.

Le psychomotricien vient accompagner la mère à rechercher l'environnement sensoriel qui convienne le mieux à son nourrisson, en jouant un rôle sur les perturbations vocales, vestibulaires, olfactives et gustatives.

- Stimulations visuelles

Les interactions visuelles sont très importantes dans l'accordage affectif entre la mère et son bébé. En effet, ces deux derniers se regardent dès la naissance, et leur premier regard partagé est souvent empreint d'une grande émotion.

Ces échanges visuels représentent un mode de communication privilégié entre eux. (13) L'œil fournit au nourrisson l'information des formes, des couleurs et de tout ce qui est autour de la coordination œil-main, ce qui permet de saisir différents objets. Chaque réponse au mouvement du bébé est facilitée par la vue qu'il aiguise grâce aux sollicitations visuelles adaptées.

Environnement dystimulant : La vision du nourrisson a besoin d'être stimulée pour se développer. Les nourrissons exposés présentent parfois des prédispositions à une hypotonie, rendant encore plus importante la stimulation extérieure de leur sens et de leur tonus.

Dû à cette hypotonie du nourrisson, et donc à ce dernier étant souvent vu comme « mou » ou « inintéressé », il arrive parfois que la mère désinvestisse le regard adressé, pensant que son enfant est insensible à cela. Les besoins sensoriels du nourrisson amènent une demande auprès de la mère, avec des regards adressés et

maintenus par le nourrisson pour sa mère. Sans réponses, ce dernier peut arrêter de solliciter ce regard, pourtant important à son développement.

Environnement surstimulant : Le nouveau-né exposé aux SPA dès son plus jeune âge, est empreint à une hypersensibilité sensorielle. L'exposition à de nombreux stimuli visuels parfois permanents (lumière forte, écrans, couleurs trop vives) peut être vécue comme trop intense.

Ces surstimulations visuelles peuvent perturber le développement du rythme circadien (sommeil/veille) et peuvent être une cause des troubles du sommeil rencontrés chez ces nourrissons exposés, ainsi que de leur irritabilité.

Pour apprécier la qualité des interactions visuelles, le psychomotricien vient observer les initiations, les échanges et le maintien du regard entre eux. Lorsque ces sollicitations visuelles sont défaillantes, le psychomotricien est une béquille pour assurer la compréhension des différents signaux mis en place par le nourrisson (évitement du regard, regard du nourrisson à sa mère adressé et prolongé).

Ainsi, il peut aider la mère à assurer une stimulation visuelle adéquate, grâce à la mise en place de miroirs (pour que bébé puisse voir son image), des regards adressés et maintenus sans dépasser le seuil de tolérance unique à chaque nourrisson. Le psychomotricien vient aussi stimuler la vision grâce à la poursuite visuelle des objets contrastés noirs et blancs.

Revenons sur le cas de **Madame G** et de **Jean**. [Cf. page 55]

La passation de l'échelle de Bobigny pour cette dyade consolide la défaillance des interactions visuelles entre eux, que nous avons pu voir dès la première rencontre. En effet, nous observons une forte différence entre le score de Jean et de Madame G : Jean possède un score de 0 : il recherche énormément le regard de sa mère. Il peut aussi solliciter un tiers et accrocher un objet.

Madame G possède un score de 3 au niveau de l'initiation du regard : elle ne recherche jamais le regard de Jean. Au niveau de l'expression de son regard, elle regarde le plus souvent Jean de façon vide.

- Stimulations vocales

La voix sous toutes ses formes revêt une importance cruciale dans le développement du nourrisson.

Environnement dystimulant : Dans le cas d'un environnement dystimulant, la mère semble ne pas investir la voix dans ses interactions. Le nourrisson exposé tente de solliciter sa mère par des vocalises adressées, des babillages. Sans réponse de la part de sa mère, il peut arriver que le nourrisson abandonne et se retire de l'échange, sans arriver à se reconforter lui-même. Il peut aussi réagir par des pleurs et des cris afin d'attirer l'attention de sa mère sur ses besoins sensoriels, en vain.

Environnement surstimulant : La surstimulation vocale est telle qu'un fond sonore persiste en permanence par le bébé, par un excès de stimulation par la mère ou son environnement (musique, conversation téléphoniques, bruits extérieurs...).

Les capacités du nourrisson exposé aux SPA sont plus limitées dans le temps et dépendent aussi de son niveau d'hypersensorialité.

Dans le cas de surstimulations vocales, la mère ne semble pas percevoir les signaux exprimant un besoin de pause chez son bébé et il semble alors submergé par tous ses comportements oraux (pleurs, vocalisations négatives, retrait...). (13)

Le psychomotricien vient accompagner cet ajustement de la sollicitation vocale que peut proposer la mère, en cherchant avec elle les signaux de bébé en réaction aux bruits qui le stimulent trop ou pas assez : sursauts, vocalises négatives, apnée...

De façon régulière, le psychomotricien peut inviter la maman à prendre un moment pour répondre justement aux mimiques de ce dernier, aux sons qu'il émet et à ses demandes, en lui faisant comprendre que la communication adaptée est importante et qu'elle influence ce qui l'entoure (répéter des mots, pour parler à bébé lentement et devant lui pour qu'il puisse voir sa bouche bouger).

Pour inciter à poursuivre un échange vocal, le psychomotricien peut proposer différents canaux à la mère pour qu'elle puisse l'investir : par exemple, la voix chantée par le biais de chansons et de comptines est très recommandée car elle permet de véhiculer un vécu, une expérience au nourrisson, souvent captée par cette voix sensible et mélodique. (70) (106)

« Le rythme, la mélodie et l'anticipation dans les échanges sociaux de bébés préverbaux pourraient être à la base d'expériences affectives partagées, d'émotions intersubjectives, qui sont proches de celles que l'on ressent face à une œuvre d'art lorsqu'elles entraînent ces émotions qui nous touchent. »

Maya Gratier (70)

Nous rencontrons **Madame B** et sa petite fille **Ilona** (5 mois) à l'hôpital de jour, sur un temps d'1h30.

Madame B présente des TU à la cocaïne, elle peut nous dire qu'elle sait qu'elle a parfois des comportements hyperactifs, reflétant son état psychique accéléré.

Madame B est suivie par la psychiatre de l'unité pour tachypnée liée à une forte anxiété et un contrôle omniprésent dans ses sphères professionnelle et familial.

Dès le début de la séance, nous sentons Ilona très vive, curieuse à l'environnement, et très sollicitée par sa maman, qui l'appelle par son prénom sans demande particulière, répétant « Ilona, Ilona, Ilona, Ilona ».

Madame est assise sur le tapis, elle tape incessamment son pied sur le sol, en nous racontant très vite qu'Ilona semble en avance sur son âge, que c'est la première enfant de leur groupe d'amis à ramper aussi vite.

À l'heure du goûter, Madame B prend Ilona dans ses bras, s'approche près de son visage, leur nez presque collés, et lui répète de nombreuses fois « c'est l'heure de goûter ». Elle ne marque pas de temps de pauses entre les répétitions.

Précipitamment, Ilona se met en hyper-extension, accompagnée de cris aigus et de pleurs.

Nous proposons à Madame de reposer Ilona sur le tapis d'éveil et de la laisser un peu seule. Après quelques secondes, Ilona arrive à se calmer.

L'environnement vocal est perçu pour Ilona comme trop intense, dépassant son seuil de tolérance. Par le biais de pleurs et d'une hyper-tonicité, Ilona envoie des messages à sa mère concernant la surstimulation vocale reçue.

- *Stimulations vestibulaires*

Le système vestibulaire est sollicité lors des mobilisations, des portages et des bercements.

Environnement dystimulant : Dû à l'hypertonie, l'hyperextension et les pleurs excessifs du nourrisson exposé, la mère désinvestit parfois le portage.

Environnement surstimulant : Même si le cas de surstimulation n'a jamais été rencontré pour ma part, il est important de mettre en mots la dangerosité d'une surstimulation vestibulaire, telles que des vibrations, des bercements importants et trop intenses, pouvant amener à de nombreuses complications, tels que le syndrome du bébé secoué.

Le psychomotricien vient apporter des clés à la mère pour investir différents moyens de portage, afin que le nourrisson puisse intégrer les sensations indispensables à l'équilibre dynamique de son corps et à son schéma corporel. [Cf III.3.B.b. Portage et contenance, page 79] Le psychomotricien vient discuter des effets apaisants pour les nourrissons exposés *in-utero* : ces derniers ayant parfois du mal à se calmer et s'agitant beaucoup, le simple fait de les porter et de se déplacer en les berçant permet souvent de les apaiser.

Il est donc important pour le développement psychomoteur du nourrisson d'être à l'écoute de la sensorialité de ce dernier, afin d'essayer de comprendre ce qu'il ressent et pouvoir mettre en mots : c'est une des parties du *holding* de **Winnicott**.

« Winnicott désigne par le terme de holding (maintien) l'ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques spécifiés selon ses propres sensibilités tactile, auditive, visuelle, sa sensibilité à la chute et qui s'adaptent aux changements physiques et psychologiques de l'enfant. » (26)

Il faut « penser bébé » comme dit **D.Stern** pour panser bébé. (140) Il est important de déployer une attention particulière à l'environnement sensoriel que l'on offre à bébé, aiguisant notre propre sensorialité afin d'être plus près de ce qu'il peut vivre. C'est-à-dire qu'il faut déployer une attention particulière à ce nourrisson en aiguisant notre sensorialité afin d'être plus près de ce qu'il vit. Le psychomotricien vient soutenir le nourrisson corporellement mais aussi symboliquement, sensoriellement en l'enveloppant de mots et de regards.

C. Étayage de la parentalité

« Être parent, c'est devenir responsable d'autrui ; tenter de donner à un enfant ce dont il a besoin pour croître dans toutes les dimensions de sa personne. » B. Bayle (13)

Le psychomotricien vient poser des mots sur le comportement du bébé et pointe à la maman ses réactions, ses compétences tant sur le plan moteur et tonique que sur le plan cognitif et affectif. Il vient donc accompagner la mère dans l'observation et la découverte fine de son bébé, ainsi que l'encourager à interagir avec lui par différentes modalités sensorielles et motrices.

L'objectif est d'accueillir les émotions et les signaux du bébé, de tenter de les reconnaître et de les mettre en mots dans le but d'aider la mère à mieux s'ajuster et à répondre aux sollicitations de son bébé. Pour cela, il peut y avoir une mise en place

de médiations (telles que des temps de relaxation mère-bébé) permettant à la mère de se sentir active auprès de son enfant, l'aidant à construire son identité parentale ainsi qu'à établir un lien sécure avec lui.

Le lien sécure peut aussi se construire par la capacité de la mère à rester soi-même solide et rassurante face à la tempête extérieure comme intérieure que peut parfois ressentir le nourrisson exposé. Ce dernier a besoin de se sentir protégé par un adulte solide, qui sait qu'il n'y a pas de danger, facilitant alors la détente du nourrisson. (13)

En plus de cela, le psychomotricien vient valoriser les comportements adaptés de la mère dans les interactions avec son bébé. Nous savons que les bébés exposés aux SPA peuvent pleurer beaucoup, sont irritables et avec une forte labilité émotionnelle. Cela peut fortement entraver les premières relations entre eux car cela peut être difficile à supporter pour la mère.

La venue d'un enfant et l'expression de la non-maîtrise des besoins du nourrisson peuvent venir réinterroger la mère souffrant de TU sur sa propre enfance et son propre parcours : reviviscence de conflits infantiles, réactivation de deuils antérieurs, défaillance du narcissisme. (13) L'arrivée de cet enfant exposé aux SPA qui est alors prédisposé à de l'irritabilité, une labilité émotionnelle ainsi que des troubles tonico-émotionnels peut renvoyer la mère à son propre vécu de dépendance, car son bébé a besoin de contenance, de sécurité. (13)

Les nourrissons exposés sont souvent difficiles à apaiser, à calmer, et cela peut amener la mère à penser qu'elle ne sait pas s'occuper de lui.

D'autre part, du fait de ses TU qui prennent une place importante, elle n'est pas toujours à même de répondre à son enfant, de le stimuler. Cela peut angoisser le nourrisson qui va redoubler ses pleurs car il peut être dans une incompréhension sur la non-réactivité de sa mère à lui répondre.

Il est donc difficile à cette mère et à son enfant de s'accorder. Il est important pour le psychomotricien de montrer à la mère qu'elle peut réussir à s'investir dans cette relation, qui lui donne une place de mère et non de « femme souffrant de TU ».

Il est important pour le psychomotricien d'accorder une place à la valorisation des compétences de la mère, afin qu'elle se sente « suffisamment bonne ». (153)

La mère sujette aux TU peut avoir des difficultés à prendre son bébé dans les bras, à la caresser, à le toucher, parce qu'elle n'arrive souvent pas à investir son propre corps, mais le fait d'essayer est déjà un très bon point. (13)

La mère ne doit pas oublier qu'elle est la personne la plus apte à connaître l'enfant qu'elle a mis au monde.

« On ne naît pas parent, on le devient » Françoise Dolto

La parentalité est un long chemin rempli de doutes et de peurs, qui doit être accompagné par le psychomotricien, ce dernier pouvant être une béquille au doute et aux interrogations de la mère. Le but premier étant de délivrer si besoin des conseils, d'offrir un temps d'écoute, de rassurer et de valoriser ses compétences maternelles.

Nous avons pu voir que les missions du psychomotricien auprès des nourrissons exposés aux SPA sont nombreuses et variées.

Elles passent tout d'abord par une grande partie préventive, qu'elle soit primaire ou secondaire aux troubles psychomoteurs des nourrissons exposés.

Puis par un accompagnement dans le développement moteur, psychique et sensoriel de ce dernier, souvent mis à mal et entravé dû à cette exposition précoce dès *in-utéro*, accompagnant la mère sur la question du développement psychomoteur du nourrisson et de ses troubles ainsi que sa propre mise en jeu pour soutenir son enfant physiquement et psychiquement.

Pour finir, le psychomotricien vient aider sur l'étayage de la parentalité, en valorisant les compétences de la mère et ses comportements adaptés dans les interactions avec son enfant, ainsi qu'en venant poser des mots sur le comportement du nourrisson exposé, pointant à la maman ses réactions, ses compétences tant sur le plan moteur, tonique que sur le plan cognitif et affectif.

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

CONCLUSION

Les troubles maternels liés à l'usage de SPA viennent peu à peu susciter un vif intérêt en regard du retentissement de l'exposition aux SPA dès *in-utéro* des nourrissons.

La réussite de la prise en charge thérapeutique des nouveaux-nés exposés est bien sûr réalisable à l'aide d'une équipe pluridisciplinaire, afin de s'atteler au nourrisson exposé et à sa mère dans toutes leurs dimensions.

En partant de l'hypothèse que les TU de SPA chez la mère peuvent compromettre et perturber le développement psychomoteur du nourrisson exposé aux substances, je me suis alors demandé en quoi une prise en soin psychomotrice pourrait les accompagner et soutenir leur développement ainsi que leur lien avec leur mère dès la grossesse.

Il m'a alors semblé nécessaire d'appréhender le retentissement des SPA sur le fœtus ainsi que sur le nourrisson. Nous avons donc pu repérer les différents impacts que l'exposition aux SPA *in-utero* pouvaient provoquer chez le fœtus exposé, tels que des retards de croissance intra-utérin (RCIU) et des risques de malformations cérébrales comme congénitales. Puis nous avons pu nous rendre compte des conséquences des SPA sur le nourrisson lors de la période postnatale, en les associant à des systèmes de sommeil irréguliers, des troubles d'éveil et d'organisation, une difficulté à rester dans un état d'alerte ainsi qu'une hypersensibilité aux stimuli ou au contraire une absence de réaction, des problèmes d'alimentation et une augmentation de l'irritabilité.

L'approche psychomotrice vient alors jouer un rôle important sur les troubles psychomoteurs et les troubles relationnels entre la mère et son bébé, en prenant en charge la dyade afin de s'occuper d'eux dans une approche qui se veut globale.

À la naissance, **P. Delion** affirme que le nourrisson est déjà un être doté de compétences innées. (144) Mais les fonctions motrices, sensorielles et psychiques

de ce dernier restent indifférenciées, et cette indifférenciation peut venir perdurer chez les nourrissons exposés aux SPA dès *in-utéro*.

Ce mémoire retrace donc le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement postural et moteur du nourrisson exposé, dans sa recherche de sensations en permettant à ce dernier de se construire et d'explorer au mieux son environnement, ses postures, sa conscience de soi, son éveil et sa sensorialité.

Ces connaissances du corps et du langage du nourrisson exposé m'ont permis par la suite de pouvoir repérer d'éventuels retards psychomoteurs et d'identifier les signes de détresse, de souffrance aussi bien physique que psychique. Il a donc été nécessaire de concevoir l'approche psychomotrice comme un soin préventif, un soutien au développement et à la construction développementale du nourrisson exposé dans les temps de son hospitalisation et au-delà.

Pour que l'approche préventive puisse continuer au-delà, il m'a aussi semblé nécessaire de justifier l'importance de l'accordage affectif et du lien mère-bébé dans le développement psychomoteur du nourrisson exposé.

En psychomotricité, l'accompagnement du nourrisson ne se résume ainsi pas au soutien de celui-ci uniquement. La mère doit être une des principales actrices de la prise en charge du nouveau-né, en étant intégrée dans tous les types de soin proposés à son enfant.

La psychomotricité accompagne alors la dyade mère-bébé dès la période prénatale, afin de guider par différentes médiations psychomotrices la mère dans son accession à la maternité.

Le rôle que la mère peut tenir dans le développement psychomoteur du nourrisson exposé est essentiel, tant sur le plan tonico-émotionnel, que sur le plan de la compréhension de son enfant, afin qu'elle puisse répondre au mieux aux signaux de ce dernier. Un maternage adéquat peut alors compenser en partie ou totalement plusieurs déficits neurodéveloppementaux retrouvés chez le nourrisson exposé, tels que des troubles de la régulation tonique (hyperextension, hypoextension), des troubles de l'éveil et d'organisation. La mère doit être encouragée et valorisée dans

l'apprentissage de son nouveau rôle pour ainsi favoriser le lien d'attachement avec son enfant.

Toutes les missions conduites auprès du nourrisson exposé aux SPA et de sa mère ont pu ainsi m'amener à mieux cerner la place du psychomotricien dans l'accompagnement de ces dyades.

La psychomotricité porte son attention sur toutes les dimensions du développement psychomoteur du nourrisson, de la prévention de ses troubles psychomoteurs jusqu'à son environnement humain qui l'entoure. Il s'agira alors d'offrir au nourrisson exposé un environnement physique et respectueux de sa construction développementale, ainsi qu'un environnement relationnel et humain au seuil duquel la mère occupe une place centrale. Pour cela, le psychomotricien viendra étayer et accompagner la rencontre entre ces deux acteurs de la relation.

L'écrit que je vous ai proposé s'arrête au 1 an du nourrisson, mais qu'en est-t-il du devenir de ces derniers ?

Des études canadiennes montrent qu'ils manifestent des altérations psychomotrices qui peuvent perdurer au-delà de la période périnatale : hyperactivité, déficits de l'attention, retards de développement, difficultés d'apprentissage, difficultés dans la compréhension des situations sociales, comportement impulsif, difficultés organisatrices et coordinatrices, dysrégulation du tonus musculaire, déficits de la mémoire de travail, déficits des fonctions exécutives. (90)

Pourtant, les médecins confirment que les symptômes du sevrage néonatal disparaissent en moyenne aux alentours de 7 jours après le début du sevrage. (154)

La réalité du terrain que j'ai pu voir est souvent toute autre : chez le nourrisson exposé, on voit bien qu'il reste chez lui une énorme vulnérabilité, de l'irritabilité, une dysrégulation émotionnelle et sensori-motrice s'accompagnant d'une grande sensibilité. (90)

Les SPA et le sevrage semblent créer un état chez le nourrisson qui ne s'arrête pas après le sevrage et qui continue à être présent.

Alors comment orienter la prise en charge chez ces enfants sur le plus long terme ? Quels seraient leurs besoins de soins et de suivi psychomoteur ? Comment évaluer quand le syndrome de sevrage est vraiment terminé ?

De la même manière qu'un bébé qui naît prématuré est suivi les premières années de sa vie, ne serait-il pas pertinent qu'un bébé exposé aux SPA ou atteint du syndrome de sevrage à la naissance soit suivi sur plusieurs mois ou plusieurs années par une équipe pluridisciplinaire, dont le psychomotricien ?

D'un point de vue professionnel, le travail de recherche et de terrain m'a permis de comprendre un peu plus en profondeur le grand champ des TU reliés à la période périnatale.

Mes deux stages m'ont permis d'unir les TU avec le fait d'attendre et d'avoir un enfant. Ce sujet complexe dans toutes ses dimensions m'a passionnée.

Toutes ces connaissances, tant sur l'addictologie, que sur la psychiatrie périnatale et la période périnatale en générale, me seront d'une grande utilité dans ma future vie professionnelle et personnelle.

Grâce à ces deux services, je me suis découverte deux réelles vocations pour travailler en service d'addictologie, de néonatalité ou de maternité.

Cette recherche approfondie et cette envie d'aller plus loin dans mes connaissances à ses sujets m'aideront à adapter mon accompagnement psychomoteur et ma posture professionnelle afin de garantir la meilleure prise en charge pour mes patients.

D'un point de vue personnel, mon investissement dans ces deux lieux de stage m'a permis de m'approcher au plus près des personnes souffrant de troubles de l'usage. Vu de l'extérieur, les personnes et plus précisément ici les mères souffrant de TU sont encore mal perçues par la société, et parfois par les équipes soignantes.

Étant donné la difficulté que j'ai rencontré pour avoir des données récentes sur la thématique de la périnatalité accolée avec les TU, ainsi que leurs retentissements sur le développement psychomoteur du nourrisson, nous pouvons comprendre le manque d'information de la population à ce sujet.

Des recherches et des travaux poussés aideront, je l'espère, à faire évoluer les représentations autour des troubles de l'usage maternels.

Être psychomotricien, et soignant au sens large, est pour moi une perpétuelle remise en question afin d'améliorer toujours plus notre prise en soin et notre accompagnement.

Il m'est impossible d'écrire mon mémoire sans avoir une grande pensée pour l'expérience difficile que j'ai vécu en stage, me heurtant de plein fouet à l'infanticide. Dans des situations telles que j'ai pu vivre, il est difficile de ne pas se poser la question : Et si j'avais pu faire plus ? La culpabilité et la remise en question de notre propre personne prennent une place importante.

Grâce à ce drame, j'ai compris qu'être soignant, c'est avoir la force et l'envie d'aller chaque jour exercer notre métier dans des services en ayant conscience des annonces difficiles possibles.

Être soignant, c'est aussi se rendre compte que personne n'est tout puissant, qu'il n'est parfois pas possible de soigner et de sauver tous les patients.

Être soignant, c'est continuer malgré tout ça à ne rien lâcher pour essayer de toujours faire de son mieux.

« C'est parce que nous investissons les personnes que nous soignons que nous sommes des soignants. En prenant soin de l'autre, nous le maintenons dans la communauté humaine, nous en sommes responsables. Pour être aidante dans le soin, la relation se base sur le respect et une certaine confiance en l'autre. Cela signifie considérer la personne en tant qu'être humain, dans son unicité, ce qui la caractérise, sans vouloir qu'elle ressemble à aucune autre, et donc d'abord comme une personne digne d'être aimée. » (98)

BIBLIOGRAPHIE

- (1) **Académie Nationale de Médecine.** (2023). *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine.*
- (2) **Adam-Darque, A., Freitas, L., Grouiller, F., Sauser, J., Lazeyras, F., Van De Ville, D., Pollien, P., Garcia-Rodenas, C. L., Bergonzelli, G., Hüppi, P. S., & Ha-Vinh Leuchter, R.** (2021). Shedding light on excessive crying in babies. *Pediatric Research*, 89(5), Article 5.
- (3) **Ainsworth, M.D.S.**, (1973) The development of infant-mother attachment. In B. Cardwell, & H. Ricciuti (Vol. Eds.) Chicago: University of Chicago Press. Review of child development research. 3. Review of child development research: p. 1-94.
- (4) **Albaret, J.-M., Scialom, P., & Giromini, F.** (2018). Chapitre 5. Manifestations psychomotrices du prématuré. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 361-377). De Boeck Supérieur.
- (5) **Alcool Info Service.** (2023). *L'alcool et la grossesse.*
- (6) **Alvarez, L., & Golse, B.** (2020). *Chapitre II - Les compétences du bébé: Vol. 3e éd.* (p. 19-34). Presses Universitaires de France.
- (7) **American Psychiatric Association** (2013) DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ("*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*"). Chapitre *Troubles reliés à une substance et troubles addictifs.*
- (8) **Association Nationale de Prévention en alcoologie et addictologie.** (2019). *Fiche-Reperes-Classifications-conduites-addictives.pdf.*
- (9) **Azuma, S. D., & Chasnoff, I. J.** (1993). Outcome of children prenatally exposed to cocaine and other drugs: a path analysis of three-year data. *Pediatrics*, 92(3), 396–402.
- (10) **Bachollet, M.-S., & Marcelli, D.** (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19.
- (11) **Barbier, I.** (2014). L'intégration sensorielle : De la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*, 39(1), 143-159.
- (12) **Barthélemy, C., Marion, M., & Dodane, M.-A.** (2015). Accompagnement à la parentalité en situation d'addiction. *Cahiers de la Puéricultrice*, 52(290), 33-35.
- (13) **Bayle, B.** (2017). *Psychiatrie et psychopathologie périnatales.* Dunod; Cairn.info.
- (14) **Bayley, N.** (2022). *BAYLEY-4—Échelles de développement du nourrisson et du jeune enfant de Bayley—4e édition.* Pearson Clinical & Talent Assessment.
- (15) **Bellis, F., Buchs-Renner, I., & Vernet, M.** (2009). De l'oralité heureuse à l'oralité difficile. Prévention et prise en charge dans un pôle de pédiatrie. *Spirale*, 51(3), 55-61.
- (16) **Belot, R.-A.** (2010). *Excitations, affects et expression somatique chez le bébé | Cairn.info*
- (17) **Benoit-Marhuend, C.** (s. d.). *Le doudou... Ou objet transitionnel.*
- (18) **Bergin, C., & McCollough, P.** (2009). *Attachment in substance-exposed toddlers: The role of caregiving and exposure—PubMed.*
- (19) **Beriel.** (2018, novembre 21). *Syndrome de sevrage néonatal.* MedG.
- (20) **Bion, W. R.** (2003). Aux sources de l'expérience. In F. Robert (Trad.), *Aux sources de l'expérience* (p. 19-129). Presses Universitaires de France.

- (21) **Bisson, V.** (s. d.). *L'image corporelle durant la grossesse : Les expériences et perceptions des femmes de l'influence de Facebook.*
- (22) **Bodin, F.** (s. d.). *La place du psychomotricien en néonatalogie autour du nourrisson en syndrome de sevrage.*
- (23) **Bonnet, N. & Couteron, J.** (2015). 28. Grossesses et addictions. Dans : Alain Morel éd., *Addictologie: En 49 notions* (pp. 302-324). Paris: Dunod
- (24) **Borghini, A.** (2020). *La découverte sensorielle et émotionnelle du bébé.pdf*
- (25) **Borghini, A.** (2021). *Comprendre le bébé dans tout les sens, l'importance des flux sensoriels pour soutenir la régulation émotionnelle.*
- (26) **Boukobza, C.** (2003). La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott. *Le Coq-héron*, 173(2), 64-71.
- (27) **Bourgeois, M.** (s. d.). *L'influence de la grossesse et de son suivi sur les conduites addictives chez la femme enceinte à Marseille.* 68.
- (28) **Breil, F., Rosenblum, O., & Le Nestour, A.** (2010). Les troubles du sommeil du bébé et du jeune enfant : Revue de la littérature et analyse psychodynamique. *Devenir*, 22(2), 133-162
- (29) **Bullinger, A.** (1998). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *Enfance*, 51(1), 27-35.
- (30) **Bullinger, A.** (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement: *Contraste*, N° 25(2), 125-139.
- (31) **Bullinger, A., Cohen, D., Kloeckner, A., Jutard, C., Nicoulaud, L., Tordjman, S.,** (2009), Intérêt de l'abord sensorimoteur dans les pathologies autistiques sévères I : introduction aux travaux d'André Bullinger, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol. 57, n°2, p. 154-159
- (32) **Bullinger, A.** (2015). *Les effets de la gravité sur le développement du bébé : L'espace de la pesanteur.* Érès éditions.
- (33) **Burns, K., et al.,** (1991). Dyadic disturbances in cocaine-abusing mothers and their infants. *J Clin Psychol*, 47(2): p. 316-9.
- (34) **Busquet, M.** (2019). *Bébés et enfants hypersensibles : Des pistes pour mieux les comprendre.* Lesprosdela petiteenfance.
- (35) **Bydlowski, M.** (2004). 108. La relation foëto-maternelle et la relation de la mère à son foëtus. In *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: Vol. 2e éd.* (p. 1881-1891). Presses Universitaires de France.
- (36) **C. Dysart, K.** (2021). *Exposition prénatale aux drogues—Pédiatrie.* Édition professionnelle du Manuel MSD.
- (37) **Campagne nationale du Neurodon.** (2012). *Quand mon cerveau devient accro...*
- (38) **Cardaillac, C., Rua, C., Simon, E. G., & El-Hage, W.** (2016). L'ocytocine et la dépression du post-partum. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 45(8), 786-795.
- (39) **Caron Santha, J.** (2023a). *Les hypersensibilités sensorielles ?*
- (40) **Caron Santha, J.** (2023b). *Les hyposensibilités sensorielles.*
- (41) **Cestonaro, C., Menozzi, L., & Terranova, C.** (2022). Infants of Mothers with Cocaine Use : Review of Clinical and Medico-Legal Aspects. *Children*, 9(1), 67.
- (42) **Chadzynski, D.** (2010). 3. Bilan sensori-moteur A. Bullinger en psychomotricité. En deçà du mouvement, les modulations toniques et les flux sensoriels. In *Être psychomotricien* (p. 254-272). Érès.

- (43) **Challamel, M. J.** (s. d.). *Les rythmes veille-sommeil chez le nouveau-ne*. Consulté 7 mars 2023, à l'adresse: <https://sommeil.univlyon1.fr/articles/challamel/rythmes/print.php>
- (44) **Chanal, C., & Criballet, G.** (2008). *Consommations de cannabis pendant la grossesse*.
- (45) **Chaplot, S.** (2015). *Présentation d'un auto-questionnaire de repérage des vulnérabilités et des consommations de substances psycho-actives*.
- (46) **Clatot, P.** (2017, juin 5). *In utero, le foetus se développe en lien avec les émotions de sa mère*. Laurence Pernoud.
- (47) **Cock, O. D.** (s. d.). *Le patient toxicomane, le produit et l'environnement*. 13.
- (48) **Cohen-Salmon, J., Marty, F., & Missonnier, S.** (2011). Addiction et grossesse : Du déplacement de l'objet d'addiction vers le nouveau-né. *La psychiatrie de l'enfant*, 54(2), 433-468.
- (49) **Collectif des Psychomotriciens Libéraux de Gironde.** (2021). *Psychomotricité et troubles de l'intégration sensorielle*.
- (50) **Collin-Betheuil, N.** (2019). Chapitre 7. Rôle du psychomotricien en prévention et en petite enfance. In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p. 69-79). Dunod.
- (51) **Coscas, D. S.** (2017). *Et si on parlait des addictions en maternité et de périnatalité en addictologie : Comment améliorer la prévention ciblée et secondaire ?*
- (52) **Cours-psychologie.** (2008). *Psychologie de l'enfant vue par Bion : Fonction alpha et éléments beta – Cours de psychologie*. Consulté 17 avril 2023, à l'adresse <https://cours-psycho.com/2008/10/psychologie-de-lenfant-vue-par-bion-fonction-alpha-et-elements-beta/>
- (53) **Deflandre, L.** (2013). *Comment tisser des liens affectifs avec mon enfant ?* <https://www.passeportsante.net/>.
- (54) **DEMAN, A.-C.** (2003). *Le syndrome de sevrage chez le nouveau-né de mère dépendante aux opiacés*. <https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/contextes-de-vulnerabilite/grossesse/299-le-syndrome-de-sevrage-chez-le-nouveau-ne-de-mere-dependante-aux-opiacés.html>
- (55) **Dominguez, N.** (2006). Du tact. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 118(2), 7.
- (56) **Dow K, Ordean A, Murphy-Oikonen J et coll.** (2012) Neonatal Abstinence Syndrome Work Group. Neonatal abstinence syndrome clinical practice guidelines for Ontario. *J Popul Ther Clin Pharmacol*.
- (57) **E-Andjafono, D., Imbula Essam, B., N'situ Mankubu, A., Ndjukendi Omba, A., & Kamanga Mbuyi, T.** (2020). *Affects de la mère pendant la grossesse, relation mère-bébé, santé et développement du nourrisson à Kinshasa—PMC*.
- (58) **Enquête nationale périnatale.** (2022). *Rapport 2021, Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements*.
- (59) **eSantéMentale.** (2020). *Les troubles du traitement sensoriel chez les enfants et les adolescents (1).pdf*.
- (60) **Estrade, J.-L.** (2019). *Le Global Rating of Change (GRoC)*. <https://kinotesfr.wordpress.com/2019/12/22/et-comment-ca-va-bien-aujourd'hui-le-global-rating-of-change-groc/>
- (61) **Fanget, F., & Rouchouse, B.** (2007). *L'affirmation de soi : Une méthode de thérapie*. O. Jacob.

- (62) **Favre-Bonté, J., & Gabach, P.** (2020). *Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux*.
- (63) **Forestier, M., & Picaud, J.-C.** (2019). *De la naissance aux premiers pas* (Nouvelle édition revue et corrigée). Érès éditions
- (64) **Fouquet, H.** (2019, février 17). *Les maux psychomoteur de la femme enceinte*.
- (65) **Gandillot, S., Wendland, J., Wolff, M., & Moisselin, P.** (2012). Etude comparative des interactions précoces des mères psychotiques et déprimées avec leur bébé. *Devenir*, 24(2), 141-169.
- (66) **Glatigny-Dallay E., Lacaze I., Loustau N., Paulais J.-Y., Sutter A.-L., « Evaluation des interactions précoces », in Annales Médico Psychologiques n°163, 2005, p.537**
- (67) **Glatigny-Dallay, E., & Bayle, B.** (2017a). 5. Les interactions parent-enfant. In *Psychiatrie et psychopathologie périnatales* (p. 41-49). Dunod.
- (68) **Golse, B.**, (2006) *L'être bébé*. Puf éditions. Paris. 331P
- (69) **Granier, I., & Roussey, M.** (2006). Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant. *LA REVUE DU PRATICIEN*
- (70) **Gratier, M.** (s. d.). *La mélodie avant les mots ? Le rôle de la voix dans les premiers échanges sociaux du nourrisson*.
- (71) **Gray, R., Kouadio, A., & Daeppen, J.-B.** (2019). Troubles de l'utilisation d'alcool et malnutrition. *Rev Med Suisse*, 654, 1177-1180.
- (72) **Grenier, A.** (1997). La motricité libérée des bébés. In *Que sont les bébés devenus ?* (p. 41-59). Érès.
- (73) **Gueguen, M.** (s. d.-a). *La psychomotricité en réanimation et médecine néonatale*. Consulté 13 avril 2023, à l'adresse: http://morganegueguen.free.fr/la_sollicitation_de_la_sphere_orale_032.htm
- (74) **Gueguen, M.** (s. d.-b). *La sollicitation de la sphère orale*. Consulté 21 avril 2023, à l'adresse http://morganegueguen.free.fr/la_sollicitation_de_la_sphere_orale_032.htm
- (75) **Gueguen, M.** (s. d.-c). *Le peau à peau*. Consulté 19 avril 2023, à l'adresse http://morganegueguen.free.fr/le_peau_a_peau_027.htm
- (76) **Hatzis, D., Dawe, S., Harnett, P., & Barlow, J.** (2017). Quality of Caregiving in Mothers With Illicit Substance Use: A Systematic Review and Meta-analysis. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 11, 117822181769403.
- (77) **Hautefeuille, M.** (2010). Éditorial. Parentalité et addictions. *Psychotropes*, 16(3-4), 5-8.
- (78) **InfoDrog.** (s. d.). *Substance psychoactive – Lexique «Prévention et santé»—Infodrog.ch*. Consulté 1 mai 2023, à l'adresse: <https://www.infodrog.ch/fr/ressources/lexique-de-la-prevention/substance-psychoactive.html>
- (79) **INPES.** (2014). *Drogues et conduites addictives*.
- (80) **Jansson, LM., Velez, M., Harrow, C.,** (2009) The opioid-exposed newborn: Assessment and pharmacologic management. *J Opioid Manag*, 47–55
- (81) **Jeammet, P.** (2018). 6. La construction de l'estime de soi. In *Accompagner les adolescents* (p. 91-99). Érès.
- (82) **Kauffman, M.** (2012). *Troubles de la régulation tonique et premiers liens*. 86.
- (83) **Kloekner, A.**, « Apports en néonatalogie de la sensori-motricité selon A. Bullinger », *Contraste* 1/2008 (N° 28-29), p. 157-178

- (84) **Lacaze-Masmonteil, T., & O’Flaherty, P.** (2018). La prise en charge des nouveau-nés dont la mère a pris des opioïdes pendant la grossesse. *Paediatrics & Child Health*, 23(3), 227-233.
- (85) **Lahssini, S.** (2020, mai 12). *Le bébé dans son monde au cours de la grossesse*.
- (86) **Le Corre, V.** (2011). *Etude sur le courant de recherche des interactions précoces – dernière partie*. <https://vincent-le-corre.fr/?p=423>
- (87) **Le Nestour, A., & Jaricot, B.** (2018). Le déroulement psychoaffectif de la grossesse. In *Des familles et des bébés troublés* (p. 179-198). Érès.
- (88) **Le Nestour, A., & Tarnopolsky, D.** (2018). Les bébés insomniaques et hyperagités. In *Des familles et des bébés troublés* (p. 261-278). Érès.
- (89) **Lebovici, S., Diatkine, R., & Soulé, M.** (2004). *Nouveau traité de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent* (2e éd). Presses universitaires de France.
- (90) **Lecompte, J., Perreault, É., Venne, M., & Lavandier, K.-A.** (2002). *Impacts de la toxicomanie maternelle sur le développement de l’enfant et portrait des services existants au Québec*. 80.
- (91) **Lee, H.-J., Macbeth, A. H., Pagani, J., & Young, W. S.** (2009). Oxytocin : The Great Facilitator of Life. *Progress in neurobiology*, 88(2), 127-151.
- (92) **Lejoyeux, M.** (2017). *Addictologie* (3e éd). Elsevier-Masson.
- (93) **Lemasson, A., & Hausberger, M.** (2017). *Dans le ventre de sa mère, le fœtus associe sons et émotions*. <https://theconversation.com/dans-le-ventre-de-sa-mere-le-fœtus-associe-sons-et-emotions-76633>
- (94) **Lenepveu, D., & Sue, I.** (2021). Fiche 35. Développement du nourrisson et de l’enfant. In *DEAES 60 Fiches de révisions: Vol. 3e éd* (p. 105-106). Vuibert.
- (95) **Lepaulmier, S.** (s. d.). *Le syndrome de sevrage néonatal et le lien mère-enfant*.67
- (96) **Lezhari, E.** (s. d.). *Addictions et enjeux de tensions : Approche psychomotrice de la gestion du stress et de l’anxiété chez les personnes souffrant d’un trouble de l’usage*. 94.
- (97) **Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux.** (2022). *Troubles liés à l’usage de substances—Troubles mentaux*.
- (98) **Maraquin, C., & Masson, G.** (2010). Plaidoyer pour l’attachement entre les soignants et les personnes dont ils prennent soin. *VST - Vie sociale et traitements*, 107(3), 128-130.
- (99) **Marchal, A., Girard, T., Mercier, S., Viallon, V., Poupet, H., Raheison, S., Bébéar, C., Bloch, E., Vernant, D., & de Barbeyrac, B.** (s. d.). *Etude de prévalence de l’infection à Chlamydia trachomatis et des facteurs clinico-biologiques associés dans une population d’adolescents en rupture*.
- (100) **Martinet-Sutter, M.** (2014). L’approche sensori-motrice selon le Pr André Bullinger. In: Soins de développement en période néonatale. Springer, Paris.
- (101) **Masson, E.** (s. d.). *Synchronisation entre la mère et le bébé : L’accordage affectif*. EM-Consulte. Consulté 17 avril 2023, à l’adresse: <https://www.em-consulte.com/article/1325190/synchronisation-entre-la-mere-et-le-bebe-l-accord>
- (102) **Mazet, P.** (1990). 13—Dysfonctionnements interactifs précoces et évolution autistique ultérieure. In *Autisme et psychoses de l’enfant* (p. 165-178). Presses Universitaires de France.
- (103) **McDougall, J.** (2004). L’économie psychique de l’addiction. *Revue française de psychanalyse*, 68(2), 511-527.

- (104) **McHugo, G. J., Caspi, Y., Kammerer, N., Mazelis, R., Jackson, E. W., Russell, L., Clark, C., Liebschutz, J., & Kimerling, R.** (2005). The assessment of trauma history in women with co-occurring substance abuse and mental disorders and a history of interpersonal violence. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32(2), 113-127.
- (105) **Meurin, B.** (2019). Chapitre 8. Intégrer la sphère orale. In *Autisme, corps et psychomotricité* (p. 73-76). Dunod.
- (106) **Michon, K.** (2014). *L'importance de la voix pour bébé*. Mamanpourlavie.
- (107) **Mignot.** (2006). *Le retrait du bébé : Souffrance ou protection ?* | Cairn.info.
- (108) **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, E.** (2018). *Plan national de mobilisation contre les addictions 2018 – 2022*.
- (109) **Morel, A., Couteron, J.-P., & Fouilland, P.** (2015). *Addictologie* (2e éd). Dunod.
- (110) **Nouyrigat, E.** (2022). *Diagnostic du trouble de l'usage d'opioïdes*. 4.
- (111) Observatoire français des drogues et des tendances addictives. (2014). *Glossaire sur l'étude des drogues et des addictions: R - U - OFDT*. <https://www.ofdt.fr/glossaire/r-u/>
- (112) **Observatoire français des drogues et des toxicomanies.** (2019). *DADE2019.pdf*.
- (113) **Paediatr Child Health.** (2002). *Le syndrome d'alcoolisme foetal—PMC* [2022].
- (114) .
- (115) **Panard, M.** (s. d.). *Lien mère-enfant, comment se construit-il | Article-conseil Lansinoh – lansinoh-fr*. Consulté 26 avril 2023, à l'adresse: <https://lansinoh.fr/blogs/grossesse/lien-mere-enfant>
- (116) **Papon, S., & Baumel, C.** (2019). *Bilan démographique 2019.pdf*.
- (117) **Pavy, P., Rault, C., & Herzog, L.** (2016). *Accompagner l'éveil psychomoteur de bébé*. Mango.
- (118) **Portail Enfance et Familles.** (2014, juillet). *BSID-III_VG.pdf*.
- (119) **Potel, C.** (2019). *Être psychomotricien: Un métier du présent, un métier d'avenir* (Nouvelle éd. augmentée). Éres.
- (120) **Réseau DAPSA, É. du.** (2017). Addictions, développement précoce et stratégies de holding. *Contraste*, 46(2), 125-147.
- (121) **Reynaud, M.** (2016). *Traité d'addictologie* (2e éd). Lavoisier-Médecine sciences.
- (122) **Robert-Ouvray, S. B.** (2007). *L'enfant tonique et sa mère* (Nouvelle éd.). Desclée de Brouwer.
- (123) **ROS, A.** (s. d.). *Thèse Anne ROS.pdf*.
- (124) **Rousselet, A.-V., & Laqueille, X.** (2016). *De l'addiction à la dissociation corporelle et psychique.pdf*.
- (125) **Rutherford, H. J. V., & Mayes, L. C.** (s. d.). *Parenting stress_ A novel mechanism of addiction vulnerability | Elsevier Enhanced Reader*
- (126) **Rutherford, H. J. V., Williams, S. K., Moy, S., Mayes, L. C., & Johns, J. M.** (2011). Disruption of Maternal Parenting Circuitry by Addictive Process : Rewiring of Reward and Stress Systems. *Frontiers in Psychiatry*, 2, 37.
- (127) **Saive, A.-L., & Guédeney, N.** (2010). Le rôle de l'ocytocine dans les comportements maternels de caregiving auprès de très jeunes enfants. *Devenir*, 22(4), 321-338.

- (128) **Santé Publique France.** (2017). *Alcool et tabac—Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse.*
- (129) **Sarda, J.** (2002). Le toucher en thérapie psychomotrice. *Enfances & Psy*, 20(4), 86-95.
- (130) **Sarfi, M., Smith, L., Waal, H., & Sundet, J. M.** (2011). Risks and realities : Dyadic interaction between 6-month-old infants and their mothers in opioid maintenance treatment. *Infant Behavior and Development*, 34(4), 578-589.
- (131) **Satori, N.** (2022). *Le toucher en psychiatrie.* Elsevier Connect.
- (132) **Scholl, J.-M.** (2007). Classification diagnostique 0-3 ans : Recherche sémiologique sur les troubles de la régulation. *La psychiatrie de l'enfant*, 50(1), 179-203.
- (133) **Scola, C.** (2009). Le biais de portage : Importance de la relation mère-enfant. *Enfance*, 4(4), 433-457.
- (134) **Seo, S., Thomas, A., & Uspal, N. G.** (2019). A Global Rating Scale and Checklist Instrument for Pediatric Laceration Repair. *MedEdPORTAL : the Journal of Teaching and Learning Resources*, 15, 10806
- (135) **Simmat-Durand, L.** (Éd.). (2009). *Grossesses avec drogues : Entre médecine et sciences sociales.* L'Harmattan.
- (136) **Siqveland, T. S., & Moe, V.** (2014). Longitudinal development of mother-infant interaction during the first year of life among mothers with substance abuse and psychiatric problems and their infants. *Child Psychiatry and Human Development*, 45(4), 408-421.
- (137) **Siqveland, T., Smith, L., & Moe, V.** (2012). The impact of optimality on maternal sensitivity in mothers with substance abuse and psychiatric problems and their infants at 3 months. *Infant Behavior and Development*, 35(1), 60-70
- (138) **Soulard, J.** (2015). *Le bébé, une personne en devenir. L'approche psychomotrice comme soin préventif pour le bébé vulnérable.*
- (139) **SRAE Addictologie.** (2021). *Guide pratique pour la formation RPIB Alcool-Tabac-Cannabis Périnatalité.*
- (140) **Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., Freeland, A., & Joly, C.** (2009). *La naissance d'une mère.* O. Jacob.
- (141) **Thomasson, N.** (2023). *Addiction et cerveau : Rôle des neurotransmetteurs dans la cause et le traitement de la dépendance.*
- (142) **Tourette, C., Guédeney, A., Wendland, J., & Viaux-Savelon, S.** (2020). Chapitre 4. L'évaluation comportementale et développementale du jeune enfant. In *L'évaluation en clinique du jeune enfant: Vol. 2e ed.* (p. 77-125). Dunod
- (143) **Vaivre-Douret, L.** (2003). *La qualité de vie du nouveau-né : Corps et dynamique développementale.* O. Jacob
- (144) **Vasseur, R., & Delion, P.** (2010). *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans.* Érès.
- (145) **Veeser, A.** (2015). *Chapitre 8. Contenance en psychomotricité | Cairn.info.*
- (146) **Velez, M., & Jansson, L. M.** (2008). The Opioid dependent mother and newborn dyad : Non-pharmacologic care. *Journal of Addiction Medicine*, 2(3), 113.
- (147) **Verrez, A.** (2014). *Echelles de Bayley et de Brunet-Lézine : Étude comparative des acquisitions motrices chez le nourrisson.*
- (148) **Viaux-Savelon, S.** (2011). *Impact du prénatal sur la psychopathologie du bébé et de la dyade mère-enfant.* <https://theses.hal.science/tel-00719467/document>

- (149) **Vigouroux, A.** (2011). Le portage de l'enfant : Une réponse à ses besoins. *Le Journal des psychologues*, 285(2), 58-62.
- (150) **Viguié-Vinson, S.** (2017). *In utero, une vie «sensationnelle»*. 47(6), 7-7.
- (151) **Wasterlain, A., Alexandre, M., & Gaugue, J.** (2017). Observation des interactions précoces mère-bébé en situation de jeu : Une revue de littérature des instruments. *Devenir*, 29(1), 45-67
- (152) **Wendland, J.** (2004). Compétences du nourrisson et représentations maternelles du bébé. Résultats d'une intervention précoce. *La psychiatrie de l'enfant*, 47(1), 183-228.
- (153) **Winnicott D. W.**, 1956, *La Mère suffisamment bonne*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2006.
- (154) **Women and Children's Provincial Policy Working Group (groupe de travail sur la politique provinciale pour les femmes et les enfants)**. (2021). *Syndrome de sevrage néonatal*.
- (155) **Yazdy, M. M., Desai, R. J., & Brogly, S. B.** (2015). Prescription Opioids in Pregnancy and Birth Outcomes : A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Genetics*, 4(2), 56-70.
- (156) **Zhang, R., Li, H., Wei, Y., Peng, H., Chang, X., Meng, L., Wang, K., He, Q., & Duan, T.** (2023). Effects of prenatal exposure to THC on hippocampal neural development in offspring. *Toxicology Letters*, 374, 48-56.

TABLES DES MATIÈRES

INTRODUCTION GÉNÉRALE	5
CHAPITRE I	9
APPROCHE THÉORIQUE DES TROUBLES MATERNELS LIÉS À L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	9
1. Définitions et critères diagnostics du trouble de l'usage	10
A. Définitions	10
B. Critères diagnostics du DSM V.....	11
2. Épidémiologie maternelle et périnatale	13
A. Du côté de la mère	13
B. Du côté du nourrisson	14
3. Facteurs de vulnérabilité, facteurs de protection des troubles de l'usage	14
✓ Au niveau du produit.....	15
✓ Au niveau du contexte (incluant le milieu de vie et le milieu social).....	15
✓ Au niveau de l'individu	16
4. Comorbidités.....	16
CHAPITRE II	17
PSYCHOMOTRICITÉ ET ACCOMPAGNEMENT DE LA GROSSESSE POUR L'ARRIVÉE DU NOURRISSON : PÉRIODE PRÉNATALE	17
1. Conséquences de la consommation maternelle de substances psychoactives sur le développement du fœtus	18
✓ Le tabac (première SPA consommée en France)	19
✓ L'alcool.....	19
✓ Le cannabis.....	20
✓ Les benzodiazépines.....	20
✓ La cocaïne	21
✓ Les opioïdes et les traitements substitutifs aux opioïdes	22
2. La place de la psychomotricité auprès de la mère dans l'accompagnement de l'arrivée du nourrisson : la relation foeto-maternelle	22
✓ Approche psychomotrice d'une réduction du stress maternel	25
✓ Travail psychomoteur sur l'estime de soi	26
✓ La prise de conscience corporelle	27

CHAPITRE III 28

**DE LA NAISSANCE AU 1 AN DU NOURRISSON EXPOSÉ AUX
SUBSTANCES PSYCHOACTIVES, LA PSYCHOMOTRICITÉ
ACCOMPAGNE LA PÉRIODE POSTNATALE 28**

1. Ontogenèse du développement psychomoteur « ordinaire » 29

A. Les espaces du développement 30

✓ L'espace utérin 31

✓ L'espace de pesanteur 31

✓ L'espace oral 32

✓ L'espace du buste 34

✓ L'espace du torse 35

✓ L'espace du corps 35

B. Les niveaux de vigilance 36

C. Les flux sensoriels 37

✓ Les flux tactiles 37

✓ Le flux gravitaire 38

✓ Le système gustatif 39

✓ Les flux olfactifs 40

✓ Les flux sonores 40

✓ Les flux visuels 41

D. Les interactions avec le milieu humain et les représentations 42

**2. Conséquences de la consommation maternelle de substances
psychoactives sur le développement du nourrisson 43**

A. Syndrome de sevrage néonatal 44

✓ Les 4 systèmes mis à mal 44

✓ Syndrome de sevrage néonatal selon les échelles de développement 44

B. Autres retentissements sur le développement psychomoteur du nourrisson
46

✓ Le tabac et le cannabis 46

✓ L'alcool 47

✓ Les Benzodiazépines 48

✓ La cocaïne 48

**3. Quelles sont les missions du soin psychomoteur lors de la première
année de la vie du nourrisson exposé aux substances psychoactives ?
Enjeux et rôle de la psychomotricité 50**

A. Rôle préventif au sein du travail du psychomotricien 50

a. Phase d'évaluation objective des compétences attendues du nourrisson en
fonction de son âge de développement : utilisation d'échelles de développement... 51

✓	L'échelle de Nancy Bayley	52
✓	L'échelle de Bobigny.....	54
✓	Le Global Rating Scale (GRS)	56
b.	Phase d'observation subjective du nourrisson	57
B.	Accompagnement par le psychomotricien du développement moteur, psychique et sensoriel du nourrisson exposé aux substances psychoactives... 58	
a.	Accompagnement de la mère sur la question du développement psychomoteur du nourrisson et de ses troubles.....	59
✓	Troubles moteurs : postures et positionnement	59
•	<i>Troubles de la régulation tonique : entre hypertonicité et hypotonicité.....</i>	59
•	<i>Comportements de retrait et repli sur soi</i>	63
✓	Particularités sensorielles : entre hypersensibilité et hyposensibilité.....	64
•	<i>Hyposensibilité du nourrisson exposé aux SPA.....</i>	65
•	<i>Hypersensibilité sensorielle du nourrisson exposé aux SPA.....</i>	66
✓	Troubles de la sphère somatique : entre sommeil et alimentation	68
•	<i>Les troubles de l'alimentation</i>	69
•	<i>Le refuge dans le sommeil ou l'hyper-vigilance.....</i>	71
b.	Accompagnement corporel de la mère pour soutenir le nourrisson physiquement et psychologiquement : environnement et accordage affectif	75
✓	Portage et contenance	78
•	<i>Stimulations visuelles</i>	84
•	<i>Stimulations vocales.....</i>	86
C.	Etayage de la parentalité.....	89
CONCLUSION		93
BIBLIOGRAPHIE		98