



HAL
open science

Psychomotricité & prématurité - le massage-bébé : un outil au service du nouveau-né prématuré et de la relation parent-enfant

Lisa Ramus

► To cite this version:

Lisa Ramus. Psychomotricité & prématurité - le massage-bébé : un outil au service du nouveau-né prématuré et de la relation parent-enfant. Psychologie. 2023. dumas-04320240

HAL Id: dumas-04320240

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04320240>

Submitted on 4 Dec 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

Année Universitaire 2022-2023

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

PSYCHOMOTRICITÉ & PRÉMATURITÉ

**Le massage-bébé : un outil au service du nouveau-né
prématuré et de la relation parent-enfant**

RAMUS Lisa

Née le 17 octobre 1996 à Vienne (38)

Juin 2023

Directrice de Mémoire : NORMAND Mailys

REMERCIEMENTS

Merci...

Merci à Mailys Normand, professeure et directrice de mémoire, pour ses conseils et son accompagnement tout au long de cette année. Merci d'avoir pris le temps de me guider et de me soutenir dans l'élaboration de ce mémoire en m'apportant et en me partageant ses connaissances et ses expériences professionnelles.

Merci aux professionnels qui m'ont suivie de près ou de loin lors de mes stages, avec qui j'ai pu échanger, apprendre et me former à ce merveilleux métier.

Merci à l'équipe pédagogique et administrative de l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux pour leur accompagnement tout au long de ma formation, pour la transmission de leurs savoirs et de leur pratique.

Merci aux familles, aux parents et aux enfants que j'ai pu rencontrer, à leur bienveillance et leur accueil dans leur quotidien. Merci à ces personnes qui m'ont énormément appris, professionnellement mais aussi humainement.

Merci à ma famille, de m'avoir soutenue et encouragée depuis toutes ces années. Merci de m'avoir suivie et d'avoir toujours cru en moi.

Merci à mes amis. Merci à Auriane, ma marraine, qui a su me rassurer et me soutenir. Merci à Emma, Noémie et Nora, pour leurs encouragements et leur amitié qui m'est précieuse.

Merci à Miguel de m'avoir portée et supportée. Merci pour ta présence et ton amour.

Merci à Clémence, Valentine, Orlane et Miléna pour leur écoute et leur dévouement. Merci d'avoir rendu ces années inoubliables et d'avoir contribué à notre réussite mutuelle ainsi qu'à l'accomplissement de ce parcours.

Merci à tous !

✧ *À ma grand-mère . . .*

SOMMAIRE

Remerciements	2
Sommaire	4
Introduction	5
Partie I : LA PRÉMATURITÉ	7
A. Généralités	8
B. Développement du fœtus.....	11
C. De la grossesse à la naissance	18
Partie II : RÔLE DU PSYCHOMOTRICIEN EN SERVICE DE NÉONATALOGIE	22
A. Présentation des unités	23
B. Bébés prématurés, parents prématurés	25
C. Les soins de développement.....	30
D. Intervention psychomotrice au fil de l'hospitalisation.....	33
E. Suivi et accompagnement post-hospitalisation	46
Partie III : LE MASSAGE-BÉBÉ EN PSYCHOMOTRICITÉ	49
A. Contexte historique	50
B. Comment masser ?	51
C. Pourquoi masser ?	58
Discussion	74
Conclusion	76
Bibliographie	78
Glossaire	83
Annexes	88
Tables des matières	90

INTRODUCTION

Force est de constater que la sémiologie des nouveau-nés prématurés relève pleinement du champ de compétences du psychomotricien. Son intervention fait partie intégrante des recommandations de bonne pratique du Groupe de Réflexion et d'Évaluation de l'Environnement des Nouveau-nés (GREEN) décrites par la Société Française de Néonatalogie (SFN) lors de la Commission environnement des soins réalisée en 2020 (Thiriez et al., 2020).

Le psychomotricien est le professionnel spécialiste du développement psychomoteur. Il s'intéresse aux différents domaines du développement (moteur, affectif, sensoriel et relationnel), visant le bien-être du nouveau-né prématuré et de son entourage.

Il est habilité à accomplir des actes tels que des bilans psychomoteurs, de l'éducation précoce, de la stimulation psychomotrice et de la rééducation de troubles psychomoteurs.

Depuis mon entrée à l'Institut de Formation en Psychomotricité, je me questionne sur la place et l'intervention du psychomotricien en milieu hospitalier. Plus particulièrement, au sein des services de néonatalogie auprès des nouveau-nés prématurés, de leurs parents et des équipes soignantes.

Après avoir suivi les enseignements théoriques et pratiques dispensés pendant ma formation, j'ai effectué différents stages. Au cours de ces derniers, j'ai abordé l'accompagnement en psychomotricité d'enfants en crèche, en cabinet libéral et en Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP). J'ai eu l'opportunité de rencontrer des enfants anciennement prématurés, ayant eu un parcours en néonatalogie et un suivi en psychomotricité a posteriori.

Ces stages m'ont confortée dans l'idée que la prise en charge précoce et continue des nouveau-nés prématurés est primordiale.

Pour satisfaire ma curiosité et approfondir le rôle et l'intérêt de mon futur métier auprès de ce public, je me suis naturellement orientée vers un stage auprès de psychomotricien.ne.s en service de néonatalogie. Je suis, par ailleurs particulièrement sensible à ce public, ayant moi-même fait partie de celui-ci.

J'ai ainsi réalisé deux stages en Centre Hospitalier Universitaire (CHU) : en Unités de Soins Intensifs Néonataux et en Unité de Réanimation Néonatale et Pédiatrique.

À partir de ces réflexions et de ces stages, j'émetts la problématique suivante : **Comment le psychomotricien peut-il favoriser le développement du nouveau-né prématuré et soutenir la parentalité par la pratique du massage-bébé ?**

La pratique du massage auprès du nouveau-né prématuré favorise son développement global. Cette pratique permet d'accompagner et de soutenir la parentalité, en renforçant le lien affectif. Ainsi, le psychomotricien, par sa spécificité concernant le développement psychomoteur et l'apport d'une formation complémentaire au massage-bébé, pourra proposer cette médiation en adaptant la technique aux besoins spécifiques des nouveau-nés prématurés.

Pour répondre à cette problématique, je me baserai sur les apports théoriques, les actualités et les dernières recommandations nationales concernant les domaines de la prématurité et de la périnatalité. Je m'appuierai également sur mes connaissances, mes recherches et mes observations cliniques.

Il me semble important, dans un premier temps, de faire un état des lieux de la prématurité et de définir les enjeux de la périnatalité.

Je développerai ensuite le rôle du psychomotricien au sein du service de néonatalogie et les différents moyens dont il dispose pour accompagner les nouveau-nés prématurés et leurs parents.

Parmi ces différentes pratiques, je m'attarderai plus particulièrement sur le massage destiné aux nouveau-nés prématurés. Une intervention qui présente plusieurs intérêts pour le développement global de l'enfant et l'élaboration du lien affectif parents-enfant. Je chercherai à mettre en évidence les bienfaits d'une telle médiation.

Partie I :
LA PRÉMATURITÉ

A. Généralités :

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (2018), plus de 15 millions de bébés naissent prématurément chaque année. Cela représente 5 à 18% des naissances (plus d'un bébé sur 10), et ce nombre est en constante augmentation. Les complications des naissances prématurées sont la cause principale de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Ces complications sont à l'origine de près d'un million de décès par an en 2015. Elles pourraient être évitées dans trois quart des cas grâce à des interventions courantes, efficaces et précoces.

Selon l'OMS (2018), un nouveau-né prématuré est un bébé vivant né avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) à partir de la date des dernières règles, c'est-à-dire 35 semaines de gestation. Alors qu'une naissance, dite à terme, serait de 41 SA (entre 37 et 41 SA) correspondant à 39 semaines de gestation.

La notion de prématurité comprend trois sous-catégories :

- La **prématurité moyenne**, voire tardive (entre la 32^e et la 37^e SA).
- La **grande prématurité** (entre la 28^e et la 32^e SA).
- La **prématurité extrême ou prématurissimie** (moins de 28 SA).



sosprema.com

Afin de définir l'âge d'un bébé prématuré, il existe trois paramètres (Scialom, Canchy-Giromini & Albaret, 2015) :

- **L'âge gestationnel** : il correspond au terme de la grossesse au moment de la naissance. Il permet de dater l'âge de développement et la maturation de l'embryon (puis du fœtus). Il est mesuré en semaines d'aménorrhée (SA), par rapport aux mensurations de l'embryon obtenues par une échographie précoce et les scores neurologiques et morphologiques postnatals (score de Dubowitz, de Farr, de Ballard (*cf. glossaire*)) (Lacroze, 2015).
- **L'âge réel** (ou âge chronologique, post-gestationnel) : il correspond au délai écoulé depuis la naissance de l'enfant c'est-à-dire qu'à partir de la date de la naissance, on calcule son âge en jours, semaines, mois et années, etc.

- **L'âge corrigé** (ou âge post-menstruel) : il correspond à l'âge qu'il aurait eu s'il était né à terme. Il est calculé en faisant la somme de l'âge gestationnel et de l'âge réel. Cette notion sert de repère développemental afin d'évaluer plus justement le développement notamment psychomoteur et la maturation du nouveau-né prématuré.

D'après Amiel-Tison en 2009, « *l'âge corrigé (AC) sera utilisé jusqu'à 2 ans au minimum pour tous les nouveau-nés : en effet, ceux-ci ne doivent pas être pénalisés pour le temps de maturation intra-utérine qui leur a manqué* ». Cet âge corrigé est également utilisé afin de comparer le développement, notamment neurologique, du bébé prématuré au développement attendu pour son âge. Le bébé prématuré ne gagne pas le temps passé ex-utéro car l'évolution neurologique ne sera mature qu'à terme.

1. Épidémiologie et étiologie :

- **Épidémiologie**

Dans la plupart des pays industrialisés, les naissances prématurées ont augmenté au cours des trente dernières années. La prévalence de ces naissances prématurées varie entre 5% et 12% dans les pays industrialisés (Buil, 2019). L'OMS (2018) estime à 15 millions les naissances intervenues avant terme dans le monde. Cela correspond donc à 11,1 % des naissances mondiales totales. En France, le taux de prématurité s'élève à 6,3 % (Lacroze, 2015).

Les naissances prématurées représentent la principale cause de décès infantiles à court, moyen et long terme (OMS, 2018). Elles contribuent de façon importante à la morbidité et à la mortalité néonatale. En effet, la prématurité constitue 75% de la mortalité néonatale dont 40% de ces décès surviennent chez des nouveau-nés de moins de 32 SA (Lacroze, 2015). En ce sens, les naissances prématurées représentent un véritable enjeu de santé publique.

- **Étiologie**

La prématurité peut être de diverses étiologies. La plupart des naissances prématurées se produisent de façon spontanée, mais certaines de façon provoquée.

La prématurité spontanée intervient généralement après la rupture spontanée des membranes (poche des eaux) ou après un travail (contractions et modifications du col de l'utérus) prématuré spontané. La répartition des naissances prématurées spontanées concerne 2/3 des naissances prématurées (Lacroze, 2015).

La prématurité provoquée (ou induite) est le résultat d'un déclenchement précoce des contractions ou d'un accouchement par césarienne, que ce soit pour des raisons médicales ou non, à la suite de risques constatés pour la mère et/ou le bébé. Elle concerne 1/3 des naissances prématurées (Lacroze, 2015).

Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM, 2017), les causes de naissances prématurées spontanées sont rarement identifiées ou peuvent être d'origine infectieuse.

Lorsque l'on a recours à un déclenchement précoce de l'accouchement dans le cadre d'une prématurité induite, cela peut s'expliquer par diverses raisons :

- grossesses multiples ;
- primiparité (*cf. glossaire*) ;
- hypertension maternelle sévère (préexistante ou gravidique) : elle peut entraîner des complications graves comme la pré-éclampsie (*cf. glossaire*) ;
- infections générales ou locorégionales (génito-urinaires) ;
- anomalies de l'utérus ou du placenta (placenta prævia *entre autres (cf. glossaire)*) ;
- maladies chroniques (diabète maternel préexistant ou gestationnel) ;
- hémorragies (hématome rétro-placentaire, saignements inexplicables) ;
- anomalies du liquide amniotique (hydramnios (*cf. glossaire*)) ;
- maladie génétique ou malformation fœtale ;
- retard de croissance intra-utérin (RCIU) (*cf. glossaire*).

Selon Lacroze (2015), les études épidémiologiques recensent également de nombreux facteurs de risques dont :

- les antécédents de prématurité ou d'interruption de grossesse ;
- l'âge maternel (jeune ou avancé) ;
- les addictions (alcool, tabac, drogues, ...) ;
- un faible Indice de Masse Corporelle (IMC) avant la grossesse ;
- une prise de poids insuffisante ou excessive au cours de la grossesse ;
- le statut monoparental ;
- un faible niveau d'éducation ou socio-économique ;
- le stress et la fatigue (notamment liés au travail).

B. Développement du fœtus :

Afin de développer plus particulièrement le développement du nouveau-né prématuré par la suite, il me semble avant tout nécessaire d'aborder les bases physiologiques de la croissance et du développement du fœtus intra-utérin.

La compréhension du développement dit « normal » permet de comprendre l'importance de l'environnement utérin dans la maturation du fœtus. Cela met notamment en évidence les conséquences émergentes d'une naissance prématurée, et les risques potentiellement néfastes des expériences sensorielles paradoxales sur le développement du nouveau-né.

Le développement intra-utérin se décompose en trois périodes de développement : précoce, embryonnaire et fœtale.

Le stade précoce est le stade des trois premières semaines suivant la fécondation où les cellules vont se diviser selon une chronologie bien précise.

Le développement embryonnaire commence dès la quatrième semaine de vie intra-utérine. Cette période est marquée par la différenciation et la spécialisation des cellules embryonnaires.

Enfin, la période fœtale commence à partir de la huitième semaine de gestation. Elle se caractérise par une croissance et une maturation des tissus et des organes.

D'un point de vue morphologique, le développement du fœtus est notable à partir du troisième mois de grossesse. À partir de 22 SA, la croissance staturo-pondérale va être de plus en plus importante jusqu'à la naissance. En effet, le fœtus va passer de 500g à 1000g, puis 2000g pour arriver à un poids de naissance à terme d'environ 3500g. Le fœtus va également évoluer en taille et son périmètre crânien va croître en lien avec la croissance cérébrale.

1. Développement du Système Nerveux Central :

Le Système Nerveux Central est composé de l'encéphale (cerveau, cervelet et tronc cérébral) et de la moelle épinière. Le développement du système nerveux central débute dès la cinquième semaine de gestation (Martel & Milette, 2006). Durant le troisième trimestre, la croissance et le développement cérébral sont marqués par la mise en place de processus organisationnels importants. À partir de ce moment-là, la maturation du système nerveux central va s'accompagner de modifications neurologiques et de l'apparition des différentes acquisitions psychomotrices.

Il y a trois fonctions principales qui sous-tendent la mise en place de la maturation neurologique :

- La **myélinisation** : c'est un processus de formation de la myéline. La myéline sert à accélérer la vitesse de conduction de l'information nerveuse. Elle commence vers le quatrième mois de grossesse et se termine vers 2 ans. Elle s'observe à travers les réflexes.
- La **neurogenèse, la migration neuronale et la spécialisation** : la production neuronale est très importante pendant les premiers mois de grossesse. Progressivement, les cellules nerveuses vont migrer et se différencier pour atteindre une place bien précise dans le système nerveux.
- La **synaptogénèse** : elle correspond à la formation des synapses, c'est-à-dire la mise en place de connexions entre les neurones. Ce système est responsable du fonctionnement cérébral et les synapses s'enrichissent tout au long des apprentissages.

Ces fonctions se regroupent sous le terme de plasticité cérébrale. La plasticité cérébrale correspond à la capacité du cerveau à modifier sa structure et à remodeler ses réseaux de connexions neuronales, en réponse à une modification de l'environnement. Ces modifications durables observables dans les structures, ainsi que le fonctionnement du système nerveux central, sont dépendants de la stimulation, des apprentissages et des expériences vécues par l'individu.

Le développement cérébral du fœtus pendant le troisième trimestre et donc, par extension, le développement cérébral du nouveau-né prématuré, est un moment charnière dans les étapes de développement du futur cerveau. Chaque étape est soumise à un décompte temporel, au cours duquel, il existe une période critique fortement sensible aux facteurs génétiques et environnementaux.

Le développement cérébral est alors à la fois vulnérable, mais aussi plastique. Ces éléments permettent de justifier le rôle du psychomotricien dans la prévention, le dépistage et la prise en soin précoce du nouveau-né prématuré.

2. Développement du Système Nerveux Périphérique :

- **Système sensoriel**

Au niveau du Système Nerveux Périphérique, le nouveau-né prématuré présente également une immaturité sensorielle. Les systèmes sensoriels commencent à se développer pendant la gestation. Les stimulations perçues par le fœtus in-utéro sont atténuées par la paroi utérine.

Le développement du système sensoriel se décompose en six sens. Ils se mettent en place successivement selon une chronologie bien précise.

TACTILE ⇒ VESTIBULAIRE ⇒ GUSTATIF ⇒ OLFACTIF ⇒ AUDITIF ⇒ VISUEL

- **Le système somesthésique (toucher) :** les premières sensations tactiles du fœtus correspondent au contact enveloppant du liquide amniotique, au contact de son propre corps et à celui de la paroi utérine. Ce contact du liquide amniotique sur la peau du fœtus favorise le développement d'expériences tactiles. Les récepteurs se multiplient et les mécanismes de perception de la douleur (nociception) et de la température (thermoception) sont fonctionnels dès la 24^{ème} semaine de gestation (Martel & Milette, 2006).
- **Le système vestibulaire :** le fœtus commence à ressentir ses changements de position ainsi que ceux de la mère grâce aux vibrations conduites par le liquide amniotique (Martel & Milette, 2006). Le fœtus dans le ventre de sa mère est en apesanteur plongé dans le liquide amniotique. Le liquide amniotique va stimuler la sensation de mouvement, d'accélération et de décélération de l'oreille interne, au niveau du nerf vestibulaire.
- **Le système gustatif :** les bourgeons des papilles gustatives apparaissent vers la 11^{ème} semaine de gestation et ne seront matures qu'autour de la 30^{ème} semaine de gestation (Martel & Milette, 2006). Pendant la grossesse, le fœtus commence à discriminer les quatre différents goûts : sucré, salé, amer et acide. À ce moment-là, il distingue les changements de saveurs du liquide amniotique qui varient en fonction de l'alimentation de la mère.
- **Le système olfactif :** il est étroitement lié au développement du système gustatif. Le développement des récepteurs olfactifs permet de discriminer les odeurs du liquide amniotique. L'odeur du liquide amniotique étant corrélée au goût du lait maternel, cela expliquerait que le nouveau-né est en capacité de reconnaître l'odeur du lait de sa mère.
- **Le système auditif :** pendant la grossesse, le fœtus est plongé dans un bain sonore entre les stimulations sonores endogènes (bruits digestifs, cardiaques et circulatoires du corps de la mère) et les stimulations sonores provenant de l'environnement extérieur (voix, autres bruits environnants, ...). Ces stimulations auditives sont cependant atténuées, déformées et filtrées par le corps de la mère (paroi utérine et abdominale, le liquide amniotique, ...) (Martel & Milette, 2006).

- **Le système visuel** : cette fonction sensorielle est la dernière à se mettre en place. Du fait de l'opacité de la paroi utérine dans laquelle il se trouve, le fœtus est plongé dans un environnement plutôt sombre. Le fœtus pourra tout de même distinguer des variations de luminosité à travers le ventre de sa mère.
- **Système moteur**

D'après Marie-Josée Martel et Isabelle Milette (2006), le système nerveux moteur est « responsable du maintien des attitudes ainsi que des mouvements, volontaires et involontaires ». Lors de sa croissance intra-utérine, le fœtus se place naturellement en position de flexion physiologique, dite « fœtale ». Cette position en flexion est contrainte par la croissance du fœtus et donc, par le manque de place dans la cavité utérine. Cette barrière étant plutôt souple, cela ne contraint cependant pas le fœtus dans ses mouvements. Il peut mobiliser ses membres supérieurs et inférieurs, permettant un équilibre entre les muscles fléchisseurs et extenseurs. Cette possibilité de mouvement et de regroupement autour de l'axe en flexion permet au fœtus de se développer dans l'action, avec un soutien postural grâce à l'environnement utérin.

- **Système Nerveux Autonome : sympathique et parasympathique**

Le système sympathique et le système parasympathique interviennent dans la régulation des fonctions vitales. Ils ont la charge d'opérer un certain équilibre homéostatique de l'ensemble de l'organisme. La régulation homéostatique n'est mise en place que tardivement dans la gestation.

3. Conséquences de la prématurité :

La naissance prématurée d'un enfant interrompt son développement in-utéro. Le bébé ne peut pas s'adapter à la vie extra-utérine de manière autonome, car il se retrouve confronté au monde extérieur avant d'avoir atteint les maturités physiologique, neurologique, sensorielle

et motrice, nécessaires à sa survie et à son bon développement. Au cours de son développement dans le ventre maternel, le fœtus acquiert progressivement les fonctions biologiques et vitales qui assureront sa survie et sa vie plus tardivement. Le placenta est la structure anatomique qui répond aux besoins respiratoires, circulatoires et nutritionnels du futur bébé. Il sert de relais entre le corps de la mère et celui du fœtus.

Lorsque le fœtus approche du terme, son organisme devient apte à assurer seul ces fonctions : ses poumons sont opérationnels, son système digestif est autonome et son cœur est déjà fonctionnel.

Si l'enfant naît avant le terme, certaines de ces fonctions n'ont pas eu le temps d'arriver à maturité. Plus la naissance arrive prématurément, moins ces fonctions sont autonomes. Dans les premiers temps, des actes et des appareils médicaux vont venir soutenir ses fonctions biologiques encore immatures. Progressivement, les organes vont se développer, comme cela aurait été le cas dans le ventre maternel.

Selon Sizun et al. (2022), « *la prématurité est caractérisée par une arrivée précoce dans la vie aérienne à l'origine d'une immaturité des fonctions biophysiques et cérébrales.* ».

De ce fait, étant donné que les organes ne sont pas tous matures à la naissance, le nouveau-né prématuré présente certaines caractéristiques d'une fragilité, due à une immaturité du système nerveux :

- **Immaturité cutanée** : la fonction de barrière de protection entre le milieu interne de l'organisme et le milieu externe de la peau du nouveau-né prématuré est encore immature.
- **Immaturité cérébrale du Système Nerveux Central** : cela expose le nouveau-né à des risques accrus de lésions cérébrales et vasculaires périnatales (hémorragies, lésions de la substance blanche) pouvant engendrer des séquelles neurologiques importantes.
- **Immaturité pulmonaire** : les poumons immatures ne produisent pas encore de surfactant. Le surfactant est une substance qui tapisse la surface des alvéoles pulmonaires et qui participe au bon fonctionnement pulmonaire.

Cela engendre donc des difficultés et nécessite une assistance respiratoire, ainsi qu'une administration précoce de surfactant médicamenteux par sonde d'intubation.

- **Immaturité du rythme cardio-respiratoire** : cette immaturité du système de contrôle neuro-respiratoire entraîne fréquemment des pauses respiratoires (apnées) chez le nouveau-né prématuré. Le système de contrôle du rythme cardiaque engendre fréquemment une bradycardie (diminution de la fréquence cardiaque), ce qui le rend sensible à toute perturbation. Il existe également un risque de reflux sanguin vers les poumons car le canal artériel entre l'aorte et l'artère pulmonaire n'est pas encore obstrué.
- **Immaturité du système de régulation thermique (thermorégulation)** : le nouveau-né prématuré ne régule pas encore sa température corporelle. Afin d'éviter qu'il ne soit en hypo- ou en hyperthermie, mais également afin qu'il ne se déshydrate pas, il est placé dans un incubateur lui permettant de maintenir une température corporelle adéquate (37°C) dans une atmosphère humide.
- **Immaturité digestive** : les composantes de la fonction digestive (la digestion, le réflexe de succion, les mécanismes de déglutition et de respiration) sont immatures et ne sont pas coordonnées. Cette immaturité est donc associée à des besoins nutritionnels particuliers et des modalités spécifiques d'alimentation (par sonde). Une attention particulière est accordée au reflux gastro-œsophagien (*cf. glossaire*) afin d'éviter la survenue d'éventuelles complications indésirables.
- **Immaturité hépatique** : dans le cadre de la prématurité, l'immaturité des fonctions du foie est responsable d'un ictère (jaunisse (*cf. glossaire*)) résultant de la dégradation naturelle des globules rouges.
- **Immaturité rénale** : les différentes fonctions des reins étant immatures, il est nécessaire de contrôler régulièrement le volume et le contenu des urines

afin d'ajuster les apports en sels minéraux, les volumes de perfusion et d'alimentation dont le nouveau-né a besoin.

- **Immaturité immunitaire** : cette immaturité peut entraîner des infections graves. Cela explique les précautions rigoureuses des services hospitaliers de néonatalogie en matière d'asepsie.

C. De la grossesse à la naissance :

1. Enjeux psychiques de la périnatalité :

On s'intéresse à la périnatalité c'est-à-dire « *période s'étendant de la 22^{ème} semaine d'aménorrhée maternelle, correspondant à un poids fœtal d'au moins 500 g, jusqu'au 7^e jour révolu de la vie du nouveau-né* » (*Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine*).

Autrement dit, en pédopsychiatrie, c'est la période qui s'étend de la conception à la période post-natale jusqu'aux 12 mois de l'enfant. Lors de cette période, il y a la mise en place du processus de la parentalité qui est la base des interactions entre les parents et l'enfant.

La grossesse et la périnatalité représentent donc un facteur de risque de modification de la vie psychique de la mère d'un côté et, du côté du bébé, un enjeu psychique de l'être en devenir. Il y a donc un enjeu majeur dans la compréhension, la prévention et l'accompagnement des familles, afin d'éviter l'émergence de difficultés psychopathologiques et de troubles pédopsychiatriques chez l'enfant.

« Les fondements de la santé mentale de l'enfant sont établis par la mère dès la conception et grâce aux soins courants et ininterrompus »

– Donald W. Winnicott –

- **Avant la conception : le désir d'enfant**

Avant même la conception, il y a une dynamique psychique de la grossesse qui commence à se mettre en place. Cette dynamique s'installe dans l'histoire des parents, du couple, ce qui enclenche le processus de désir d'enfant et de parentalité.

Chez le jeune adulte ou l'adulte, le désir d'enfant provoque une réactivation de la période œdipienne et donc, la réalisation des premiers souhaits infantiles (entre 2 et 5 ans). Cela constitue les premières bases de l'attachement par le biais de « l'enfant imaginaire » ou « l'enfant rêvé », c'est-à-dire l'enfant fantasmé qui viendrait répondre aux premiers désirs de l'enfance.

- **La conception**

Le désir d'enfant est à différencier du projet conscient d'enfant. Le désir d'enfant est un souhait de la part du couple, des futurs parents, une envie et une décision commune qui appartiennent aux deux partenaires. Le projet conscient d'enfant serait un choix plutôt rationnel davantage lié à l'influence sociétale.

- **La grossesse**

Pendant le premier trimestre de grossesse, il y a la « crise maturative » décrite par Paul-Claude Racamier et ses collaborateurs (*cités dans* Bydlowski, 2006).

C'est en quelque sorte une grossesse psychique qui accompagne la grossesse somatique. Cela pourrait être décrit comme une crise psychique à partir du corps, faite de remaniements qui pourraient être comparés à la période de l'adolescence. Il y a des modifications hormonales et biologiques, s'accompagnant de modifications corporelles liées à la puberté.

Le premier trimestre est marqué par une ambivalence entre période heureuse et angoisses corporelles, ainsi que des remaniements identitaires qui peuvent être source d'angoisses. Ceci peut entraîner un facteur de risque sur le développement de difficultés chez

l'enfant. À la fin du premier trimestre vient l'étape de l'échographie, qui le clôture et qui « *participe au devenir parent* » (Soulé, 2011).

Cette première période correspond aussi à l'investissement du bébé en tant qu'objet narcissique investi par les fantasmes maternels. Cela fait partie des prémices du lien d'attachement.

Le deuxième trimestre est une période de transition. Selon Bydlowski (2006), l'enfant est surtout présent dans les représentations mentales maternelles, et il y a donc un hyperinvestissement de l'« objet bébé » qui reste cependant abstrait. Lors des premiers mouvements fœtaux, il y a un début de prise de conscience de réalité, de matérialité. Cette période est une période sensible de transparence psychique de la grossesse avec une levée du refoulement.

Il y a un enjeu dans la prévention de troubles psychiatriques et dans l'augmentation du risque suicidaire, notamment du fait d'un sentiment de persécution ou d'une sensation d'envahissement pouvant être ressenti par la mère.

Le troisième trimestre fait l'objet, selon Winnicott (1956), des « préoccupations maternelles primaires ». En effet, il y a un passage de l'« objet interne » à l'« objet externe », c'est-à-dire que le bébé prend une part de réalité et d'individualité. La préparation de ce changement de statut entraîne une focalisation sur la naissance, une anticipation de l'accouchement et des préoccupations matérielles.

Il y a donc un risque de fonctionnement opératoire lorsque la mère reste bloquée dans la phase fantasmatique. Dans ce cas, la mère pourrait ne pas investir le bébé réel et cela pourrait avoir des conséquences sur le développement de l'enfant. Cette situation peut s'observer, notamment lors d'un déni de grossesse ou lors d'un accouchement prématuré.

- **L'accouchement**

L'accouchement signifie la rencontre entre l'« enfant rêvé » et l'« enfant réel ». Il est accompagné d'une ambivalence entre la rencontre avec son bébé et la survenue d'angoisses.

L'accouchement représente une épreuve de dépassement de soi avec une triple exigence :

- Une mise à l'épreuve du corps avec des angoisses de mort de l'enfant ainsi que de la mère ;
- De l'anxiété vis-à-vis de l'état de santé du bébé et du risque de mortalité ;
- L'acceptation de l'expérience de la séparation avec le bébé et du début de l'individuation de l'enfant, ce qui peut être également une source d'angoisses du « ventre vide » présente chez certaines femmes.

À ce moment-là, une importance primordiale est donnée aux premiers contacts intimes, notamment entre la mère et le bébé. Ils doivent être précoces et de qualité, cela favorise les premiers liens d'attachement. Ces premiers contacts sont un facteur protecteur à la construction ultérieure des interactions de qualité et du développement de l'enfant.

À la vue de ces éléments, la prématurité est une condition qui touche de nombreuses familles chaque année, qui peut avoir des conséquences non-négligeables sur le développement de ces enfants. Cela constitue un enjeu majeur de santé publique qui nécessite une prise en charge spécifique. Le psychomotricien a donc un rôle à jouer dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés et de leurs parents.

Partie II :

RÔLE DU PSYCHOMOTRICIEN EN
SERVICE DE NÉONATOLOGIE

« L'urgence du psychomotricien, c'est de prendre le temps de l'instant présent »
– Françoise Hamel –

Aujourd'hui, les psychomotriciens sont en première ligne dans la prise en charge précoce des nouveau-nés prématurés et dans l'accompagnement de leur famille. Le psychomotricien s'intéresse au développement psychomoteur, affectif et sensoriel du nouveau-né prématuré. Il est acteur du lien précieux parent-enfant et ainsi, il participe à l'accompagnement des parents auprès de leur enfant.

Son intervention peut être directe ou indirecte, selon une prise en charge en séances individuelles ou en ateliers en groupe (Albaret et al., 2018).

A. Présentation des unités :

Jusqu'à la fin des années 1920, les nouveau-nés, nourrissons et enfants malades cohabitaient ensemble dans un même lieu. Progressivement, les spécialisations se sont faites en fonction des besoins médicaux de chacun.

Depuis les années 1960, les services de néonatalogie ont évolué en termes de techniques, mais aussi au niveau de la représentation du bébé prématuré.

Auparavant, le nouveau-né prématuré était considéré comme un être végétatif. Puis, en 1970, on s'est rendu compte de ses potentialités relationnelles et on s'est alors questionné sur le risque de la séparation mère-bébé. En effet, Marshall Klaus, néonatalogiste et John H. Kennell, docteur en pédiatrie et chercheur, ont démontré l'importance de l'attachement et des liens précoces parents-enfant, mais également celle de l'implication des parents dans les soins de leurs bébés (Sizun et al., 2022).

Ce n'est qu'à la fin des années 1990 que Jacques Sizun, pédiatre néonatalogiste, donnera sa place au bébé prématuré, en tant que sujet en relation avec autrui et son environnement (Sizun et al., 2022).

1. Unité de Soins Intensifs Néonataux (USIN) :

L'Unité de Soins Intensifs Néonataux se trouve dans l'enceinte de l'Hôpital des Enfants. Cette unité prend en charge les nouveau-nés prématurés et les nouveau-nés nés à terme, nécessitant une surveillance ou des soins spécifiques en raison d'une pathologie.

2. Unité de Réanimation Néonatale et Pédiatrique :

L'Unité de Réanimation Néonatale et Pédiatrique se trouve dans le service de la Maternité. Dans cette unité sont accueillis les enfants présentant une détresse vitale et nécessitant une intervention médicale ou chirurgicale spécifique.

Du fait que cette unité se trouve directement dans l'enceinte de la maternité, les nouveau-nés les plus fragiles, présentant une grande immaturité ou étant en grande souffrance y sont préférentiellement accueillis. Il s'agit d'un service de niveau III (*cf. glossaire*) et étant le plus récent, il se prête davantage aux recommandations des soins de développement.

Les équipes médicales s'assurent de la prise en charge et de l'accompagnement de l'enfant et de sa famille. Dans ces unités, une attention particulière est donnée à la prise en compte de l'histoire et du vécu individuel de chaque famille. Cela, afin de proposer un accompagnement et un suivi personnalisés et spécifiques.

Ces unités ont pour objectif d'offrir à l'enfant les soins médicaux et paramédicaux dont il a besoin, et d'apporter aux parents toutes les informations nécessaires à l'accompagnement de leur enfant.

B. Bébés prématurés, parents prématurés :

1. Impact de l'hospitalisation périnatale... :

Les nouveau-nés prématurés sont dès la naissance plongés dans le milieu médical hospitalier. Ils sont exposés à des expériences sensori-motrices multiples qui placent leur système sensoriel dans un éveil permanent, et pas forcément de façon adéquate.

Pour assurer la survie du nouveau-né prématuré, les soins prodigués sont naturellement centrés sur les fonctions vitales (Martel & Milette, 2006), au détriment du soutien à son développement.

Le corps est alors considéré comme un objet technique, un objet de soins. Les frontières de celui-ci se retrouvent perturbées, notamment par la sonde d'alimentation, la sonde de respiration, les stimulations olfactives, visuelles, les machines sonores, les stimulations tactiles avec des mobilisations et des soins parfois désagréables, voire douloureux. Paradoxalement, les sens les plus immatures comme la vue et l'ouïe sont majoritairement stimulés par l'environnement en unité néonatale.

En effet, le nouveau-né prématuré est exposé à des sur-stimulations d'ordre **tactiles** qui découlent des mobilisations quotidiennes liées aux soins (toilette, change, repositionnement, ...). Elles peuvent provoquer des irritabilités corporelles, et être d'autant plus désagréables du fait d'une hypersensibilité cutanée. Ces mobilisations répétées peuvent perturber le rythme veille/sommeil du nouveau-né et donc, engendrer des altérations physiologiques et comportementales (Martel & Milette, 2006).

Cela peut également engendrer une sur-stimulation **vestibulaire** s'ajoutant à l'effet de la pesanteur imposée au nouveau-né (Martel & Milette, 2006). Mais aussi une sur-stimulation d'ordre **motrice** liée à un positionnement inadéquat. Le nouveau-né prématuré tente de retrouver sa position fœtale tant bien que mal, mais n'ayant pas la maturité tonique pour contrer la force gravitationnelle, il dépense beaucoup d'énergie (Martel & Milette, 2006). Le positionnement inadéquat du nouveau-né peut engendrer des problèmes d'ordre moteur.

Le nouveau-né va être également sur-stimulé par des stimulations étrangères ou désagréables **olfactives** mais aussi **gustatives** (nutrition entérale (*cf. glossaire*) qui peuvent

entraîner des réactions d'hypersensibilité orale pouvant perturber la succion et la déglutition (Martel & Milette, 2006).

Dans le cadre d'une hospitalisation du bébé prématuré, celui-ci va être sur-stimulé d'un point de vue **auditif** par le bruit constant des appareils électroniques et des voix du personnel médical qui constituent son environnement (Martel & Milette, 2006). Alors que ces bruits étaient atténués jusqu'à présent par le liquide amniotique et la paroi utérine de sa mère.

Le nouveau-né est confronté à des sur-stimulations **visuelles** avec un éclairage lumineux inadapté (continu, intense et fluorescent) de l'environnement hospitalier (Martel & Milette, 2006).

Ainsi, le nouveau-né prématuré découvre des expériences sensori-motrices inadéquates. Ces sur-stimulations peuvent avoir des conséquences sur le développement du bébé autant physiologiques que sensorielles. Elles peuvent provoquer des réactions de détresse physiologique et comportementale par un système sensoriel en état d'éveil permanent, des douleurs, de l'inconfort. Le stress vécu par le nouveau-né prématuré durant son hospitalisation peut également avoir des conséquences sur son développement, notamment un changement dans le cycle veille/sommeil, un changement dans les rythmes cardiaques et respiratoires (et en termes d'oxygénation) (Martel & Milette, 2006).

À plus long terme, cela pourrait impacter le développement et la croissance du nouveau-né. Ces conséquences sont de l'ordre du développement des limites corporelles, des troubles de la régulation tonique et homéostasique, de l'hyper- ou hypo-sensibilité, des déformations musculaires, osseuses et articulaires ou encore des troubles liés à l'alimentation. Mais également, sur le plan cognitif, des séquelles cérébrales et des difficultés du côté des fonctions exécutives.

Cependant, le nouveau-né prématuré n'est pas qu'immaturation. Selon son terme, il a déjà de nombreuses compétences sensori-motrices qui sont à valoriser, à connaître et à protéger.

Durant les premiers instants de sa vie, le nouveau-né prématuré mobilise toute son énergie et ses capacités nécessaires à sa survie. Ce n'est que lorsque ses fonctions vitales commencent à se stabiliser qu'il pourra alors être disponible pour s'ouvrir, découvrir et communiquer avec son environnement (Lejeune & Gentaz, 2015).

Ces compétences précoces présentes chez le nouveau-né prématuré sont à la base des soins de développement.

2. ...sur le lien parent-enfant :

Le parcours du nouveau-né prématuré pendant son hospitalisation n'est pas un long fleuve tranquille mais plutôt une succession de périodes, avec des hauts et des bas, des progrès mais aussi parfois des retours en arrière.

Les parents, dans ce contexte, doivent pouvoir s'adapter rapidement et se familiariser avec toute l'organisation et la technicité médicale qui s'articulent autour d'eux, souvent de façon brutale.

- **La mère**

L'évènement, souvent traumatique de la naissance, a des répercussions psychomotrices. Lors de cet évènement, l'intégrité physique, psychique et affective de la mère est touchée. Cet évènement traumatique implique une confrontation sensorielle. Les sens sont particulièrement sollicités en cas de traumatisme (notamment lors du deuil) ainsi que la mémoire sensorielle et perceptive.

Lorsque la naissance survient trop tôt, la mère peut se retrouver dans un sentiment d'irréalité, d'impuissance face à la situation avec un état d'impréparation absolue. En effet, l'accouchement prématuré provoque une perte anticipée du statut de femme enceinte.

Selon Aude Buil et Angela Pinto da Rocha (2009) : « *Il faut neuf mois pour faire un enfant, il faut aussi neuf mois pour devenir mère.* ».

Les parents se trouvent brutalement confrontés à leur « bébé réel ». La naissance signe le deuil du bébé rêvé et fantasmé. De plus, la naissance prématurée ajoute à cela le deuil du bébé idéalisé et attendu par la confrontation à un nouveau-né fragile et immature (Ravier & Pardinielli, 2015).

« Le troisième trimestre manque, j'ai du mal à faire le deuil. On essaye vraiment de voir la néonate comme le troisième trimestre. [...] Mon fils sera né quand on rentrera à la maison. »
Témoignage d'une maman de prématuré – Reportage France 3 Occitanie « Chambre 6 » du
6 avril 2023

Les parents rencontrent des difficultés à voir leur bébé. Souvent, le délai entre la naissance et la première rencontre ou la première visite peut être long, ce qui les amène à un développement imaginaire de leur enfant.

Ils se retrouvent dans une phase de deuil de l'enfant imaginaire qui a disparu, mais ils doivent également faire face à d'autres deuils comme : celui du retour rapide à la maison après le bouleversement de l'hospitalisation, celui du changement de la dynamique familiale et de la place de chacun. Dans un même espace-temps, se bousculent une promesse de vie, un risque de complications ou de handicap mais également une mort hypothétique. Le travail de deuil occupe une grande partie de l'énergie psychique et cela peut mener à un épuisement psychique et physique des parents.

- **Le co-parent**

Aujourd'hui, la famille n'est plus définie simplement de façon nucléaire, c'est-à-dire le père, la mère et l'enfant. Je souhaite donc ici désigner sous le terme de co-parent la personne qui partage la vie de la mère biologique d'un enfant.

Cependant, les éléments qui nourrissent ma théorie reprennent essentiellement le père en tant que second parent, alors je parlerai du père afin de ne pas dénaturer les ouvrages prochainement cités.

Pendant longtemps la présence du père au moment de l'accouchement était, bien que non exclue, très rare.

Lors d'une naissance à terme, la mère est généralement la première à être en contact avec le bébé. Elle va par la suite le présenter à son conjoint, ce qui le fait exister en tant que père. En effet, l'avènement de la paternité présente des particularités. Du fait que le futur père ne présente a priori aucun changement physique dû à la grossesse, il ne peut qu'imaginer sa paternité et cette « naissance psychique » le projette alors dans son nouveau statut. Le bébé

étant dans le ventre de sa mère, le père rentre en contact avec le fœtus indirectement, via le ventre de la mère.

Cependant, lors d'une naissance prématurée, ce travail psychique est interrompu brutalement. Dans ces circonstances, c'est le père qui va pouvoir accéder en premier à la rencontre avec son bébé, étant donné que la mère est généralement encore en soins.

Le père est alors plongé brutalement dans cette paternité, qui s'installe progressivement dans une naissance typique. Bien qu'il soit encouragé à participer aux soins, l'apparente vulnérabilité et la fragilité du nouveau-né prématuré peut, bien souvent, effrayer le parent et freiner la création des premiers liens physiques, émotionnels et relationnels.

Le père, à ce moment-là, joue un rôle de « messenger itinérant », de rapporteur des informations (Ravier & Pedinielli, 2015).

Il est chargé d'effectuer des allers-retours entre le service de néonatalogie où est hospitalisé son bébé, et la maternité où est hospitalisée la mère. Ceci, afin de lui apporter des nouvelles, de la rassurer dans ces moments difficiles. Il lui incombe la responsabilité du choix des informations à transmettre, ainsi que des termes employés, afin d'exposer la réalité de la situation du nouveau-né, sans volonté d'accroître l'angoisse déjà ressentie par la maman.

Ce n'est que lorsque la mère est rétablie qu'elle pourra venir dans le service pour la première fois, et c'est son conjoint qui lui présentera leur bébé. Dans cette situation, le père tient le rôle d'initiateur, habituellement tenu par la mère. Il reconnaîtra cet enfant et l'inscrira dans une filiation.

La fonction de soutien et d'étayage, notamment psychique du père, est primordiale pour la mère dans les premiers temps (Ravier & Pedinielli, 2015). Il joue un rôle de tiers dans cette relation en cours d'élaboration, étant donné que cette situation peut avoir des conséquences sur la future dynamique parentale. Dans cette situation, le père est chargé de maintenir l'équilibre familial et de gérer la vie quotidienne de la famille pendant toute la durée de l'hospitalisation de sa conjointe.

Malgré tout, les parents doivent rester acteurs dans la prise en charge de leur enfant. Ils sont partenaires des soins. Ce partenariat introduit la notion de partage : partage des informations, partage des tâches, partage des espaces, partage des décisions, partage des droits et devoirs (Sizun & Ratynski, 2021).

En ce sens, les soins sont conçus et organisés non plus seulement autour du nouveau-né mais autour de la famille complète.

Ainsi, le 17 novembre 2021, à l'occasion de la Journée Mondiale de la Prématurité, l'association *SOS Préma*, la Société Française de Néonatalogie (SFN) et Adrien Taquet (Secrétaire d'État en charge de l'enfance et des familles), ont inauguré la Charte du nouveau-né hospitalisé (*cf. Annexe 1*).

La Charte définit en dix points les besoins essentiels du nouveau-né dans un objectif de « zéro séparation » entre les parents et leur enfant et ce, dès la naissance. Cette charte s'appuie sur la théorie de l'attachement et défend la nécessité de l'établissement d'une relation continue du nouveau-né avec ses parents, dans le but de favoriser un développement optimal, tant sur le plan social, affectif et cognitif.

Pour favoriser ce lien d'attachement, il est essentiel de s'appuyer sur les soins de développement.

Les soins de développement regroupent l'ensemble des techniques environnementales et comportementales dont le but est d'aider le développement harmonieux de l'enfant né avant terme. Cependant, les soins de développement sont plus qu'une technique, ils sont une philosophie de soins. Ils intègrent les parents comme partenaires de soins, favorisant ainsi le « zéro séparation ».

C. Les soins de développement :

Au début des années 1980, le Dr. Heidelise Als, psychologue spécialisée en neuro-développement et professeure de psychologie à l'Université de Harvard, collabore avec le Dr. Thomas Berry Brazelton, pédiatre, sur l'étude des bébés séjournant en unité néonatale. Ils forment l'hypothèse que les stimulations y sont trop nombreuses. Ce programme s'appuie donc sur une approche éthologique et une pratique réflexive dans la lignée des travaux du Dr. Brazelton.

En 1973, sur la base de nombreuses observations du comportement du nouveau-né, Thomas B. Brazelton publia la *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (NBAS). Cette échelle est une échelle d'observation et d'évaluation du nouveau-né permettant de repérer les

compétences et les fragilités du bébé. Cela, afin de favoriser les interactions, mais également de repérer les stimulations défavorables permettant un certain accordage (Sizun & Ratynski, 2021).

En poursuivant ses travaux d'observation et d'analyse du comportement du nouveau-né et plus précisément du nouveau-né prématuré, le Dr. Als créa l'échelle *Assessment of Preterm Infant Behavior* (APIB) inspirée de la NBAS, en 1982. Cette échelle donne accès à une évaluation neurocomportementale du nouveau-né. Elle permet d'identifier les efforts déployés pour l'autorégulation et les seuils de désorganisation, en lien avec les interactions des différents sous-systèmes comportementaux. Cet outil permet d'évaluer l'individualité et les compétences de l'enfant, en se basant sur l'observation de ses interactions.

Heidelise Als a conceptualisé le développement du nouveau-né prématuré en développant et en se basant sur la Théorie Synactive du Développement. Dans cette théorie, l'enfant est envisagé sous un ensemble de cinq sous-systèmes indépendants et interagissant entre eux, le tout, influencé par l'environnement :

- **Le système végétatif ou autonome** : il regroupe les fonctions physiologiques ;
- **Le système moteur** : il inclut les mouvements, la posture et le tonus ;
- **Le système d'organisation veille/sommeil (éveil)** : il correspond à l'état de vigilance et aux capacités du nouveau-né à atteindre les différents niveaux de vigilance entre l'état de veille et de sommeil ;
- **Le système d'attention/interaction** : il décrit les façons dont le nouveau-né maintient son attention et entre en relation avec son environnement ;
- **Le système d'auto-régulation** : il permet l'obtention d'un équilibre entre les sous-systèmes.

Les comportements décrits seront de l'ordre de l'approche ou du retrait, en fonction du stimulus reçu et de la désorganisation engendrée du sous-système. Le développement du nouveau-né résulte donc d'un équilibre entre approche et retrait (Sizun & Ratynski, 2021).

À partir de ce modèle, elle va proposer un ensemble d'interventions réunies dans un programme : le NIDCAP, *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program*, autrement dit, Programme Néonatal Individualisé d'Évaluation et de Soins de

Développement traduit au Québec par « soins de développement ». Ce programme utilise diverses techniques et divers ajustements environnementaux et comportementaux. C'est un programme d'intervention précoce, intégré dans les soins, individualisé, centré sur l'enfant et sa famille, et validé par la recherche scientifique (Sizun & Ratynski, 2021). L'observation et l'évaluation du comportement du nouveau-né se font avant, pendant et après le soin, en présence des parents. Cela, afin de souligner les forces, les difficultés et les seuils de désorganisation du nouveau-né. Ces comportements sont directement liés à l'environnement, aux soins et aux interactions. Ces observations permettent donc de pouvoir interpréter les besoins du nouveau-né, dans le but d'adapter à son niveau de développement les soins qui lui sont dispensés, ainsi que l'environnement qui l'entoure (Martel & Milette, 2006 ; Sizun & Ratynski, 2021).

À partir de cette observation réalisée par l'équipe soignante en collaboration avec les parents, un programme individualisé de soins pourra être établi (Ratynski et al., 2007).

Ce programme visera donc :

- L'adaptation de l'environnement immédiat du nouveau-né en limitant les dystimulations sensorielles et motrices.
- L'individualisation des soins en réalisant des évaluations selon la maturité et l'état clinique du nouveau-né, mais également en organisant des séquences de soins en respectant son rythme, ses phases de veille et de sommeil et sa tolérance.
- L'utilisation de pratiques de soutien du développement en favorisant son confort et son installation grâce à l'utilisation de cocons, dans une posture plus adaptée et des mobilisations favorisant l'auto-régulation.
- L'implication des parents dans la prise en soin de leur bébé. Cela nécessitant l'accompagnement de la part de l'équipe soignante dans la guidance de la parentalité.

En somme, l'utilisation des soins de développement n'est pas une philosophie de soin dont le but est de recréer le monde utérin. Ce sont plutôt des soins centrés sur le nouveau-né prématuré et sa famille, permettant de proposer un environnement soutenant ses nombreuses compétences. Ceci, tout en le protégeant de stimulations nociceptives inappropriées à sa

maturité et sa clinique. Les soins seront alors organisés de manière à lui offrir des conditions optimales, permettant la poursuite de la trajectoire de son développement.

Aujourd'hui, le programme NIDCAP se diffuse et est implanté dans de nombreux centres hospitaliers français et européens.

En vue de l'implantation des soins de développement, le Dr. Als a fait plusieurs recommandations préalables, dont la nécessité de la présence d'un spécialiste du développement (Martel & Milette, 2006). Les missions de ce spécialiste sont ainsi décrites par Nathalie Ratynski, Sylvie Bleunven et Jacques Sizun (2007) comme : assurer une continuité dans l'organisation des soins en veillant à l'intégration des signaux comportementaux, soutenir et accompagner les parents à développer leur autonomie vis-à-vis de la compréhension des observations du comportement de leur bébé, former le personnel soignant et aider à la modification de la vision du soin, et enfin, faire le lien avec les professionnels qui assureront la poursuite d'une intervention précoce.

Dans ce cadre-là, le psychomotricien étant défini comme spécialiste du développement psychomoteur, a toute sa place dans la pratique autour des soins de développement. Cependant, cette intervention n'est pas spécifiquement réservée aux psychomotriciens. C'est pourquoi le psychomotricien va intervenir en collaboration avec les équipes soignantes. Il va pouvoir apporter sa réflexion et son regard spécifiques autour du développement posturo-sensori-moteur des nouveau-nés prématurés et ainsi mettre en place des supports adaptés et ajustés.

D. Intervention psychomotrice au fil de l'hospitalisation :

La prise en charge en psychomotricité pendant l'hospitalisation s'inscrit dans une temporalité singulière. Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, le psychomotricien propose un espace-temps contrastant avec celui de l'urgence hospitalière. La spécificité de la psychomotricité dans cette temporalité particulière permet d'avoir des temps dédiés à

l'observation, à l'écoute et à l'attention portées aux manifestations psychocorporelles de chaque individu.

L'approche en psychomotricité est une approche globale. Par ses connaissances neuromotrices, neuro-sensorielles, du développement psycho-affectif et relationnel du nouveau-né, le psychomotricien va pouvoir créer du lien.

Ainsi, l'intervention du psychomotricien se fait aussi bien auprès des bébés, que de leurs parents mais également auprès des équipes soignantes. Ses objectifs sont multiples en ce qui concerne l'évaluation, la prévention, le dépistage, le soin et l'accompagnement. Cela, aussi bien dans l'ici et maintenant que dans le long terme.

En service de néonatalogie, l'intervention du psychomotricien se fait sur prescription médicale. Le psychomotricien est amené à rencontrer les nouveau-nés prématurés qui naissent en dessous de 32 SA. Son intervention peut venir à la fois des observations et interrogations de l'équipe soignante, mais il peut également être directement sollicité par les inquiétudes et les questionnements des parents.

- **Observation et évaluation**

Le psychomotricien va jouer un rôle dans l'observation des manifestations corporelles du bébé. Il va analyser les modes de fonctionnement du bébé, ses difficultés et ses compétences à la fois motrices et relationnelles afin d'adapter au mieux la prise en charge. Il doit être attentif aux signes de stress, de douleur ou de bien-être pour favoriser un confort physique et psychique.

L'évaluation psychomotrice du nouveau-né prématuré permet de rendre compte de son évolution et de son développement psychomoteur. Le psychomotricien intervient sur le domaine sensoriel et plus particulièrement sur les processus d'intégration, d'habituation sensorielle et sur le développement sensori-moteur. Pour cela, le psychomotricien peut s'appuyer sur différentes approches : l'approche de Laurence Vaivre-Douret, l'approche de Thomas B. Brazelton, l'approche d'Albert Grenier ou encore l'approche sensori-motrice de André Bullinger.

Pour André Bullinger (2007), « *le développement de l'enfant est un processus et non un état* ». Autrement dit, la période néonatale est considérée comme une continuité de la période

anténatale. Dans son approche, André Bullinger prend en compte la dimension cognitive, émotionnelle et relationnelle dans ses expressions motrices, toniques et posturales. En se basant sur les travaux de Jean Piaget et de Julian De Ajuriaguerra, il intègre la notion de flux sensoriels et de régulation tonique (Sizun & Ratynski, 2021 ; Sizun et al., 2022). Cette intervention consiste « à favoriser le schéma d'enroulement permettant le passage d'une position asymétrique à une autre... » et participe à la construction de l'axe corporel (Sizun & Ratynski, 2021 ; Sizun et al., 2022).

En s'appuyant sur le bilan sensori-moteur, le psychomotricien repère les processus de développement, les modes d'organisation et les potentialités du nouveau-né (Sizun & Ratynski, 2021 ; Sizun et al., 2022).

Cette évaluation apporte des informations sur les ajustements nécessaires pour optimiser le positionnement du nouveau-né et ses coordinations tonico-motrices, lui permettant d'être disponible et de répondre aux sollicitations interactives. Ce programme emploie également des stimulations orales et péri-orales et une adaptation de l'environnement visuel (Kloeckner, 2008 ; Sizun et al., 2022).

CHU Service de Néonatalogie - USIN : MARTIN – 37SA+1

Martin est hospitalisé depuis sa naissance, il est âgé de 21 jours lorsque je le rencontre. La psychomotricienne est sollicitée pour rencontrer Martin et ses parents car il présente un torticolis sur le côté gauche. Elle évalue la mobilité de son cou et constate qu'elle est plutôt bonne et par conséquent, que ce torticolis n'est pas alertant.

La psychomotricienne conseille alors aux parents de changer la position du berceau car celui-ci est tourné vers la lumière et Martin étant attiré par cette source lumineuse, aurait tendance à orienter sa tête vers la fenêtre, du côté gauche. De plus, Martin a un cathéter (*cf. glossaire*) au niveau de son épaule droite, il présente donc un côté préférentiel à gauche lié à l'emplacement de celui-ci. Afin de solliciter les changements de positions de la tête de Martin, la psychomotricienne place dans son berceau, à hauteur de regard, une pancarte contrastée en noir et blanc. Cette pancarte contrastée permet d'ajuster l'environnement visuel de Martin et de lui proposer une stimulation visuelle adaptée. Cela, afin d'induire un changement de position vers le côté droit pour éviter les désagréments liés à un côté préférentiellement sollicité par rapport à l'autre.

Le psychomotricien va pouvoir évaluer les fonctions neuro-psychomotrices auprès du nouveau-né en appréciant les réflexes archaïques primaires (*cf. glossaire*), le tonus musculaire passif, le tonus musculaire actif, la motricité spontanée, et l'évaluation neurocomportementale.

- ⇒ **Évaluation des réflexes archaïques** : parmi les réflexes archaïques, on compte le réflexe de succion, le réflexe d'agrippement palmaire (*grasping reflex*), le réflexe des points cardinaux, le réflexe de l'escrimeur (tonique du cou), le réflexe de Moro (regroupement sur la ligne médiane), le réflexe d'allongement croisé, le réflexe de Galant (incurvation du tronc). Il n'est cependant pas nécessaire de tous les évaluer car ils peuvent être déstabilisants pour le nouveau-né, d'autant plus que certains ne sont pas présents dans les premiers temps de vie (Amiel-Tison, 2008).

- ⇒ **Évaluation tonus passif** : cette évaluation est faite par l'observation de l'attitude spontanée de flexion des membres dans un premier temps puis, avec des mobilisations segmentaires lentes. Il existe différentes manœuvres permettant d'évaluer le tonus passif des membres : la manœuvre du foulard, la mesure de l'angle poplité et des abducteurs, le retour en flexion des membres supérieurs et inférieurs. Enfin, il existe deux manœuvres permettant l'évaluation du tonus passif de l'axe corporel : la flexion ventrale passive et l'extension dorsale passive (Amiel-Tison, 2008).

- ⇒ **Évaluation tonus actif** : pour apprécier le tonus actif, les manœuvres du « tiré-assis » et le « retour en arrière » sont utilisées pour comparer les muscles fléchisseurs et extenseurs de la tête puis le redressement global permet d'évaluer les réponses antigravitaires des membres inférieurs et du tronc (Amiel-Tison, 2008).

- ⇒ **Évaluation de la motricité spontanée** : cette évaluation est une méthode développée par Heinz Prechtl, éthologiste et neurologue. Elle consiste donc à apprécier la motricité spontanée et libre du nouveau-né installé en décubitus dorsal à l'aide d'enregistrements vidéo. Ces observations des mouvements généraux peuvent également être réalisées hors situation d'évaluation (Prechtl *citée dans* Grenier, 2000).

- ⇒ **Évaluation neurocomportementale** : c'est une évaluation pouvant être réalisée à partir de l'échelle NBAS *par exemple*, qui consiste à observer le comportement du nouveau-né afin d'apprécier ses capacités d'adaptation, d'autorégulation et d'interaction (Kloekner, 2008).

- **Éveil et stimulations psychomotrices**

Ensuite, après avoir évalué le développement du nouveau-né prématuré, le psychomotricien pourra proposer une prise en charge corporelle pour encourager l'éveil psychomoteur par des stimulations visuelles, auditives, olfactives, vestibulaires et tactiles.

Le psychomotricien va amener l'enfant à explorer ses possibilités psychomotrices par des mouvements d'étirement et d'enroulement, des expériences de détente corporelle et de toucher sensoriel thérapeutique. Cet accompagnement sera abordé plus spécifiquement dans la « Partie III : Le massage-bébé en psychomotricité ».

Il va pouvoir contribuer à la découverte des sensations corporelles agréables et à la mise en place du principe de plaisir. Il pourra ainsi adapter le positionnement du bébé afin de favoriser son éveil, son confort et sa sécurité, tout en diminuant les risques de déformations orthopédiques.

- **Confort et prévention posturale**

En termes d'intervention sur le développement posturo-moteur du nouveau-né prématuré, le psychomotricien dispose de différentes techniques.

Dans un premier temps, le psychomotricien va axer son intervention sur le positionnement thérapeutique, celui-ci faisant partie intégrante des soins de développement (Thiriez et al., 2022). Il pourra proposer différents positionnements : position latérale, ventrale ou dorsale. Ce changement de positions diverses permet de contrer les postures anti-physiologiques.

Le psychomotricien veille ainsi au maintien du regroupement en flexion physiologique, au maintien en flexion du bassin, des membres et de la tête, au respect de la symétrie corporelle et au dégagement des mains, avec la possibilité pour le nouveau-né de les ramener vers son visage et sa bouche.

Ces positions sont maintenues par des cocons réalisés à l'aide de langes roulés, de boudins à microbilles ou grâce aux mains de l'adulte.

Jules est un nouveau-né de 9 jours lorsque je le rencontre. Il est né par césarienne à la suite d'une prématurité spontanée. Il a présenté une maladie des membranes hyalines (MMH (*cf. glossaire*)) à sa naissance.

Lors d'un soin, la psychomotricienne va observer l'ouverture des mains de Jules et sa possibilité à les ramener vers la bouche. Elle regarde également ses possibilités de regroupement et d'organisation face aux sollicitations.

Enfin, la psychomotricienne repositionne Jules dans un cocon à billes en position asymétrique latérale gauche, permettant une libération des membres supérieurs.

Cette intervention précoce en psychomotricité a pour but d'optimiser le développement psychomoteur du nouveau-né hospitalisé, tout en prévenant l'apparition de troubles et en évitant la survenue de sur-handicap (Thiriez et al., 2022).

- **Soutien de l'oralité**

Dans le cadre d'une hospitalisation en période néonatale, le psychomotricien pourra s'attarder sur l'observation et la prévention de troubles de l'oralité.

La sphère orale est le siège, non seulement de l'alimentation, mais également de la respiration, de l'exploration gustative et tactile et plus tardivement, du développement du langage. Ces fonctions sont essentielles au nouveau-né et leur maturation harmonieuse joue un rôle dans le développement psycho-affectif du bébé (Sizun et al., 2022).

Le psychomotricien pourra intervenir, dans un premier temps, afin que la sphère orale reste avant tout une source de plaisir pour le nouveau-né. Les stimulations nociceptives liées aux soins respiratoires, à la mise en place de sondes d'alimentation ainsi qu'à la pauvreté des contacts physiques peuvent engendrer ou renforcer le rejet de tout ce qui touche à la sphère orale (Sizun et al., 2022). Or, le développement et l'intervention visant à soutenir la maturation de l'oralité et l'autonomisation alimentaire sous-tendent un retour à domicile dans les meilleurs délais.

CHU Service de Néonatalogie - USIN : LUCAS – Terme inconnu

Lucas est un nouveau-né âgé de 9 jours lorsque je le rencontre. Il est né sous le secret et la grossesse n'a pas été suivie, par conséquent, son terme est inconnu. Lucas est hospitalisé depuis sa naissance. Il présente une malformation crânienne sur défaut d'ossification.

À la suite d'un co-soin avec une infirmière-puéricultrice, la professionnelle me propose de lui donner le biberon. J'accepte et me place dans un fauteuil avec un coussin permettant un soutien et un appui afin de m'installer dans une position confortable. J'accueille Lucas dans mes bras sur le dos, en prêtant attention à sa posture et au soutien que je lui apporte en plaçant mon bras dans son axe avec un appui de la tête, l'alignement du tronc et un soutien au niveau des fesses avec les membres inférieurs regroupés. Ce nouveau-né, notamment du fait de son histoire, a un besoin important de portage afin de favoriser la construction de son axe corporel mais également permettant un sentiment de sécurité et de bien-être.

Lors de l'alimentation, j'adapte le débit du biberon et j'observe la tétée. Lucas a une coordination succion-déglutition-respiration plutôt bonne malgré des difficultés respiratoires avec une ventilation irrégulière. Je m'adapte à son rythme et je réajuste sa position lorsqu'il manifeste une agitation en le plaçant en position verticale facilitant le rot.

Cet ajustement postural permet de lui donner des appuis adaptés afin qu'il ne se concentre que sur sa tétée.

Le psychomotricien va pouvoir intervenir autour de cette autonomisation en prêtant attention à l'antalgie lors des actes invasifs, en prévention d'une hypersensibilité de la zone buccale. Il pourra favoriser et stimuler la succion non nutritive permettant une modulation de la douleur et du stress, améliorant ainsi la qualité de la succion nutritive et la coordination déglutition-respiration. Ceci participerait à la diminution de la durée de l'hospitalisation.

Ces stimulations sensori-motrices pourront être proposées dans le cadre d'un projet de soins individualisé et adapté, associant peau-à-peau, positionnement adéquat et sensibilisation des parents et des équipes soignantes.

CHU Service de Néonatalogie - USIN : JULES – 33SA+6

Lors du changement de la sonde nasogastrique utilisée pour l'alimentation entérale, la professionnelle va solliciter la succion en faisant un toucher de la joue vers la bouche. Cette sollicitation permet l'ouverture de la bouche du nouveau-né afin de favoriser le passage de la sonde par le nez jusqu'à l'œsophage.

- **Guidance parentale**

En 2022, le Gouvernement Français a établi la Charte Nationale du Soutien à la Parentalité (Ordonnance du 19 Mai 2021, Arrêté du 9 Mars 2022) dans le Code de l'Action Sociale et des Familles. Cette charte (*cf. Annexe 2*) fixe huit principes permettant de guider les actions de soutien à la parentalité dans les pratiques professionnelles, à destination des familles.

En ce sens, le psychomotricien a également un rôle à jouer auprès de la famille, de l'entourage et plus particulièrement auprès des parents du nouveau-né prématuré. Il va les accompagner dans la prise de contact avec leur enfant, en proposant des gestes de contenance et du toucher sensoriel. Plus précisément, il les encouragera à interagir avec leur bébé par diverses modalités sensorielles et motrices.

Il va pouvoir rassurer les parents en mettant en évidence les capacités développementales et les compétences neuro-psychomotrices du nouveau-né prématuré lors de moments d'observation partagée.

Le psychomotricien va soutenir leurs capacités d'observation du développement psychomoteur de leur enfant. Il va également étayer les parents dans leur fonction de pare-excitation et valoriser leur rôle et leur importance auprès de leur enfant. D'après Marie-Josée Martel et Isabelle Milette (2006), les soins centrés sur la famille en néonatalogie comprennent trois priorités : « *encourager la présence et le partenariat des parents, favoriser le bien-être émotionnel, soutenir la confiance et les compétences parentales* ».

CHU Service de Néonatalogie - USIN : LIAM – 41SA+1

Liam est un nourrisson né à terme hospitalisé depuis sa naissance pour une hernie diaphragmatique gauche diagnostiquée en anténatal pour laquelle il a été opéré. Du fait de complications survenues de cette chirurgie, il a été placé sous oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO (*cf. glossaire*)). Par la suite, cela a eu pour séquelle un AVC ischémique Sylvien gauche se traduisant par une hémiparésie droite.

Je rencontre Liam pour la première fois en unité soins intensifs néonataux dans le cadre d'un changement de service. Il est alors âgé de 1 mois et 11 jours.

J'accompagne les psychomotriciennes (l'une intervenant en réanimation néonatale et pédiatrique et l'autre dans l'unité actuelle) dans un contexte de suivi et de continuité des soins et d'accompagnement en psychomotricité du nourrisson et de sa famille.

Nous entrons dans une petite chambre exiguë dans laquelle nous nous retrouvons à l'étroit pour 6 personnes à la fois dans la même pièce. Cependant, cela n'est pas dystimulant pour autant car cette rencontre était prévue en amont, les parents et le nourrisson ont pu s'y préparer. Nous étions même attendus par cette famille. Mais également par le fait que nous n'avons pas laissé place à l'inconfort mais plutôt à un espace d'échange chaleureux.

Liam est installé dans les bras de sa maman, elle-même installée dans un fauteuil et le papa assis à côté d'eux sur un tabouret. Il est installé confortablement avec un coussin de soutien permettant un appui pour le bébé ainsi qu'un support soulageant la maman. Liam semble apaisé car il est en train de dormir calmement. Nous échangeons avec les parents et faisons les présentations de chaque interlocuteur, puis la psychomotricienne (de réanimation) quitte la pièce.

La psychomotricienne et moi-même restons donc pour échanger avec les parents. Nous discutons autour du portage, des transferts et des positionnements. Puis, notre regard se porte sur la luminosité de la pièce dans laquelle on se trouve, c'est une atmosphère plutôt chaleureuse, un « cocon », car seule une petite veilleuse est allumée en plus de la lumière naturelle du jour (qui est plutôt sombre ce jour-là). Une attention est tout de même donnée sur l'emplacement de cette source lumineuse qui pourrait éblouir le bébé, étant placée directement dans son champ de vision.

Ensuite, nous continuons la discussion autour des interactions et du rôle du regard dans celles-ci. La psychomotricienne en observant le nourrisson, joue un rôle de mise en évidence, de mise en mot des compétences et de la communication non-verbale du nourrisson en partenariat avec ses parents. Elle va aussi pouvoir rassurer les parents sur leur rôle et leurs compétences à pouvoir décoder les besoins de leur enfant notamment en intégrant le père dans l'interaction.

Nous allons une seconde fois à la rencontre de Liam et de ses parents le lendemain. Cette fois-ci, Liam est dans les bras de son papa. Nous remarquons qu'il est positionné dans une configuration différente de la veille et la psychomotricienne valorise ce changement.

Ensuite, nous avons accueilli la réjouissance des parents lorsqu'ils nous racontent les expériences qu'ils ont vécues avec leur enfant pendant les soins. Ils ont pu participer à la tétée et pour la première fois, ils ont observé que leur nourrisson réagissait à une stimulation olfactive et gustative. Lorsque l'on a présenté du lait maternel à Liam sur le bout du doigt, il a eu une réaction de recherche de la tétée et de succion. Ils nous font part qu'ils ont entendu pour la première fois leur nourrisson faire des vocalises pendant les soins. Cela a engendré de la fierté vis-à-vis des progrès constatés de leur enfant mais également un soulagement exprimé par les parents.

La psychomotricienne propose alors aux parents la possibilité de laisser un linge imprégné de leurs odeurs permettant d'apaiser et de rassurer le nourrisson en leur absence. Elle souligne également l'importance pour les parents de prêter attention aux réactions de leur enfant, ne serait-ce que lorsqu'ils entrent dans la chambre, même lorsqu'il est en train

de dormir, car il les reconnaît. Cela permet de créer du lien et une intellectualisation des réactions du nourrisson.

Étant donné que Liam était en train de dormir pendant nos visites, nous n'avons pas pu faire d'évaluation à proprement parler. Cependant, nous avons pu échanger avec les parents, les rassurer et les conseiller concernant leurs capacités de parents.

Le psychomotricien pourra partager des moments de parole, d'échange et d'écoute leur permettant de créer un espace relationnel de confiance. Enfin, il pourra apporter des conseils sur les modes de portage et d'éveil sensori-moteur.

- **Portage**

Il existe différents types de portage : le portage à bras (en position dorsale, en position bouddha, en position érigée ou ventrale) et le portage en écharpe (tissée, tricotée, extensible, le *sling*, le *mei-tai*, le porte-bébé préformé). Ces différents modes de portage pourront être proposés par le psychomotricien, formé à cette pratique. Le portage, tant psychique que physique, est un élément essentiel dans la construction des processus psychomoteurs, mais aussi dans la perception des limites corporelles vers une représentation unifiée du corps. Il amène également un sentiment de sécurité tout en renforçant le lien d'attachement. Le type de portage est un choix de la part du parent selon ce qui lui convient le mieux en respectant aussi sa morphologie. Dans tous les cas, quel que soit le type de portage choisi, il devra être adapté à l'enfant en respectant ses courbures naturelles, ses points d'appuis, sa maturité neurologique et son développement psychomoteur.

CHU Service de Néonatalogie - USIN : JULIEN et LÉO – 31SA+2

Julien et Léo sont issus d'une grossesse gémellaire bi-choriale et bi-amniotique. Du fait d'une pré-éclampsie sévère de la mère, l'accouchement est induit avec des complications par la suite.

Lorsque je rencontre ces jumeaux, ils sont hospitalisés depuis 1 mois ½ et commencent à se stabiliser tranquillement. Les parents de Julien et Léo sollicitent la

psychomotricienne pour les initier au portage et quelques conseils autour des mobilisations et des transferts en vue d'un retour à domicile.

La psychomotricienne, formée au portage, présente d'abord les différents modes de portage et leurs avantages, leurs conditions et leurs limites. Elle leur propose le *sling* qui est une écharpe de portage en jersey croisé. Cette écharpe est une bande de tissu souple mais non extensible muni d'un système d'anneaux permettant le maintien de l'écharpe une fois installée.

La psychomotricienne fait ensuite une démonstration de la mise en place de l'écharpe et de l'installation du bébé dans celle-ci à l'aide d'un poupon. Puis, une fois la démonstration faite, la mère viendra essayer avec Julien. La psychomotricienne la guide dans les transferts, les appuis nécessaires au bébé et l'ajustement de la position : « *Toujours à hauteur de bisou !* ».

Ainsi, le portage avec une guidance adéquate, permet un soutien, un moment de bercement, de proximité et de bien-être pour le nouveau-né porté et permet également aux parents de pouvoir libérer leurs mains pour pouvoir s'occuper de leur second bébé.

Le psychomotricien va donc pouvoir guider les parents en leur apportant des conseils individualisés en termes de positionnement, de mobilisation et de transfert quotidiens. Il va pouvoir sensibiliser aux positions vicieuses. Il pourra également, conseiller les parents dans le choix d'activités et de jeux adaptés, dans l'aménagement adéquat de l'environnement.

Cette intégration et cette participation active des parents au sein de l'intervention psychomotrice, mais aussi des soins pendant l'hospitalisation, permettent de renforcer les interactions parent-enfant. Cet accompagnement auprès des parents est d'autant plus important qu'il leur permet de pouvoir aborder le retour au domicile post-hospitalisation plus sereinement.

- **Travail en collaboration pluridisciplinaire**

« *Parent et soignants sont membres d'une même équipe, celle qui fait gagner le bébé !* »
Laurence Girard IPDE, présidente du Comité Scientifique de l'Association SOS Préma –
Podcast « La Minute Néonatalog : podcast dédié à la néonatalogie » du 19 janvier 2023

Le psychomotricien, faisant partie d'une équipe pluridisciplinaire, a également un rôle à jouer auprès de l'équipe soignante. Il va pouvoir intervenir pendant les soins infirmiers pour apporter des gestes de contenance et diminuer les états de stress du nouveau-né.

CHU Service de Néonatalogie - USIN : WAYNE – 31SA+1

Wayne est un nourrisson âgé de 1 mois et 3 jours lorsque je le rencontre. Il est né par césarienne du fait d'un retard de croissance intra utérin (RCIU) constaté. Une prématurité induite entraînant une entérocolite ulcéro-nécrosante (*cf. glossaire*). Cela a nécessité la mise en place d'une iléostomie (*cf. glossaire*).

Lorsque vient le moment des soins, l'infirmière puéricultrice et la psychomotricienne réalisent un co-soin à 4 mains. Pendant que l'infirmière-puéricultrice s'occupe de réaliser les soins (changement de couche, vidange de la poche d'iléostomie, toilette...), la psychomotricienne va poser ses mains sur le bébé. En posant une main sur sa tête et l'autre sur son ventre, cela apporte un toucher contenant à Wayne. Elle va également créer un environnement sonore en réalisant des sons afin d'apaiser le nourrisson, permettant de créer une enveloppe contenant et ainsi dévier son attention des soins pouvant être désagréables.

J'observe les professionnelles qui proposent un dialogue tonico-émotionnel adapté avec des sollicitations lentes et douces en modulant leurs gestes en accord avec les préférences du nouveau-né.

Ensuite, l'infirmière-puéricultrice se prépare à donner le biberon dans le fauteuil. Avec l'aide de la psychomotricienne, elle place Wayne entre ses jambes en position face-à-face. La psychomotricienne précise qu'il serait davantage favorable d'utiliser une position plus contenant dans les bras. Cette configuration permettrait d'avoir une posture plus enveloppante car la posture adoptée crée un trou entre les jambes et ne permet pas l'appui de l'axe du corps du nourrisson. Le nourrisson, du fait de son immaturité, n'a pas le tonus nécessaire pour maintenir sa posture, s'il n'est pas bien installé, il ne pourra pas se concentrer pleinement sur l'action de téter.

D'un autre côté, cette position permet une certaine mise à distance de la part de la professionnelle et une configuration permettant un échange de regard.

La psychomotricienne participe à ce moment-là en maintenant les membres de Wayne regroupés. Elle prête attention au regard et constate que son regard est fuyant et qu'il n'y a que peu d'accroche.

Dans la poursuite des soins, il faudra tenter de favoriser le portage contenant et solliciter les interactions.

Le psychomotricien va devoir sensibiliser l'équipe à l'intérêt d'une prévention des troubles relationnels secondaires à l'hospitalisation.

Il pourra participer à la formation du personnel soignant autour de la prévention posturale, du développement psychomoteur de l'enfant, des manœuvres douces et contenant pour les gestes quotidiens de mobilisation.

Le psychomotricien va jouer un rôle d'information afin d'améliorer le vécu et l'adaptation des soins et va pouvoir mettre en place des aménagements nécessaires.

Enfin, le psychomotricien est au centre de la mise en place et de l'application des programmes et soins développementaux dans la structure : NIDCAP, Méthode Mère Kangourou, peau-à-peau, etc. Il pourra engager une réflexion commune autour des soins de soutien au développement.

Le psychomotricien peut également réaliser des interventions conjointes avec d'autres professionnels selon les besoins des nouveau-nés (kinésithérapeute, orthophoniste, pédiatre, etc.). Cela à travers des actions de formations et d'accompagnement des professionnels intervenant quotidiennement auprès des nouveau-nés prématurés et leur famille (Albaret et al., 2018).

CHU Service de la Maternité – Unité de Réanimation Néonatale et Pédiatrique :
GARANCE et CLÉMENCE – 25 SA

Garance et Clémence sont deux jumelles nées à 25 SA. Grandes prématurées, elles sont hospitalisées depuis leur naissance. Clémence est plutôt en bonne voie, cependant, sa sœur nécessite plus d'attention de la part du corps médical. Garance a subi une lourde opération cérébrale dès la naissance et présente des séquelles à la suite de cela.

Lorsque je les rencontre, elles sont à 34SA d'âge corrigé. J'assiste à un co-soin à quatre mains avec la psychomotricienne et la kinésithérapeute. L'intérêt de ces mobilisations permet d'apporter un « toucher-plaisir » afin d'une part, d'associer le toucher à autre chose qu'à des sensations désagréables, notamment éprouvées pendant les soins courants quotidiens dont le nourrisson est sujet du fait de son état de santé actuel. D'autre part, cela permet de pouvoir apaiser et détendre le nourrisson en lui proposant un massage et des étirements à visée antalgique.

Pendant cette séance, la psychomotricienne se saisit du haut du corps de Garance. Elle l'approche avec un toucher contenant puis soutient sa tête en position latérale, d'un côté d'abord puis de l'autre, tout en regroupant ses bras permettant une centration et une organisation autour de son axe corporel. Cela permet, notamment une libération de la

pesanteur souvent subie par les nourrissons, mais aussi de proposer des étirements de la colonne, avec de légères tractions. Pendant ce temps, la kinésithérapeute mobilise le bas du corps en proposant des massages et des étirements des jambes et des articulations (hanches, genoux, chevilles), permettant la détente mais également afin de corriger la posture en « grenouille » de Garance. Elle travaille en alternance avec un côté, puis avec l'autre, et les deux côtés simultanément, afin d'unifier et de globaliser les sensations et le corps.

Ensuite, les professionnelles proposent un portage en hamac suspendu dans un linge avec un soutien de l'axe au niveau du dos de Garance. Pendant cette libération de la pesanteur, la kinésithérapeute propose de légères inclinaisons du tronc.

Ce travail partagé entre les deux professionnelles sur une partie du corps différemment sollicitée permet notamment de dissocier les ceintures.

En fin de séance, la kinésithérapeute prend Garance dans ses bras, la porte en enroulement afin de la regrouper et de lui proposer un moment réconfortant.

E. Suivi et accompagnement post-hospitalisation :

Le psychomotricien assure le suivi systématique des anciens prématurés (nés à moins de 32 SA) dans un souci de mieux repérer les signes prédictifs de risques, tant sur le plan neuro-psychomoteur que sur le plan relationnel.

De plus, l'accompagnement précoce des familles dans cette parentalité particulière apparaît donc indispensable dès la naissance et même après la sortie de l'hôpital. Les parents d'anciens prématurés manifestent souvent le besoin d'être accompagnés dans les premiers échanges avec leur bébé, de bénéficier de conseils spécifiques pour interagir et le stimuler de façon adaptée, cela dans la continuité du suivi et de la prise en charge à l'hôpital.

En effet, les interventions psychomotrices en termes d'ajustement postural, de favorisation de la motricité spontanée, de stimulations sensorielles adaptées doivent se poursuivre dans la même lignée qu'à l'hôpital.

Pour cela, différents dispositifs de suivi post-hospitalisation sont mis en œuvre : consultation conjointe au sein de l'hôpital, service d'hospitalisation à domicile, prise en charge en cabinet libéral ou en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP (*cf. glossaire*)), consultation en service de Protection Maternelle Infantile (PMI (*cf. glossaire*)), hospitalisation mère-enfant... Il existe actuellement de nombreux dispositifs mis en place afin d'assurer le

suivi des anciens prématurés, dans un souci d'accompagnement des familles et de soutien à la parentalité (Haut Conseil de la Famille, 2016).

Dans le cadre de ces suivis, des consultations conjointes pluridisciplinaires sont mises en place. Les professionnels (un pédiatre et un psychomotricien) reçoivent l'enfant et ses parents à des âges clefs du développement. Le psychomotricien permet ainsi de faire un lien de continuité entre le service de néonatalogie et le suivi post-hospitalisation. Il va pouvoir traduire les compétences de l'enfant et valoriser celle des parents avec bienveillance.

L'objectif principal de ces co-consultations est de suivre le développement de l'enfant tout en rassurant les parents. Elles permettent d'opérer une prévention précoce de troubles développementaux et d'évaluer le niveau psychomoteur de l'enfant, ainsi que la qualité relationnelle parent-enfant. Il s'agit donc de dépister les éventuelles séquelles neurologiques et/ou comportementales de l'enfant du fait de sa prématurité.

Le psychomotricien a donc une place primordiale dans le cadre des consultations conjointes, notamment dans l'observation du développement psychomoteur des enfants anciens prématurés. Par son approche globale et ses connaissances, il est garant des ajustements posturaux et toniques, de la motricité, mais aussi des états affectifs et émotionnels du bébé, des interactions et des relations sociales qu'il établit avec son environnement.

Il pourra ainsi écouter et répondre aux inquiétudes des parents. Il pourra les conseiller sur les modes de portage, le massage-bébé, la prévention posturale ou sur les activités adaptées pouvant être proposées en fonction de l'âge de leur enfant.

Ce suivi systématique des anciens prématurés, illustre la volonté de fournir des soins continus de qualité en équipe pluridisciplinaire. La qualité de vie, l'accompagnement et le soutien parental à long terme font aussi partie des soins auprès des nouveau-nés prématurés.

Dans les services de néonatalogie et même après l'hospitalisation, le psychomotricien a un rôle important à jouer auprès des nouveau-nés prématurés et de leurs familles, en proposant des techniques de stimulations adaptées à l'état de santé des nouveau-nés prématurés, et en offrant un soutien à la parentalité.

Il peut de manière complémentaire se former à différentes pratiques, bilans et médiations. Ces formations permettent de spécifier et de justifier son approche.

L'une des techniques de stimulation sensorielle et affective que le psychomotricien peut proposer est le massage-bébé. Cette médiation pourra participer à l'amélioration de la qualité de vie du nouveau-né prématuré et favoriser son développement. Elle permettra d'accompagner les parents dans leur parentalité et de favoriser la création du lien affectif parent-enfant.

Partie III :

LE MASSAGE-BÉBÉ EN
PSYCHOMOTRICITÉ

« Une jeune mère berce doucement son bébé dans ses bras tandis que les rayons du soleil de l'après-midi filtrent entre les panneaux de bois de la porte. Pour la deuxième fois de la journée, elle débouche un petit flacon et défait les linges blancs qui emmaillotent son bébé. Débarrassé de ses langes, celui-ci agite ses petits bras et jambes, sent le va-et-vient maintenant familier des mains chaudes et huilées de sa maman et écoute le son réconfortant de la comptine qu'elle chantonne. Ainsi commence son massage biquotidien »

– Vimala McClure –

A. Contexte historique :

Le massage est issu d'une tradition ancestrale. De tous temps, les parents proposent naturellement des massages localisés, répétés pendant le change, avant ou après le bain ou encore des gestes d'apaisement lors de douleurs ou d'agitation.

Du Moyen-Orient, en Irlande, au Maghreb, en Afrique ou en Russie, en passant par l'Amérique latine ou au Nord du Canada, les massages auprès des nouveau-nés font partie du patrimoine culturel. Dans le monde entier, l'art délicat du massage est transmis comme faisant partie des soins prodigués aux nouveau-nés.

En Occident, les contacts cutanés sont majoritairement liés aux soins, à la toilette ou aux changes. Cependant, le massage est utilisé depuis l'Antiquité pour guérir ou apaiser le corps et l'esprit (Dematteis, 2018).

En France, le massage entre adultes connut des périodes de gloire. Puis, durant le Moyen-Âge, il fut quasi-interdit, voire prohibé, confondu avec des pratiques sexuelles douteuses.

À partir de la Renaissance, les médecins réinvestirent ces pratiques et les préconisèrent à nouveau. Au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, l'évolution des mentalités et la libération des mœurs réactualisèrent les pratiques du toucher bienfaisant, apaisant (Dematteis, 2018).

En 1973, au cours d'un séjour en Inde dans un orphelinat, Vimala McClure va découvrir l'importance du massage traditionnel des bébés. Ayant bénéficié de cette pratique elle-même

et en l'ayant observée, elle a été la première personne dans le monde occidental à ramener ce savoir et à mettre en œuvre cette pratique (McClure, 2013).

En 1981, elle fonde l'*International Association of Infant Massage* (IAIM - AIMB *en français*) avec laquelle elle met au point un programme de formation. Cette pratique du massage œuvre dans un but commun à tous les intéressés du bien-être des nouveau-nés, celui du développement du lien d'attachement (McClure, 2013).

B. Comment masser ?

Afin de pouvoir proposer cette médiation, le psychomotricien doit au préalable se former. Pendant ma formation à l'Institut de Formation en Psychomotricité, j'ai pu aborder la pratique du massage comme médiation figurant dans la mallette à outils du psychomotricien. Cependant, pour pouvoir la proposer aux patients par la suite, notamment à un public de nouveau-nés prématurés, elle nécessite une formation plus spécifique.

Les formations présentées sont organisées par des formateurs habilités par l'IAIM, travaillant pour des organismes indépendants de l'association. Il existe différents centres de formation répartis dans plusieurs pays.

Cette formation a pour but de former des professionnels de santé ou de la petite enfance au massage-bébé. Les programmes peuvent varier d'un centre de formation à un autre mais le but reste le même : « *Acquérir la capacité à mettre en œuvre des ateliers parent-bébé en groupe ou en individuel, afin de promouvoir la communication parent-bébé, pour une relation sécurisante* » et « *développer le savoir-faire et le savoir-être pour un accompagnement à la parentalité qui permette de soutenir, valoriser les parents, renforcer leurs compétences parentales et créer du lien social* » (AFMB, 2023). En somme, ces formations s'attachent à la compréhension des enjeux soulevés par la pratique du massage auprès du nouveau-né, mais aussi des parents, à la maîtrise des gestes techniques, à la capacité de mise en œuvre d'ateliers de massage-bébé auprès des familles avec des notions d'accompagnement parental. Elles s'attachent aussi à la formation et à l'information de tout public.

Le psychomotricien, formé à cette pratique, va pouvoir guider le parent dans la découverte des aspects techniques des conditions de massage en termes d'installation, d'environnement sensoriel et temporel.

Avant de commencer, il y a quelques indications à respecter. Dans un premier temps, il est nécessaire de trouver un endroit et un instant propice au massage.

Selon la disponibilité du nouveau-né et selon les objectifs de détente ou de stimulation recherchés, il sera préférable de faire des essais sur les moments les plus favorables pour le nouveau-né et pour le parent. Il est possible d'instaurer des rituels agréables et rassurants.

Concernant le lieu, il est préférable que cela se passe dans un environnement plutôt chaud et tranquille.

Ensuite, il est important que le parent puisse s'installer confortablement. Le parent peut utiliser la posture « en berceau ». Cette posture employée en Inde permet une installation confortable du parent mais également de surélever la tête du nouveau-né, créant ainsi un bon contact par le regard (McClure, 2013).



<https://ayudeva.com/maman-bebe/>

L'installation du parent dans une position confortable est nécessaire avant d'entreprendre une séance de massage. Il n'est pas obligatoire d'utiliser la position en berceau précédemment décrite. D'une part, parce qu'elle peut ne pas convenir, mais aussi du fait que dans un contexte d'hospitalisation, il ne sera pas évident, voire impossible, de s'installer dans une telle posture. L'important réside dans le fait que le parent doit, au préalable, se détendre et

prendre un temps pour s'apaiser, afin d'être totalement disponible pour partager ce moment privilégié avec son enfant.

L'utilisation d'adjuvant pour la pratique du massage dépend de nombreux facteurs et demande une attention particulière. Quoi qu'il en soit, la psychomotricienne préconise d'utiliser une huile de massage végétale, de préférence certifiée biologique, pressée à froid et non parfumée. Ce type d'huile présente de nombreux avantages. En premier lieu, l'utilisation d'huile permet de limiter les effets de friction pouvant être irritants pour le nouveau-né. Ensuite, du fait que l'huile contienne des vitamines et nutriments essentiels, cela permet de nourrir et d'hydrater la peau du nouveau-né. Ces huiles riches auraient également un effet sur l'amélioration de la croissance somatique et la maturation neurologique du nouveau-né prématuré (Vaivre-Douret et al., 2014). L'huile pressée à froid, n'ayant pas de parfum ajouté, permet la reconnaissance de l'odeur naturelle des parents. Ce processus est bénéfique pour favoriser le lien d'attachement.

Les techniques du massage bébé telles que transmises par Vimala McClure sont inspirées par les pratiques traditionnelles indiennes, les postures de yoga, la réflexologie ainsi que les méthodes modernes suédoises.

En pratique, il est recommandé de commencer par masser la partie du corps qui est la moins sollicitée et la moins sensible. Cette approche en douceur permet au nouveau-né de prendre confiance, et d'accepter progressivement cette nouvelle expérience sensorielle (McClure, 2013). La prise de contact par un toucher contenant permet au nouveau-né d'appréhender les limites de son corps. Le maintien du contact engendre une continuité de la globalisation corporelle (Dematteis, 2018).

CHU Service de Néonatalogie - USIN : ABDEL – 29SA+4

Abdel est un nourrisson hospitalisé depuis sa naissance. Le jour où je le rencontre, est le jour de son terme (41SA+2). Il est né à la suite d'un RCIU sévère gestationnel et l'accouchement a été induit. Il a subi plusieurs actes chirurgicaux du fait d'une entérocolite ulcéro-nécrosante. Dans un premier temps a été mis en place une iléostomie de décharge puis il a eu une chirurgie de rétablissement de la continuité digestive.

Maintenant qu'il est stabilisé, la psychomotricienne accompagne sa maman dans le rétablissement du contact, difficile depuis toutes ces épreuves. Mme A. est très investie dans

les soins, elle écrit des lettres à son enfant en mettant des mots sur la situation. Cela lui permet de communiquer avec Abdel, d'une certaine façon. Elle manifeste un désir d'être proche de son bébé, d'interagir avec lui, cependant, elle n'ose pas trop toucher, de peur de lui faire mal. Elle exprime ses inquiétudes, ne mange plus et ne dort plus depuis plusieurs jours. La psychomotricienne accueille ses ressentis et lui conseille de prendre du temps pour elle. Elle lui propose par la suite de mettre en place des séances de massage pour Abdel.

Il n'existe pas de contre-indication au massage du nouveau-né prématuré, mise à part celle du massage abdominal en cas d'entérocolite ulcéro-nécrosante, ce dont a souffert Abdel. Il est sensible dans cette région et manifeste une appréhension concernant les soins. La psychomotricienne propose donc préférentiellement un massage des jambes dans un premier temps.

La psychomotricienne munie de son poupon se place à côté de Mme. A. Elle expose tout d'abord les modalités du massage. Elle explique les conditions d'installation et d'hygiène, et les adaptations qui peuvent être faites concernant l'environnement. La professionnelle prodigue des conseils concernant les huiles pouvant être utilisées.

Puis, après avoir installé Abdel sur le dos, la psychomotricienne propose une prise de contact au niveau des pieds du nourrisson à Mme. A. Ensuite, elle montre les mouvements du massage indien et les « câlins glissés » sur le poupon, que Mme. A reproduit sur les jambes d'Abdel. Dans un premier temps, Abdel semble intrigué par ces sollicitations, puis la psychomotricienne propose à Mme. A d'accompagner ces mouvements par des paroles douces et rassurantes. Abdel semble accepter le massage. Elle poursuit avec les pressions sur la plante des pieds et des orteils (*en prenant garde, du fait que les talons des nouveau-nés prématurés sont souvent sollicités pour des piqûres, ils peuvent, par conséquent, être sensibles*). Ensuite, elle propose des mouvements de glissement et de pétrissage sur la jambe (massage suédois). La psychomotricienne accompagne Mme. A en veillant à ce que les mouvements soient effectués avec douceur mais fermeté, sans soulever le corps du bébé. Puis, après des mouvements pour détendre les fessiers, elle effectue une intégration des sensations en proposant des mouvements permettant une globalisation.

Le massage des jambes et des pieds commence par les techniques du « massage indien » et du « massage suédois ». Il consiste en une succession de pressions, torsions et de roulés des jambes, des chevilles, des pieds et des orteils. Ces gestes contribuent à tonifier et à détendre les jambes. Ils favorisent la circulation sanguine en direction des pieds et son retour vers le cœur (McClure, 2013).

Dans un second temps, le parent pourra proposer un massage du ventre, en réalisant des gestes circulaires, des étirements, des pressions et des tapotements au niveau de l'abdomen du nouveau-né. Ce massage permet de tonifier le système digestif et contribue à soulager le nouveau-né de la présence de gaz ou de constipation déplaisants (McClure, 2013).

Après l'accord du médecin référent, la psychomotricienne propose à Mme. A de masser le ventre d'Abdel. En montrant les mouvements circulaires doux, vers le bas et dans le sens des aiguilles d'une montre, la psychomotricienne guide Mme. A dans ses gestes. Elle adapte les propositions en fonction de la problématique d'Abdel et évite d'effectuer de trop fortes pressions sur son ventre. Elle poursuit avec le massage de la poitrine, puis, propose une globalisation des sensations afin d'intégrer en un seul mouvement toutes les parties du corps qui viennent d'être massées.

Ensuite, le massage passe par le thorax du nouveau-né. Le massage de cette partie du corps permet de tonifier les poumons et le cœur, facilitant ainsi la respiration (McClure, 2013).

Comme pour le massage des jambes et des pieds, le massage des bras et des mains est une combinaison du massage indien et du massage suédois dans leurs différences, mais aussi dans leur complémentarité (McClure, 2013). Cette technique permet de tonifier les muscles et de favoriser la circulation sanguine.

Selon le protocole de Vimala McClure (2013), le massage se poursuit avec des mouvements effectués sur le visage du nouveau-né. Pour s'exprimer, le nouveau-né a recours à des expressions faciales qui peuvent amener à des tensions au niveau de son visage. En massant son front, ses sourcils, son nez, ses joues, ses lèvres, sa mâchoire, ses oreilles et son menton, cela contribue à la décontraction des muscles de l'ensemble de son visage.

Enfin, après avoir retourné le nouveau-né sur le ventre, le parent pourra proposer un massage du dos à son enfant (McClure, 2013). À la fin de celui-ci, un effleurage globalisant permettra d'indiquer la fin du massage.

Il est important de faire en sorte de globaliser les sensations. Cela, afin d'apporter une continuité dans le mouvement et dans l'unité psychocorporelle du nouveau-né.

En proposant des mouvements globaux, le parent pourra indiquer au nouveau-né son intention d'aborder une autre partie de son corps dans le massage ou simplement de lui signifier la fin du massage, en quittant le contact progressivement (Dematteis, 2018).

Des exercices simples d'étirement peuvent être également proposés afin d'aligner la colonne et le bassin du nouveau-né. Ces mouvements doux de massage du ventre et d'étirement

des bras et des jambes sont inspirés du yoga (McClure, 2013). Ils peuvent être intégrés à des routines quotidiennes, associées à des comptines ou des jeux.

CHU Service de la Maternité - Unité de Réanimation Néonatale et Pédiatrique : AGATHE
– 26SA+4

Agathe est née d'une grossesse gémellaire issue d'une fécondation in vitro. À partir de 22SA, sa sœur jumelle, Alice, présentait un RCIU sévère avec infléchissement de la croissance et oligoamnios (*cf. glossaire*). Agathe présentait également un RCIU sévère précoce avec poursuite de la croissance. L'accouchement sera induit quelques semaines après dans un contexte de suspicion de chorioamniotite (*cf. glossaire*). Agathe et Alice sont donc nées prématurées extrême et l'adaptation à la vie extra-utérine était plutôt bonne. Hospitalisées depuis leur naissance, Alice décède à 15 jours de vie. Les parents sont très présents pour Agathe. Le père est davantage investi dans les soins tandis que le vécu du deuil est plus douloureux pour la mère.

Agathe évolue favorablement, elle est âgée de 2 mois à présent. Lorsque je la rencontre pour la première fois, ses parents ne sont pas présents. Elle est installée dans son berceau et semble dans un état d'éveil calme. La psychomotricienne observe d'abord ses paramètres vitaux, qui sont plutôt stables.

À ce moment-là, la psychomotricienne propose un massage à Agathe. Elle effectue des mouvements simples et des étirements doux. Agathe est attentive aux paroles de la psychomotricienne accompagnant les mouvements et se laisse mobiliser, elle suit du regard la professionnelle. La psychomotricienne lui propose des mobilisations sur le côté, des mouvements d'extension et de flexion, étire ses bras puis ses jambes. Ensuite, elle la place sur le dos procède à mouvements de regroupement et étirements du buste et des membres. Elle propose ensuite la même chose sur le ventre. La psychomotricienne s'attarde sur l'observation des réactions d'Agathe à ses propositions. Je remarque qu'elle se détend bien par cette approche du toucher et ces mobilisations, cela permet à la professionnelle de lui proposer des mouvements adaptés et même destinés à des enfants plus âgés. Agathe présente de bonnes capacités de regroupement et d'organisation, ce qui montre un portage régulier et de qualité.

Pour terminer son intervention, la psychomotricienne place Agathe en position latérale. *Avant de quitter la chambre, elle lance un dernier regard sur le moniteur des constantes, la saturation en oxygène est à 100% ! C'est bien là, la façon pour Agathe de dire remercier la psychomotricienne et une façon pour nous d'obtenir une reconnaissance de la qualité de notre intervention.*

En somme, la pratique du massage passe par un accordage entre le parent et son enfant. Pour cela, le massage bébé est préférentiellement effectué par les parents, guidés par le psychomotricien formé à cette technique.

Selon Sizun et al. (2022), le massage « favorise une interaction synchrone, absente lors des contacts du bébé avec des adultes inconnus. Si les professionnels réalisent des touchers et des massages à la place des parents, cela peut interférer avec l'organisation neurophysiologique « en attente d'expériences » car cela élimine le mécanisme essentiel de « tampon » vis-à-vis de l'environnement et de la synchronie multisensorielle pouvant être apportée par la mère ».

Il est nécessaire d'observer les réactions du nouveau-né face à cette expérience tactile. Il est important de respecter le rythme et les besoins du nouveau-né lors de l'application de ces techniques. Il faut avant tout s'ajuster à sa tolérance en termes de sensibilité et sa disponibilité à accepter le massage. Cela permettra de faire en sorte de masser le nouveau-né de manière appropriée et en toute sécurité.

CHU Service de Néonatalogie - USIN : ABDEL – 29SA+4

Lors des séances de massage avec Abdel et Mme. A, la psychomotricienne conseille et rassure Mme. A dans ses gestes et sa capacité à proposer ce moment de bien-être à son bébé. Mme. A, hésitante dans un premier temps, prend plaisir au fur-et-a-mesure de la séance. En observant les réactions d'Abdel, elle adapte ses gestes, accentue certains mouvements qu'Abdel semble apprécier et n'insiste pas sur les parties sensibles.

En fin de séance, la psychomotricienne fournira à Mme. A un document répertoriant les mouvements effectués lors du massage avec Abdel. En vue de la sortie de l'hôpital et du retour à domicile prochain, elle recommande la possibilité à la maman de poursuivre ces séances de massage avec Abdel. Cela permet une continuité des moments partagés entre Mme. A et son bébé. Cela pourra également favoriser la diversification des expériences sensorielles et du toucher « plaisir » chez ce nourrisson qui a connu de nombreuses sollicitations dystimulantes.

Ainsi, le massage bébé est une médiation utilisée en psychomotricité permettant de favoriser le développement du nouveau-né prématuré.

C. Pourquoi masser ?

1. Enjeux du massage dans la construction de processus psychomoteurs :

a. Importance des premiers liens :

- **Le syndrome de l'hospitalisme de René Spitz :**

En 1946, René Spitz montre que la privation affective du nouveau-né hospitalisé a un impact préjudiciable sur son développement (Lecomte, 2019). Il parle alors du « syndrome de l'hospitalisme ». Ces travaux décrivent qu'un enfant, privé de sa figure d'attachement, présente des comportements de retrait, une certaine forme de résignation, bien que les soins courants d'hygiène ou d'alimentation lui soient prodigués (Lecomte, 2019).

En somme, « *un enfant privé d'affection est un enfant en danger* ». Cette carence de tendresse, de contact, de bercement, de portage aura eu une issue malheureuse provoquant le décès de nombreux enfants (Lecomte, 2019).

À la même époque, Emmi Pikler, pédiatre hongroise, fonde l'institut Lóczy. Ainsi, elle souhaitait offrir aux enfants orphelins, des conditions de vie proches d'une atmosphère familiale. Cela, sans créer l'illusion que les personnes qui s'occupaient d'eux pourraient être leurs parents, dans l'attente d'une adoption future. Ainsi, les principes fondés par Emmi Pikler dans son approche s'appuient sur le fait que l'enfant est un être de relation qui a besoin de soins tendres, de contact physique contenant et sécurisant de la part de sa figure d'attachement (Lecomte, 2019).

Selon le psychologue de l'enfance Biais Pierrehumbert : « *l'enseignement d'Emmi Pikler montre que des soins attentifs, sans être 'maternels' mais prodigués dans le respect de l'autonomie de l'individu, permettent d'éviter les effets dévastateurs de la "carence maternelle" décrits par Spitz chez les bébés institutionnalisés...* » (Lecomte, 2019).

- **Les expériences de Harry Harlow :**

Par la suite, ces éléments ont été complétés par les travaux de Harry Harlow. En 1958, Harry Harlow a effectué des expériences de mise en isolement de jeunes primates afin de vérifier si la privation maternelle avait un impact déterminant sur l'évolution et le développement du nouveau-né (Miljkovitch et al., 2012).

Pour cette expérience, il a séparé les bébés de leur mère et les a placés dans des cages au sein desquelles se trouvaient deux substituts maternels différents : l'un était une « mère » faite de grillage et de métal froid pourvue d'un biberon de lait permettant l'alimentation ; l'autre était une « mère » recouverte de fourrure chauffée mais dépourvue de biberon.

Harry Harlow s'est alors rendu compte que les bébés singes préféraient se blottir contre la « mère » faite de fourrure à la recherche de chaleur, de sécurité affective et de tendresse, sacrifiant alors leur besoin de nourriture. Il en conclut donc, que le besoin de contact et de proximité est essentiel pour le développement, et indépendant des besoins primaires.

Ces expériences ont éveillé les consciences quant aux maltraitements liés à l'isolement de jeunes enfants, privés de l'amour et de la présence de leurs parents.

« Être touché, massé et caressé est une nourriture pour le nouveau-né, une nourriture aussi nécessaire que les vitamines, les protéines et les oligo-éléments. »
– Frédérick Leboyer –

- **La théorie de l'attachement de John Bowlby :**

Grâce à la contribution de ces travaux, John Bowlby, pédopsychiatre et psychanalyste anglais, a formalisé la « théorie de l'attachement » en 1969 (Tereno et al., 2007).

La notion d'attachement regroupe des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique. L'attachement est considéré comme un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui, au même titre que les besoins

fondamentaux liés à la survie d'un individu. Ainsi, l'attachement est un lien affectif spécifique et durable développé entre le nouveau-né et généralement ses parents.

Selon la définition de Marie Ainsworth (1978), la figure d'attachement primaire ou *caregiver* est : « *la personne qui a répondu le plus souvent, le plus rapidement et le plus adéquatement en s'engageant dans des relations animées et chaleureuses* » (Guédeney, 2010).

L'attachement s'inscrit dans le cadre de la relation parent-enfant et se construit grâce aux interactions entre les deux protagonistes. Ces interactions vont être déterminantes pour la vie relationnelle future du nouveau-né. La relation avec sa figure d'attachement va permettre au nouveau-né de construire ses représentations du monde et de lui-même.

Rapidement, les bébés construisent des représentations de leurs expériences d'attachement. Ces expériences vont être internalisées et généralisées sous forme de modèles cognitifs. Ces modèles cognitifs sont appelés Modèles Internes Opérants (MIO). Ils sont constitués d'un ensemble de patterns qui guideront l'enfant dans ses relations futures, en l'aidant à interpréter les événements et à planifier ses comportements.

Pendant le massage, de l'ocytocine et des endorphines vont être sécrétées chez le nouveau-né mais aussi chez le parent. Ces hormones favorisent l'apaisement et le bien-être. L'ocytocine est une hormone sécrétée durant l'accouchement, l'allaitement et le peau-à-peau. Autrement dit, l'ocytocine est présentée comme l'hormone de l'attachement. Elle favorise la relation, le plaisir partagé et la confiance.

« Masser les enfants [...] contribue à établir le lien parent-enfant en promouvant des relations chaleureuses et positives. »

– Tiffany Field –

b. Importance des premiers contacts :

Dans un contexte d'hospitalisation et d'une naissance prématurée, une importance majeure est donnée aux premiers contacts. Le nouveau-né prématuré a besoin de sollicitations connues, semblables à celles qu'il a pu recevoir dans le ventre maternel, permettant un sentiment de sécurité construit principalement sur sa sensorialité.

Toujours selon la Charte du nouveau-né hospitalisé (*cf. Annexe 1*), dont l'objectif vise le « zéro séparation », les premiers contacts entre le nouveau-né et ses parents dès la naissance sont nécessaires. Ils favorisent le lien d'attachement, socle fondamental pour le développement cognitif et émotionnel du nouveau-né prématuré.

- **Le peau-à-peau :**

Le peau-à-peau est une technique fréquemment utilisée dans les services de néonatalogie. Cette méthode constitue les prémices de la Méthode Mère Kangourou (MMK) initiée en 1978 en Colombie. Edgar Rey Sanabria et Hector Martinez Gomez formalisèrent cette pratique dans un objectif initial de limiter les infections nosocomiales liées à une carence d'incubateurs (Sizun et al., 2022). Cette méthode permet également de limiter la séparation mère-bébé agissant dans la restauration d'un lien prématurément interrompu.

Elle a l'avantage d'associer un soutien postural, un enveloppement, des stimulations sensorielles et offre la possibilité de la succion non nutritive.

L'impact du peau-à-peau a été démontré, à court terme, sur la stabilité physiologique et motrice, la protection du sommeil mais aussi sur l'allaitement maternel et l'attachement. Ces facteurs sont essentiels au développement du nouveau-né prématuré à long terme (Sizun et al., 2022).

Cette pratique est une expérience unique de proximité et de contact corporels entre le parent et son bébé. À ce moment-là, l'ensemble des conditions environnementales idéales pour le nouveau-né prématuré sont réunies par le corps de sa mère, sa voix, son odeur, ses mouvements où « *la familiarité sensorielle, la rythmicité, la synchronie contribuent à l'émergence de la relation d'attachement mais aussi à son développement cognitif, neurologique et socio-émotionnel* » (Browne, 2017 cité dans Sizun et al., 2022). Cette

expérience permet à la dyade de se rencontrer, de se découvrir et de développer un accordage physique et psychique.

« *Mes enfants sont nés le 26 mai et je suis devenu père le 27* »

Témoignage d'un papa de jumeaux, ayant pratiqué le peau-à-peau – Podcast « La Minute Néonate : podcast dédié à la néonatalogie » du 16 mars 2023

En ce sens, le psychomotricien pourra proposer cette pratique. Il aura alors un rôle important à jouer dans l'installation en peau-à-peau. Il pourra donner des indications et proposer des supports. Le psychomotricien, dans ce cadre-là, sera présent pour guider, conseiller, écouter et soutenir cette parentalité.

CHU Service de Néonatalogie - USIN : AMIR – 36 SA

Lorsque nous rencontrons pour la première fois Amir et sa maman, Amir est alors âgé de 22 jours. Nous entrons dans la chambre, Amir est en train de dormir, positionné en peau-à-peau sur sa maman. La psychomotricienne va légèrement ajuster cette posture en ramenant correctement les bras et les jambes du nouveau-né permettant un regroupement des membres autour de son axe. Puis, de là, vient un questionnement sur des ateliers de portage, notamment en écharpe dont la mère a pu bénéficier, en précisant que celui-ci ne se substitue en aucun cas au pouvoir contenant et rassurant des bras et des mains de l'adulte.

Ensuite, la psychomotricienne poursuit la discussion autour des personnes ressources et plus précisément du père. La maman nous explique que le père ne peut pas être présent car il est en déplacement. À ce moment-là, dès qu'elle prononce le prénom du papa, Amir a une réaction notable. Cela a suscité beaucoup d'émotion.

Amir est né par césarienne à cause d'un laparochisis (*cf. glossaire*). À la suite de cela, l'opération a entraîné un syndrome du grêle court et la mise en place d'une iléostomie terminale. Les parents étaient conscients de la pathologie déclarée au cours de la grossesse, cependant, même ayant intégré les difficultés que cela engendrerait, il existe une différence entre l'imaginaire et la réalité actuelle. Nous remarquons que ces épreuves sont lourdes à porter pour la mère avec un vécu difficile. Cependant, le nouveau-né présente de bonnes compétences de régulation et un lien de qualité s'est tissé entre Amir et ses parents.

La psychomotricienne propose, à ce moment-là, un toucher rassurant et contenant à la maman tout en jouant avec le dialogue tonico-émotionnel des différents protagonistes. En posant une main sur le bras de la mère et l'autre sur le dos d'Amir, elle va en quelque sorte lier les états émotionnels de chacun permettant un apaisement et un accordage affectif.

Enfin, elle me propose de créer un environnement sonore en binôme (auquel la maman est invitée à participer si elle le souhaite), en gardant le contact. Nous réalisons alors des vocalises qui englobent le duo mère-enfant, et apportent une certaine contenance. Une attention est donnée à la respiration permettant la continuité de l'enveloppe sonore et un accordage physiologique et psychique.

c. Importance des premiers touchers :

- **Les gestes de contenance :**

Les premiers touchers d'un nouveau-né prématuré avec le monde qui l'entoure passent principalement par une stimulation tactile.

Parfois désagréables et douloureuses, ces expériences tactiles, liées aux procédures de soins médicaux nécessaires à sa survie, offrent un toucher corporel discontinu, haché et imprévisible au nouveau-né prématuré. Ces différents touchers, peu contenant sur la peau du nouveau-né, viennent faire irruption dans le développement de ses expériences sensorielles.

Le toucher est un sens particulièrement important pour le développement, notamment pour les nouveau-nés prématurés. Pour Tiffany Field (2017), les enfants « *ont besoin d'être touchés pour survivre. Leur croissance et leur développement en dépendent* ». En effet, les expériences tactiles du nouveau-né pendant la période extérogestative (*cf. glossaire*) exercent une influence sur son développement. Au cours de cette période, le nouveau-né assimile les notions fondamentales de son apprentissage, grâce aux sensations qu'il perçoit au niveau de sa peau. Les réponses émotionnelles et psychomotrices que le nouveau-né acquiert dépendent de la qualité des interactions tactiles établies pendant cette période (Montagu, 2014).

Une attention spécifique est donc donnée aux besoins du nouveau-né prématuré hospitalisé, en termes de stimulation tactile, sous forme de toucher relationnel contenant.

Il est le premier mode de relation et de communication utilisé par les parents auprès de leur bébé. « *L'expérience tactile relationnelle précoce chez le nouveau-né est un processus dynamique interactionnel qui façonne le cerveau en développement et pose les fondations pour un attachement sécure et la création de liens familiaux* » (Sizun et al., 2022).

Le psychomotricien pourra utiliser plusieurs approches pour favoriser l'apprivoisement du toucher chez le nouveau-né prématuré. Il pourra alors travailler en collaboration avec les parents, en leur proposant de toucher leur bébé, tout en observant ses réactions. Il pourra les sensibiliser aux gestes de contenance pouvant être utilisés pendant les soins, ou lorsque le nouveau-né présente des signes d'inconfort.

Ce toucher est préférentiellement proposé avec la paume des mains plutôt que du bout des doigts, permettant un toucher global enveloppant et contenant. Le nouveau-né prématuré est capable de « *percevoir le caractère plaisant ou non du toucher, en fonction des caractéristiques de vitesse, de température et de pression* » de la stimulation tactile qu'on lui propose (Sizun et al., 2022). Ces gestes de contenance permettent de proposer de nouvelles expériences sensorielles soutenantes.

CHU Service de Néonatalogie - USIN : WAYNE – 31SA+1

Lorsque la psychomotricienne et moi passons dans les couloirs de l'unité, nous remarquons qu'il semble agité. Nous entrons dans la chambre et nous constatons que ses parents ne sont pas présents. Wayne est à ce moment-là désorganisé, agite ses bras et ses jambes et demande de l'attention.

La psychomotricienne, afin de l'apaiser le prend dans les bras, elle le mobilise en regroupant ses membres et son axe afin de lui apporter un soutien, un appui. Généralement, les bébés ayant des soucis d'ordre digestif se retrouvent facilement en position d'hyper-extension, d'où l'intérêt de ce portage contenant. Elle propose également un léger bercement permettant une sollicitation du système vestibulaire et une expérimentation différente.

Cette contenance créée par ce toucher rassurant amène une perception d'un corps unifié et une conscience corporelle (Field, 2017). Ce toucher apporte une globalisation des sensations

corporelles pouvant être une source de plaisir, afin de contrebalancer les expériences négatives et douloureuses liées au toucher dans les soins quotidiens.

Ainsi, le toucher devient un moment de rencontre, de partage et d'une relation qui s'instaure entre le nouveau-né et ses parents. Il y a ici, un investissement corporel et psychique de l'adulte, médiatisé par ses gestes et ses paroles contenant. Ce qui pourra favoriser l'élaboration d'une enveloppe physique, mais aussi psychique.

Le toucher contenant permet également aux parents de rendre compte des transformations corporelles de leur bébé (Field, 2017). Ils pourront ainsi exprimer leurs sensations, leurs perceptions et leur vécu. Le toucher favorise la création du lien affectif entre le receveur du toucher (nouveau-né) et son donneur (parent), résultant de la libération d'ocytocine chez les deux partenaires (Sizun et al., 2022). Il s'installera un dialogue tonico-émotionnel entre le nouveau-né et son parent.

D'après Laurence Vaivre-Douret (1997), le toucher « *unit celui qui est touché à celui qui touche, mettant en scène toute la motricité de l'enfant et l'affectivité parentale lui procurant un bien-être, sollicitant ainsi la joie et le désir de se mouvoir, source d'une bonne organisation corporelle et psychique* ».

En résumé, le psychomotricien intervient donc au niveau des premiers touchers entre les parents et leur enfant. L'approche du psychomotricien sur l'appropriation du toucher chez le nouveau-né prématuré consiste à utiliser des techniques adaptées pour favoriser le développement des fonctions sensori-motrices de l'enfant. Il va pouvoir travailler en collaboration avec les parents et les guider dans l'observation des réactions de leur bébé.

Le psychomotricien pourra soutenir les parents dans l'élaboration indispensable du lien d'attachement. Il va pouvoir leur donner les outils nécessaires pour accompagner leur enfant dans son développement de manière appropriée.

d. Importance des premières interactions :

Le massage peut favoriser le développement de la communication et de l'interaction parent-enfant. Cela offre une occasion privilégiée pour les parents de communiquer avec leur bébé, de stimuler et de renforcer le lien affectif.

Ces interactions précoces entre le nouveau-né et son parent permettent l'instauration du lien d'attachement, le développement de la parentalité et le développement du nouveau-né.

Les interactions précoces correspondent à la relation dynamique et réciproque qui existe entre le nouveau-né et son parent. Selon Serge Lebovici et Serge Stoléro (2003), il existe trois niveaux d'interactions parent-enfant :

- **Les interactions comportementales concrètes :**

Elles reflètent la façon dont les comportements du nouveau-né et de son parent s'ajustent et s'organisent l'un par rapport à l'autre. Cet ajustement au fil du temps va s'opérer sur différents registres : vocal, visuel et corporel.

- Les interactions vocales :

Dès le septième mois de grossesse, le bébé perçoit et réagit aux sons et plus particulièrement à la voix de ses parents. Les cris et les pleurs sont les premières modalités de communication du nouveau-né. Ces manifestations engendrent une réaction chez le parent qui va répondre aux sollicitations de son enfant. Pour Anne-Sophie Cismaresco (1993, *cité dans* Thibault, 2015), les interactions vocales sont comme un « *cordón ombilical acoustique* » qui prolonge la relation intra-utérine et favorise le rapprochement spatial entre le nouveau-né et sa mère. À ce moment-là, la mère modifie sa prosodie et a une façon particulière de s'adresser à son bébé.

Durant le massage, l'accompagnement de paroles douces ou de comptines permet de créer un environnement sonore chaleureux, propice à la détente et au bien-être du nouveau-né.

La voix permet d'organiser et de mettre du sens sur ce que le nouveau-né est en train de vivre. Il est sensible à la tonalité de la voix qui lui procure un sentiment familier rassurant et sécurisant.

- Les interactions visuelles :

Le contact visuel est l'un des plus puissants systèmes de communication. Le nouveau-né rencontre son parent dans son regard. Inversement, le parent va interpréter cet échange mutuel comme une sensation de proximité affective avec son enfant. La réciprocité du regard est primordiale dans la construction du nouveau-né et favorise la constitution de l'image de soi, en tant qu'individu différencié de l'autre (Scialom et al., 2015).

Pendant le massage, le contact visuel entre le nouveau-né et son parent favorise l'interaction à travers un échange positif qui renforce le sentiment de sécurité propice à la détente.

- Les interactions corporelles :

Ces interactions correspondent à la façon dont le nouveau-né est câliné, bercé, touché, et porté.

Pour Donald Winnicott (1956), « *un bébé seul, ça n'existe pas* ». Les parents, et plus particulièrement la mère, doivent pouvoir s'adapter et satisfaire les besoins psychiques du nouveau-né. Il distingue le « *holding* » qui signifie littéralement « tenir » ou « contenir », il représente l'environnement psychologique et physique sécurisant, protecteur et apaisant, offert par la mère à son bébé. Il correspond à la façon dont le nouveau-né est soutenu et porté psychiquement. Il repose sur la capacité du parent à répondre aux besoins de son enfant, de manière adaptée et cohérente. Selon Suzanne Robert-Ouvray, « *le holding psychomoteur se définit comme un ensemble de manières d'être et de faire qui prend en compte tous les niveaux d'organisation du sujet : tonique, sensoriel, affectif, représentatif et langagier.* » (Debernardy, 2022) ; du « *handling* » qui correspond à la façon dont le nouveau-né est porté physiquement et aux stimulations corporelles amenées par les soins. Il représente les interactions corporelles

spécifiques entre la mère et son bébé lors de mobilisations pendant le change ou le bain *par exemple*.

Le massage peut être considéré comme une forme de handling, offrant un moment privilégié de contact physique et d'interaction entre les deux protagonistes. Il permet de mobiliser le nouveau-né de manière douce et respectueuse en lui offrant une expérience sensorielle agréable.

À travers ces interactions comportementales, un véritable « dialogue tonique » se crée entre le nouveau-né et son parent (Wallon, 1930 *cité dans* Bullinger, 1993), en fonction de l'ajustement tonique et postural des deux partenaires. Cette notion sera complétée par Julian De Ajuriaguerra (1977 *cité dans* Bachollet & Marcelli, 2010), il parlera alors de « dialogue tonico-émotionnel ». Le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre grâce au tonus musculaire.

Ce dialogue est au cœur de l'interaction et de la relation. Pendant le massage, le parent est sensible aux manifestations comportementales et aux réactions émotionnelles et toniques de son enfant. Le parent va aussi ajuster et réguler son tonus pour entrer en relation avec son enfant lorsqu'il proposera un massage. La qualité de cet ajustement est primordiale pour le développement psychomoteur de l'enfant. Lors du massage, l'instauration de cette relation participe à la délimitation et la prise de conscience de l'enveloppe corporelle du nouveau-né. Cette conscience corporelle, amenée par le massage et les interactions comportementales, fait émerger une certaine unification de soi. Le massage donne à l'enfant la possibilité de prendre conscience de ses limites corporelles, lui apporte une contenance et la possibilité de sentir son corps dans sa globalité.

- **Les interactions affectives :**

Les interactions comportementales servent de support au deuxième niveau : les interactions affectives. Celles-ci correspondent aux sentiments associés aux interactions et aux influences réciproques de la vie émotionnelle du nouveau-né et de son parent.

Le nouveau-né n'a pas la maturité pour exprimer ses états émotionnels et ses éprouvés corporels et, ceux-ci ne pouvant pas être mentalisés par le nouveau-né, sont vécus comme des

tensions internes. Il va ressentir ces évènements comme des éléments bruts, que Wilfred Bion (1962 *cité dans* Bronstein, 2012) appellera les « éléments bêta ». Ces éléments bruts sont source d'angoisses puisqu'ils sont inexplicables par le nouveau-né. L'objet maternel est, à ce moment-là, la personne la mieux disposée à comprendre ces angoisses. Ces éléments vont être interprétés et pensés par les parents afin de les édulcorer et de les renvoyer de façon plus satisfaisante au nouveau-né. Cela constitue la « fonction alpha ». En nommant les émotions de son enfant, la mère va lui permettre progressivement de faire le lien entre ses éprouvés corporels et ses émotions. Cette fonction est appelée la « capacité de rêverie maternelle », et constitue l'écoute empathique des états du nouveau-né. Le nouveau-né contenu par l'appareil psychique de son parent pourra progressivement acquérir cette capacité, et pourra dorénavant transformer lui-même ses angoisses en éléments pensables et cohérents.

Pour Daniel Stern (Bachollet & Marcelli, 2010), ces interactions constituent un « accordage affectif » entre le parent et son enfant. Cet accordage décrit l'expérience subjective d'une communication entre les partenaires de l'interaction. Lorsque le nouveau-né manifeste un besoin selon une modalité (*vocalises par exemple*), la mère pourra traduire cette manifestation et la reproduire sur un autre canal sensori-moteur (*toucher par exemple*). Ce passage d'une modalité à une autre et cet ajustement de la mère, donne au nouveau-né le sentiment d'être compris et reconnu dans l'expression de ses émotions partageables.

Le psychomotricien pourra utiliser ces interactions affectives lors des séances de massage. Il pourra faire du lien entre l'observation des états émotionnels du nouveau-né et la façon dont ils sont interprétés par les parents.

- **Les interactions fantasmatiques :**

Les interactions fantasmatiques correspondent aux influences mutuelles de la vie psychique du bébé et de sa mère, dans leur modalité imaginaire et inconsciente. Les fantasmes inconscients, en termes de « bébé imaginaire », liés à l'histoire personnelle des parents sont projetés sur le nouveau-né. Puis, ces fantasmes s'effacent après la rencontre avec le bébé réel. Il y a naturellement des différences entre le bébé rêvé et le bébé réel. À travers la création du lien d'attachement et des interactions parent-enfant, ces différences s'estompent au profit de la réalité concrète.

En ce sens, lors d'une naissance prématurée, ces fantasmes liés à des éléments inconscients peuvent mettre à mal les interactions précoces entre le nouveau-né et ses parents.

Il est nécessaire de pouvoir accompagner les parents dans cette réalité souvent effrayante.

Dans un contexte de prématurité, les interactions précoces peuvent être déficitaires en termes de qualité et de quantité. En effet, selon Glazebrook et al. (2007), les nouveau-nés prématurés reçoivent moins de stimulation et de contact physique de la part de leur parent que les nouveau-nés à terme, et les interactions parentales sont moins sensibles et réactives. Cela serait en lien avec « *la pression émotionnelle maternelle, le comportement et l'apparence de l'enfant, les stimulations sensorielles dans l'unité néonatale, les perturbations dans le rôle parental et le stress parental important* » (Glazebrook et al., 2007).

Le psychomotricien pourra encourager les initiatives de proximité des parents avec leur bébé. Il pourra soutenir la mise en relation et les interactions notamment avec la pratique du massage, ce qui permettra de favoriser le processus d'attachement, en offrant un moment d'intimité et de contact physique entre le parent et son enfant.

2. Bienfaits et intérêts du massage :

Aujourd'hui, les connaissances scientifiques reconnaissent les bénéfices du massage du bébé. De plus, la diversification des techniques inspirées de différentes cultures permet une pluralité d'approches et un intérêt de la pratique de celles-ci (Dematteis, 2018).

Selon Fleur Lejeune et Édouard Gentaz (2013, 2015), la pratique du massage a des effets bénéfiques sur les nouveau-nés prématurés.

Tout d'abord, le massage favorise la croissance et engendre une prise de poids plus rapide. Cette prise de poids semble provenir de la stimulation, d'une part, kinesthésique (*cf. glossaire*), qui augmente la consommation calorique. D'autre part, la stimulation tactile favorise l'activité du système parasympathique et plus précisément, du nerf vague. Ainsi, la stimulation du nerf vague entraîne la production de l'acétylcholine favorisant l'activité du système gastro-intestinal et le ralentissement du rythme cardiaque (Lejeune & Gentaz, 2013 ;

Lejeune & Gentaz, 2015). De plus, le massage permet d'augmenter la libération de gastrine et d'insuline qui favorisent l'absorption de nourriture et, par conséquent, engendrent une prise de poids (Field, 2017).

En augmentant la circulation sanguine et lymphatique, le massage contribue à améliorer la digestion et l'évacuation de toxines (Field, 2017). Il permet également de renforcer l'efficacité du système immunitaire du nouveau-né prématuré grâce à une augmentation du nombre de lymphocytes T (Field, 2017).

Ensuite, les nouveau-nés ayant reçu des massages présentent moins de complications post-natales et, par conséquent, voient leur temps d'hospitalisation diminuer (Lejeune & Gentaz, 2013 ; Lejeune & Gentaz, 2015 ; Field, 2017). Les nouveau-nés prématurés massés régulièrement manifestent moins de comportements de stress (pleurs, bâillements, sursauts, éternuements,...) et présentent une diminution de la réponse à la douleur (Lejeune & Gentaz, 2013 ; Lejeune & Gentaz, 2015). Cela semblerait venir du fait que la stimulation des récepteurs tactiles sensibles à la pression, sollicités pendant le massage, atténuerait la sensation douloureuse et aiderait à récupérer plus rapidement d'un stimulus douloureux (Lejeune & Gentaz, 2013 ; Lejeune & Gentaz, 2015). La sollicitation de ces récepteurs par un massage appuyé et stimulant participerait également à la prise de poids chez les nouveau-nés prématurés (Field, 2017). Le massage peut participer à soulager les douleurs et les inconforts liés à la prématurité, tels les coliques, les gaz et les reflux (McClure, 2013).

La stimulation tactile, kinesthésique et proprioceptive (*cf. glossaire*) des mouvements doux et rythmiques du massage, favorisent le développement moteur et la croissance du nouveau-né prématuré (Field, 2017). Cette stimulation semble favoriser les réflexes notamment d'équilibration, la tonicité musculaire, la motricité, les coordinations, la posture, les mouvements et la flexibilité.

Puis, le massage semble avoir un effet propice au développement cérébral et à la maturation neurologique (Lejeune & Gentaz, 2013 ; Lejeune & Gentaz, 2015). D'après les auteurs, le massage stimule le système nerveux en présentant un effet spécifique sur le développement visuel et cognitif, en favorisant la myélinisation neuronale. Le massage permet de favoriser la régulation de l'attention et de l'état émotionnel. En participant à la régulation du système nerveux autonome et en favorisant la libération d'endorphines, le massage peut aider à calmer le bébé et contribuer à améliorer son attention et son humeur (Field, 2017).

La pratique du massage a pour effet de diminuer la sécrétion, ou du moins l'accumulation de cortisol dans l'organisme chez le nouveau-né (Field, 2017 ; Dematteis, 2018). Le cortisol est une hormone libérée dans des situations stressantes. Lorsqu'il est sécrété en trop grande quantité, il plonge l'organisme dans un état de tension permanente. Inversement, lorsque le nouveau-né est massé régulièrement, cela limite les effets négatifs du cortisol (Dematteis, 2018).

Cela étant, le massage participe à l'amélioration de la qualité du sommeil du nouveau-né prématuré (Field, 2017). Le massage contribue à la régulation des rythmes veille-sommeil du bébé, en favorisant sa détente et la libération d'ocytocine, tout en réduisant son niveau de stress.

Enfin, la libération d'ocytocine pendant le massage favorise le développement cognitif et émotionnel. Il permet de renforcer le lien affectif entre le nouveau-né et ses parents.

Ainsi, le massage a des effets bénéfiques sur le développement global du nouveau-né prématuré. Il contribue à favoriser un développement harmonieux et un environnement positif pour le bébé.

Le psychomotricien, en proposant le massage, participe également à l'accompagnement de la parentalité. Ainsi, le massage peut contribuer au renforcement du lien d'attachement parent-enfant.

Selon Tiffany Field (2017), « *le massage a sans doute un effet aussi bénéfique sur les parents que sur l'enfant* ». Du côté des parents, leur implication dans les soins envers leur bébé permet d'améliorer leur santé mentale. La pratique du massage peut aider les parents à se sentir plus confiants et plus compétents dans leur rôle parental, en leur donnant une occasion de participer activement à la prise en charge de leur enfant. Le fait de masser leur enfant donne aux parents un sentiment de proximité irremplaçable (Field, 2017).

Le massage prodigué par le parent favorise le lien d'attachement et permet de réduire les symptômes dépressifs ou anxieux présents chez les parents (notamment chez la mère) d'enfants nés prématurément (Lejeune & Gentaz, 2013 ; Lejeune & Gentaz, 2015). Le massage permet également d'améliorer la qualité de leur sommeil grâce à la libération d'ocytocine. En effet, avec le massage, les parents peuvent se sentir davantage détendus et moins stressés.

La pratique du massage contribue de façon essentielle au développement du nouveau-né prématuré par l'amélioration de la relation parent-bébé. Cela contribue de la même manière à l'épanouissement des compétences parentales. Le moment privilégié du massage offre aux parents la possibilité de faire connaissance avec leur enfant (McClure, 2013). Cela permet aux parents de découvrir et de comprendre les besoins et les capacités de leur bébé.

Finalement, le massage peut apporter de nombreux bienfaits, non seulement au nouveau-né prématuré, mais aussi à ses parents. La pratique du massage développe de façon optimale le bien-être physique et psychique du bébé, tout en offrant aux parents une occasion de se sentir davantage impliqués dans la prise en charge de leur enfant et de renforcer le lien affectif.

Pour cela, l'accompagnement et le soutien précoce des parents est important pour promouvoir une parentalité optimale. Une adaptation maternelle plus efficace dans la période suivant la naissance serait liée à une parentalité plus réactive, après la sortie de l'hospitalisation (Glazebrook et al., 2007).

Concernant la pratique du massage, il semble nécessaire de continuer ces interventions tactiles après l'hospitalisation (Lejeune & Gentaz, 2013 ; Lejeune & Gentaz, 2015). Les effets physiologiques et psychologiques à court terme de cette pratique pourraient avoir un réel bénéfice sur le plan développemental du nouveau-né prématuré à long terme.

DISCUSSION

D'après mes recherches dans la littérature pour la rédaction de ce mémoire et mes observations pendant mes stages, il me semble évident que la pratique du massage auprès des nouveau-nés prématurés s'avère essentielle. Elle permet, entre autres, de favoriser leur développement et ainsi, elle peut participer à réduire la durée de l'hospitalisation. Elle est tout aussi primordiale dans l'élaboration du lien d'attachement, favorisant les interactions précoces entre le nouveau-né et ses parents.

Cela reste cependant dans le cadre d'une hospitalisation pendant la période néonatale. Cette modalité précise de prise en charge me questionne donc sur les effets et les bénéfices potentiels du massage auprès des nouveau-nés prématurés à long terme.

Selon une étude réalisée par Laurence Vaivre-Douret et al. (2014), la pratique du massage de part « *l'augmentation significative de l'éveil calme, pourrait avoir des effets bénéfiques à long terme encourageant la relation d'attachement et les interactions parent-enfant avec, sur le plan cognitif, de meilleures capacités attentionnelles.* ». Cette étude suggère que le massage améliorerait le devenir neurodéveloppemental du nouveau-né prématuré.

Cela soulève encore d'autres questionnements, notamment dans la poursuite des interventions tactiles après l'hospitalisation. Pour cela, il me semblerait pertinent que les parents puissent avoir accès à l'apprentissage des gestes du massage, en amont de l'âge du terme de leur enfant. Cela pose aussi la question de l'accompagnement précoce des parents par les professionnels.

En raison de leur charge de travail considérable, le personnel soignant semble contraint d'accorder une priorité accrue aux actes de soins essentiels. De ce fait, les psychomotriciens, intervenant dans une temporalité particulière en milieu hospitalier, pourraient, de surcroît, guider les parents dans la sensibilisation au toucher et dans l'apprentissage du massage auprès de leur enfant. Durant mes stages, j'ai pu remarquer que les psychomotriciennes n'étaient pas toutes sensibilisées à cette pratique de la même façon. Il aurait été intéressant de recueillir l'opinion des professionnels, quant à leur perception de l'intérêt et des bienfaits du massage, ainsi que son intégration dans leur pratique et sa pertinence dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés.

Dans le cadre des consultations de suivi d'anciens prématurés, il semblerait essentiel que les parents puissent être orientés vers des professionnels formés au massage-bébé, en institution ou en cabinet libéral, après leur retour au domicile. Ils pourraient ainsi participer à des séances individuelles ou à des ateliers en groupe, leur permettant d'échanger avec d'autres parents. Cela permettrait probablement de diminuer leur anxiété, et pourrait faciliter les interactions corporelles avec leur bébé.

Il serait sans doute pertinent de pouvoir recueillir les ressentis des parents concernant l'apport de la pratique du massage en période néonatale, sur la qualité des liens qu'ils entretiennent avec leurs enfants par la suite.

Selon une étude sur l'efficacité d'un atelier massage en Centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les parents ayant participé à cet atelier expriment une amélioration dans la compréhension de leur bébé (Chau, 2019). Ils manifestent également un renforcement de leurs compétences et une modification dans la façon de toucher leur bébé (Chau, 2019).

Ainsi, leur participation à des ateliers massage après l'hospitalisation pourrait « *contribuer à l'établissement du lien d'attachement parent-enfant soutenant le développement de la sensibilité parentale...* » (Chau, 2019).

Il serait intéressant de pouvoir effectuer une étude longitudinale sur le devenir des enfants anciens prématurés, ayant reçu des massages pendant leur hospitalisation néonatale.

Cela suscite une dernière réflexion :

« La pratique régulière du massage intégrée dans les soins des nouveau-nés prématurés et poursuivie après l'hospitalisation, pourrait-elle contribuer à atténuer, voire compenser les effets de la prématurité sur le développement psychomoteur de ces enfants, et ainsi améliorer leur qualité de vie a posteriori ? »

Nonobstant, ces réflexions pourraient faire l'objet d'un autre mémoire...

CONCLUSION

La prématurité représente, aujourd'hui encore, une source de préoccupations importantes de la part du système de santé et des acteurs de soins médicaux-sociaux. Elle représente un enjeu majeur de santé publique.

Lors de son hospitalisation, le nouveau-né prématuré est exposé à des risques accrus de complications médicales, neurologiques, comportementales et sociales. La prématurité est un facteur non-négligeable dans l'apparition de difficultés, notamment dans les interactions précoces et dans la qualité de la relation parent-enfant.

Or, ces difficultés rencontrées peuvent avoir des conséquences néfastes sur le développement et la qualité de vie de l'enfant à plus long terme.

Pour pallier cela, il est donc nécessaire d'opérer une prise en charge précoce du nouveau-né prématuré et de sa famille.

Bien conscient de cet enjeu, le Ministère des Solidarités et de la Santé a établi, en 2020, un rapport « *les 1000 premiers jours* » et recommande de mettre en place pour les enfants nés avant terme « *un programme de soins de développement individualisés et de soins centrés sur la famille ... avec une attention particulière aux régulations relationnelles, l'accordage affectif, l'expérience sensorielle, motrice, les rythmes veille-sommeil* » (Sizun & Ratynski, 2021).

À la lumière des recherches actuelles et de la pratique clinique au moyen des différentes approches en termes de soins de développement, il semble évident que le psychomotricien joue un rôle crucial dans la prise en charge précoce de ce public. Cela, dès le début de la vie et tout au long du développement de l'enfant.

Par sa spécificité et ses connaissances, le psychomotricien assure une prise en charge globale en néonatalogie. Il est un acteur privilégié de l'équilibre entre le développement de l'enfant prématuré et les interactions précoces parentales.

Afin de participer à cette élaboration, le psychomotricien pourra proposer des médiations telles que le massage. Le massage permet de répondre aux besoins sensoriels et affectifs du bébé prématuré en favorisant son bien-être corporel et psychique, ainsi que son développement neurologique et moteur.

Il est cependant nécessaire que le psychomotricien soit formé et sensibilisé aux particularités anatomiques et physiologiques des nouveau-nés prématurés. En utilisant des techniques de massage adaptées et appropriées au stade de développement du nouveau-né prématuré, le psychomotricien pourra favoriser un développement psychomoteur et psycho-affectif harmonieux.

Cette pratique peut également participer à l'élaboration du lien parent-enfant. Bien plus qu'une technique, le massage offre la possibilité aux parents d'établir un lien étroit avec leur bébé et de renforcer le lien d'attachement. Cette médiation permet aux parents d'entrer en relation avec leur enfant et favorise l'accordage tonique et affectif entre les deux partenaires. Les manifestations de bien-être et de détente exprimées par le nouveau-né, que le parent apprend à identifier pendant le massage, sont une source de gratification. Le massage permet de soutenir la parentalité en valorisant les compétences parentales.

Ainsi, le psychomotricien, par son intervention, pourra participer à la prévention des conséquences de la prématurité et limiter ses répercussions. Avec des objectifs intégrant la notion de plaisir corporel et relationnel, il pourra proposer la médiation par le massage en cherchant ainsi à favoriser le développement psychomoteur et psycho-affectif du nouveau-né prématuré. Son approche singulière vise à créer un environnement propice à l'épanouissement de l'enfant, contribuant ainsi à son bien-être global, tout en soutenant la relation parent-enfant.

Dans ce mémoire, je me suis attardée plus spécifiquement sur les conséquences de la prématurité et sur les bienfaits pouvant être apportés par la pratique du massage proposée par le psychomotricien. À travers mes recherches, mes observations et mes vignettes cliniques, j'ai pu concilier la théorie et la pratique psychomotrice, de manière à partager mon vécu lors de mes différents stages. Ces stages m'ont permis de prendre conscience de la réalité de la pratique du psychomotricien dans le champ d'intervention de la néonatalogie, du massage et de la guidance parentale. Ils m'ont aussi permis de façonner mon identité en tant que future psychomotricienne, constituant ainsi une expérience gratifiante et enrichissante, tant sur le plan personnel que professionnel.

« Ce ne sont pas tant les mots que les gestes qui transmettent les émotions et l'affection dont enfants et parents ont en réalité besoin. La perception par le toucher a une résonance profonde en nous. »

– Ashley Montagu –

BIBLIOGRAPHIE

AFMB - Association Française du massage pour bébé (2023). *La formation d'instructeur/trice en massage pour bébé IAIM* : - AFMB - Association Française du massage pour bébé. <https://massage-bebe-asso.fr/devenir-instructeur/>

Albaret, J., Scialom, P. & Giromini, F. (2018). Chapitre 5. Manifestations psychomotrices du prématuré. Dans : Jean-Michel Albaret éd., *Manuel d'enseignement de psychomotricité : 4. Sémiologie et nosographies psychomotrices* (pp. 361-377). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Amiel-Tison, C. (2008). Bases physiopathologiques et description de l'examen neuromoteur du nouveau-né et du jeune enfant. *Cahiers de PréAut*, 5, 97-109.

Amiel-Tison, C. (2009). Evaluation neurologique au cours des premières années de la vie. Dans : *Démarche clinique en neurologie du développement* (2e éd., p.14). Masson

Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>

Bronstein, C. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, 76(3), 769-778. <https://doi.org/10.3917/rfp.763.0769>

Buil, A. (2019). Chapitre 6. Le psychomotricien en néonatalogie. Dans : Anne Gatecel éd., *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices : Fondements, domaines d'application, formation et recherche* (pp. 57-68). Paris : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.tecel.2019.01.0057>

Buil, A., & Pinto da Rocha, A. (2009). Un autre monde. Une rencontre du troisième type. *Enfances & Psy*, 42(1), 51-62. <https://doi.org/10.3917/ep.042.0051>

Bullinger, A. (1993). Emotion et représentation. *Enfance*, 46(1), 27-32.

Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*. Èrès. <https://doi.org/10.3917/eres.bulli.2007.01>

Bydlowski, M. (2006). La crise parentale de la première naissance : L'apport de la psychopathologie. *Informations sociales*, 132, 64-75. <https://doi.org/10.3917/inso.132.0064>

Chau, T. (2019). Évaluation de l'efficacité d'un atelier de massage sur les pleurs et le sommeil du nourrisson en centre de PMI. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 32(4), 181-184. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2019.06.005>

Debernardy, M. (2022, 16 octobre). *La psychomotricité auprès du nouveau-né*. Conférence nationale des psychomotriciens : Le psychomotricien aujourd'hui et demain, Paris, France. <https://www.psychomotmaison.com/congres-national-psychomot/#:~:text=C'est%20le%20weekend%20du,dans%20le%20syst%C3%A8me%20de%20sant%C3%A9>.

Dematteis, N. (2018). Le quatrième trimestre : une transition soutenue par le massage. *Spirale*, 86, 61-67. <https://doi.org/10.3917/spi.086.0061>

Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine. (s. d.). <http://dictionnaire.academimedecine.fr/search/results?titre=p%C3%A9rinatalit%C3%A9>

Field, T. (2017). *Les bienfaits du toucher*. Paris (France) : Payot.

Garcia, A. (2022). *Psychomotricité & Portage : L'intérêt du portage dans le développement psychomoteur de l'enfant*. [Mémoire de Psychomotricité – Institut de Formation en Psychomotricité, Université de Bordeaux]. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03715284>

Glazebrook, C., Marlow, N., Israel, C., Croudace, T., Johnson, S., White, I. R., & Whitelaw, A. (2007). Randomised trial of a parenting intervention during neonatal intensive care. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 92(6), F438-F443.

Grenier, A. (2000). La motricité libérée du nouveau-né ses prolongements au quotidien pour le confort et la surveillance neurologique. Genève : Médecine et hygiène.

Guédeney, N. (2010). *L'attachement, un lien vital*.

Haut Conseil de la Famille. (2016, 22 septembre). Les politiques de soutien à la parentalité. *Hcfea*. https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/2016_10_03_Notes_parentalite.pdf

INSERM. (2017). *Prématurité · Inserm, La science pour la santé*. Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/prematurite/>

INSERM. (2018). *Pré-éclampsie · Inserm, La science pour la santé*. Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/pre-eclampsie/>

Kloeckner, A. (2008). Apports en néonatalogie de la sensorimotricité selon A. Bullinger. *Contraste*, 28-29(1-2), 157-178. <https://doi.org/10.3917/cont.028.0157>

Lacroze, V. (2015). Prématurité : Définitions, épidémiologie, étiopathogénie, organisation des soins. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 28(1), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2015.01.001>

Lebovici, S., & Stoleru, S. (2003). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste : les interactions précoces*. Bayard Jeunesse.

Lecomte, J. (2019). René Spitz. Le syndrome de l'hospitalisme : *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, N° 54(3), 16-16. <https://doi.org/10.3917/gdsh.0054.0016>

Lejeune, F. & Gentaz, É. (2013). Le toucher chez les enfants prématurés. *Enfance*, 1, 33-48. <https://doi.org/10.3917/enf1.131.0033>

Lejeune, F., & Gentaz, É. (2015). *L'enfant prématuré développement neurocognitif et affectif*. Paris (France) : Odile Jacob.

Martel, M., & Milette, I. (2006). *Les soins du développement des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré* (Collection Intervenir). Montréal (Canada) : Éditions du CHU Sainte-Justine.

McClure, V. (2013). *Le massage des bébés : Bien-être et harmonie dans la relation parents-enfants*. Tchou.

Miljkovitch, R., Gratier, M., & Danet, M. (2012). *Les interactions précoces : Dialectique de l'attachement et de l'exploration*. (p. 185-228).

Montagu, A. (2014). *La peau et le toucher un premier langage*. Paris (France) : Éditions du Seuil.

Normand, M. (2013). « *Quand les regards se croisent...* » *Intérêts d'une consultation conjointe pédiatre-psychomotricien dans le cadre du suivi de la grande prématurité*. [Mémoire de Psychomotricité – Institut de Formation en Psychomotricité, Université de Bordeaux]. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00868901>

Organisation Mondiale de la Santé. (2018, février 19). *Naissances prématurées*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Ratynski, N., Bleunven, S. & Sizun, J. (2007). Intervention précoce en médecine néonatale : expérience du NIDCAP. *Contraste*, 26, 119-126. <https://doi.org/10.3917/cont.026.0119>

Ravier, A. & Pardinielli, J. (2015). Prématurité et parentalité. *Enfances & Psy*, 65, 145-157. <https://doi.org/10.3917/ep.065.0145>

Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1. Concepts fondamentaux* (pp. 87-110). De Boeck-Solal.

Sizun, J., Guillois, B., Casper, C., Kuhn, P., Thiriez, G., & Lagercrantz, H. (2022). *Soins de développement en période néonatale de la recherche à la pratique* (2e édition. ed., Collection Pédiatrie). (France).

Sizun, J., & Ratynski, N. (2021). *L'enfant né prématurément mieux le comprendre pour mieux le soutenir* (Nouvelle édition revue et augmentée. éd.). (France).

Soulé, M. (2011). De la pédiatrie à la psychiatrie fœtale. Dans : Michel Soulé éd., *L'échographie de la grossesse : Promesses et vertiges* (pp. 189-202). Toulouse : Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.soule.2011.01.0189>

Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : Son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188.
<https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>

Thibault, C. (2015). L'oralité positive. *Dialogue*, 209, 35-48.
<https://doi.org/10.3917/dia.209.0035>

Thiriez, G., Duboz, M., Touzet, M., Fichtner, C., & Legouais, S. (2020). *Titre : Quel soutien postural pour le nouveau-né prématuré hospitalisé ? (Texte complet)*.

Vaivre-Douret, L., Oriot, D., & Golse, B. (2014). Bénéfices neuro-développementaux de la stimulation multimodale simultanée (toucher « sensori-tonico-moteur ») parallèlement à l'application cutanée d'huiles végétales. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, 44, 143. <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2013.10.103>

Winnicott, D. W. (1956). *La préoccupation primaire maternelle*. Dans : De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot.

GLOSSAIRE

Les définitions ci-dessous proviennent essentiellement du Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine disponible à l'adresse suivante : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr>.

- **Cathéter** : Tige creuse fabriquée avec un biomatériau, destinée à être introduite dans un canal ou un conduit naturel (vaisseau, cœur, urètre, œsophage...), dans un organe comme la vessie pour évacuer l'urine, dans un espace virtuel, comme l'espace péridural pour injecter un anesthésique, dans un vaisseau sanguin pour perfuser une solution, prélever du sang ou pratiquer une intervention.
- **Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)** : Établissements médico-sociaux chargés de la prise en charge précoce des problématiques de handicap chez les enfants âgés de 0 à 6 ans présentant des difficultés ou des retards dans leur développement.
- **Chorio-amnionite** : Inflammation ou infection de la membrane amniotique, pouvant entraîner sa rupture et un travail d'accouchement prématuré.
- **ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation ou Oxygénation par membrane extracorporelle)** : Désigne une technique de circulation extracorporelle offrant une assistance respiratoire et cardiaque pour des patients ne pouvant plus assurer d'échanges gazeux compatibles avec la vie.
- **Entérocolite ulcéro-nécrosante** : Entéropathie (affection intestinale) observée essentiellement durant les dix premiers jours de la vie chez les prématurés et les enfants ayant souffert à la naissance. *Anatomiquement, elle est caractérisée par des plages de nécrose plus ou moins étendues de la paroi intestinale, compliquée souvent de perforations, de péritonite et de septicémie. L'étiologie reste discutée, il pourrait s'agir de causes bactériennes spécifiques ou non spécifiques, de causes virales, ...*

- **Extérogestation** : « *prolongement hors de la matrice du processus utérogestatif [...] destiné à poursuivre la relation d'influence réciproque de l'enfant et de sa mère.* » (Montagu, 2014)
- **Hydramnios** : Excès du volume du liquide amniotique.
- **Ictère** (ou jaunisse) : Coloration jaune plus ou moins intense de la peau, des muqueuses et des conjonctives due à leur imprégnation par les pigments biliaires.
- **Iléostomie** : Abouchement chirurgical de l'iléon à la peau, assurant la dérivation du contenu iléal à l'extérieur de l'abdomen.
- **Kinesthésie** : Perception des mouvements des différentes parties du corps : muscles, tendons, articulations...
- **Laparoschisis** : Défaut congénital de développement de la paroi abdominale entraînant chez le fœtus une déhiscence plus ou moins étendue en hauteur, entre les muscles droits de l'abdomen, avec éviscération : extériorisation, à des degrés variables, des viscères abdominaux, intestin grêle et foie notamment.
- **Maladie des membranes hyalines (MMH)** : Détresse respiratoire du nouveau-né survenant à la naissance ou tout de suite après et due à une absence de surfactant efficace dans les alvéoles pulmonaires.
- **Nutrition entérale** : Nutrition artificielle qui administre des nutriments sous forme liquide dans le tube digestif par l'intermédiaire d'une sonde passant par le nez ou introduite directement dans l'estomac ou dans l'intestin.
- **Oligoamnios ou oligohydramnios** : Diminution de la quantité de liquide amniotique en dessous de 200 ml. *Il doit faire chercher une fissuration inapparente des membranes de l'œuf, une malformation fœtale, notamment rénale, un dépassement du terme de la grossesse.*

- **Placenta prævia** : Placenta inséré tout ou en partie sur le segment inférieur de l'utérus et pouvant être responsable d'hémorragies du troisième trimestre. *Les anomalies de placentaires sont des anomalies d'adhésion du placenta sur la paroi utérine. Elles incluent les placenta accreta (PA), increta (PI) et percreta (PPer),*
- **Pré-éclampsie** : « *une pathologie de la grossesse caractérisée par une élévation de la pression artérielle se produisant au plus tôt au milieu du second trimestre (après vingt semaines d'aménorrhée).* » (INSERM, 2018). Cette pathologie caractérisée par des anomalies rénales peut également engendrer des complications dont l'éclampsie (convulsions chez la mère), l'hémorragie cérébrale maternelle, l'insuffisance rénale maternelle, un décollement placentaire ((hémorragie interne) ou encore un syndrome de HELLP.
- **Primiparité** : État obstétrical de la femme qui accouche pour la première fois après une durée gestationnelle de 22 semaines ou plus.
- **Proprioception** (sensibilité profonde) : Perception de la position des différents segments du corps dans l'espace.
- **Protection Maternelle Infantile (PMI)** : Service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil départemental et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant.
- **Réflexe archaïque** : Mouvement automatique réflexe présent au cours des premières semaines ou mois de la vie, reproductible de façon identique pour un même stimulus et témoignant par sa qualité et sa symétrie de l'état neurologique sous cortical et médullaire du nouveau-né.
- **Réflexe d'agrippement palmaire (*grasping reflex*)** : Réflexe archaïque de préhension du nouveau-né qui lui fait agripper tout objet qui vient au contact de sa main.
- **Réflexe d'allongement croisé** : Réflexe d'allongement d'un membre inférieur, extension de la cuisse, de la jambe et du pied avec écartement des orteils, après stimulation de la plante du pied du membre opposé.

- **Réflexe de succion** : Mouvement automatique de succion lors de la mise au sein du nouveau-né ou de la stimulation digitale.
- **Réflexe de Galant** : Réflexe spinal qui consiste uniquement en une incurvation du tronc lorsque la peau est stimulée au niveau de la colonne
- **Réflexe de l'escrimeur (tonique du cou)** : Réflexe positionnement asymétrique lorsque le bébé tourne la tête d'un côté, le bras du même côté s'allonge alors que l'autre bras se plie. Ce réflexe peut le préparer à atteindre des objets et à les prendre dans sa main. C'est aussi le signe d'un bon tonus musculaire.
- **Réflexe de Moro** (regroupement sur la ligne médiane) : Réflexe archaïque ou automatisme primaire provoqué chez le nouveau-né par toute manœuvre qui produit une mobilisation rapide des muscles de la nuque. *La réponse se décompose en trois temps : abduction des bras et extension des avant-bras, ouverture des mains et, temps le plus significatif, cri. La recherche de ce réflexe fait partie de l'examen du nouveau-né à la naissance.*
- **Réflexe des points cardinaux** : Après stimulation péribuccale, la langue et les lèvres du nouveau-né sont attirés par réflexe archaïque, vers le point excité et la tête est entraînée dans ce mouvement d'attraction.
- **Reflux gastro-œsophagien (RGO)** : Ce reflux concerne le passage dans l'œsophage du contenu gastrique acide, qui se manifeste cliniquement par des brûlures rétrosternales ascendantes et des régurgitations acides, souvent lié à une mauvaise position du cardia, induit par une hernie hiatale. Il se produit chez le nouveau-né, jusqu'à l'âge de 6 semaines environ, le sphincter du cardia n'étant pas efficace : il est alors quasi-physiologique.
- **Retard de croissance intra-utérin (RCIU)** : Défaut de croissance du fœtus *in utero* touchant d'emblée l'abdomen et le cerveau. *Décelé souvent dès le deuxième trimestre de la grossesse, il témoigne alors d'une embryopathie virale (la rubéole p.*

ex.), parasitaire (la toxoplasmose p. ex.) chromosomique, (une trisomie 18 ou 21 p. ex.), ou d'une toxicomanie par les morphiniques. Son pronostic est réservé.

- **Score de Ballard** : Fonction de la maturité physique et neuromusculaire du nouveau-né. Il peut être utilisé jusqu'à 4 jours après la naissance (dans la pratique, le score Ballard est généralement utilisé dans les 24 premières heures).
- **Score de Dubowitz** : Méthode d'appréciation de l'âge gestationnel du nouveau-né fondée sur l'étude de dix critères neurologiques et de onze critères morphologiques externes.
- **Score de Farr** : Cotation chiffrée de l'âge gestationnel d'un nouveau-né estimé d'après onze signes d'examen clinique, notamment sur la peau, les plis plantaires, le tissu mammaire.
- **Service de Maternité de niveau III** : Ces établissements disposent d'un service de réanimation néonatale et sont spécialisés dans le suivi des grossesses pathologiques (hypertension sévère, diabète...), celles dont on sait qu'elles peuvent présenter un risque pour la future mère et/ou l'enfant à naître. Ces maternités peuvent accoucher des mamans dont le bébé a moins de 33 semaines. Elles sont rattachées à un service de réanimation néonatale qui prendra en charge le bébé.

ANNEXES

Annexe 1 : Charte du nouveau-né hospitalisé.

CHARTRE DU NOUVEAU-NÉ HOSPITALISÉ

L'hospitalisation du nouveau-né est un réel défi pour tisser les liens familiaux et suscite des émotions intenses. Elle nécessite la mobilisation des ressources de tous pour offrir au bébé les meilleures chances de bien grandir. Les études scientifiques démontrent que la création du lien d'attachement entre le nouveau-né et sa famille, dès les premiers instants de vie, est primordiale pour son bon développement. Le dialogue et la concertation entre les parents et les soignants se trouvent au cœur d'une prise en charge optimale du nouveau-né hospitalisé.

Conscients de ces enjeux, nous, parents de nouveau-nés hospitalisés et professionnels de la naissance, nous engageons à tout mettre en œuvre pour que le nouveau-né hospitalisé bénéficie :



De la présence continue, dès sa naissance, sans restriction, 24h/24, d'au moins l'un de ses parents, ou d'une personne de confiance.

Les parents choisissent, s'ils le souhaitent, une à deux personnes de confiance pour les soutenir et les relayer tout au long de l'hospitalisation.



Des meilleures conditions pour créer le lien d'attachement avec ses parents (contact physique, bercement, échanges vocaux, alimentation) qui améliorent son état de santé et son bon développement.

Parents et soignants partagent leurs connaissances pour regarder ensemble le bébé, comprendre ses réactions et entrer en relation avec lui.



Du contact peau à peau quotidien, avec au moins l'un de ses parents, ou la personne de confiance désignée par eux, le plus tôt possible, de façon prolongée au cours des 24h et jusqu'à la sortie.



Du colostrum maternel (1^{er} lait) sans restriction d'âge gestationnel ou de poids, en l'absence de contre-indication médicale.

L'équipe soignante informe et accompagne la mère dans la façon de nourrir son enfant et la soutient dans ses choix.



De la possibilité de téter au sein ou au biberon, aussitôt qu'il montre la capacité à le faire, sans restriction d'âge gestationnel.



D'un environnement confortable adapté à son développement sensoriel (luminosité, son, odeur, goût, toucher).



De la participation de ses parents aux soins qu'il reçoit avec l'accompagnement des professionnels de santé.



Du rôle protecteur de ses parents dans la prise en charge de l'inconfort et de la douleur en étroite coopération avec les soignants.



Des informations accessibles et compréhensibles destinées à ses parents pour comprendre son état de santé et prendre soin de lui.



D'une prise en charge individualisée, élaborée en concertation avec ses parents, et en accord avec la littérature scientifique la plus récente sur le sujet.

Signataires de la Charte



Sous le patronage de



Avec le soutien de





CHARTRE NATIONALE DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

8 grands principes pour accompagner les parents

- 1. > Reconnaître et valoriser prioritairement les rôles, le projet et les compétences des parents** : les interventions s'appuient sur les ressources et capacités des parents. Elles se construisent avec eux. Elles nécessitent bienveillance et écoute, sans jugement, préjugé, injonction, ni obligation. Elles encouragent l'entraide entre pairs.
- 2. > S'adresser à toutes les familles** quels que soient la situation familiale, le milieu social, l'environnement, le lieu de résidence, la présence d'un handicap ou les références culturelles: les interventions de soutien à la parentalité doivent être accessibles à toutes les familles, sur tout le territoire, dans une perspective universaliste, tout en prenant en compte la singularité de chaque parent.
- 3. > Accompagner les parents en intégrant dans cette démarche toutes les dimensions et l'ensemble du contexte de la vie familiale**, pour le bien-être de l'enfant et des parents eux-mêmes, et quel que soit l'âge de l'enfant.
- 4. > Proposer un accompagnement et un soutien dès avant l'arrivée de l'enfant et jusqu'à son entrée dans la vie adulte** : agir tôt permet de prévenir, anticiper et mieux repérer les situations de vulnérabilités ou les difficultés.
- 5. > Respecter les principes d'égalité entre les femmes et les hommes dans la parentalité et au sein de la sphère familiale** : les actions de soutien à la parentalité et l'accompagnement des parents veillent à ne pas véhiculer de stéréotypes sur les relations entre parents ou entre les enfants.
- 6. > Quelles que soient les configurations familiales, permettre à chaque parent d'occuper, dans la mesure du possible, sa place dans le développement de l'enfant.** En outre, et parce que les parents ne sont pas les seuls impliqués dans le quotidien des soins et de l'éducation des enfants, d'autres personnes ressources dans l'environnement familial peuvent être concernées par les actions de soutien à la parentalité: grands-parents, beaux-parents, familles recomposées...
- 7. > Proposer des interventions diverses (collectives ou individuelles, dans des lieux dédiés, itinérants ou au domicile...) accessibles à toutes les familles sur l'ensemble du territoire et respectueuses des principes de neutralité politique, philosophique, et confessionnelle** : les services, ressources et modes d'action variés mis à disposition des familles sont tous légitimes dès lors qu'ils répondent à un besoin identifié et qu'ils explicitent les approches et objectifs qui les sous-tendent. Ils s'inscrivent dans une démarche d'évaluation pensée en amont et qui intègre la temporalité nécessaire à l'établissement d'un lien de confiance. Les parents y sont associés comme ils le sont à la définition des actions.
- 8. > Garantir aux personnes** qui recourent à une action de soutien à la parentalité **que les bénévoles ou professionnels qui interviennent dans ce cadre: ont une compétence ou bénéficient d'une formation dans ce domaine; et disposent de temps de partage d'expérience et d'analyse des pratiques.**

Cette charte établit les principes applicables aux actions de soutien à la parentalité en application de l'article L. 214-1-2 du code de l'action sociale et des familles.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	2
Sommaire	4
Introduction	5
Partie I : LA PRÉMATURITÉ	7
A. Généralités	8
1. Épidémiologie et étiologie	9
• <i>Épidémiologie</i>	9
• <i>Étiologie</i>	10
B. Développement du fœtus	11
1. Développement du Système Nerveux Central	12
2. Développement du Système Nerveux Périphérique.....	13
• <i>Système sensoriel</i>	13
• <i>Système moteur</i>	15
• <i>Système Nerveux Autonome : sympathique et parasymphatique</i>	15
3. Conséquences de la prématurité	15
C. De la grossesse à la naissance	18

1. Enjeux psychiques de la périnatalité	18
• <i>Avant la conception : le désir d'enfant</i>	19
• <i>La conception</i>	19
• <i>La grossesse</i>	19
• <i>L'accouchement</i>	20
Partie II : RÔLE DU PSYCHOMOTRICIEN EN SERVICE DE NÉONATOLOGIE ..	22
A. Présentation des unités.....	23
1. Unité de Soins Intensifs Néonataux (USIN).....	24
2. Unité de réanimation néonatale et pédiatrique	24
B. Bébés prématurés, parents prématurés.....	25
1. Impact de l'hospitalisation périnatale... ..	25
2. ...sur le lien parent-enfant.....	27
• <i>La mère</i>	27
• <i>Le co-parent</i>	28
C. Les soins de développement.....	30
D. Intervention psychomotrice au fil de l'hospitalisation.....	33
• <i>Observation et évaluation</i>	34
<i>Vignette clinique : Martin</i>	35

• <i>Éveil et stimulations psychomotrices</i>	37
• <i>Confort et prévention posturale</i>	37
<i>Vignette clinique : Jules</i>	38
• <i>Soutien de l'oralité</i>	38
<i>Vignette clinique : Lucas</i>	39
<i>Vignette clinique : Jules</i>	39
• <i>Guidance parentale</i>	40
<i>Vignette clinique : Liam</i>	40
• <i>Portage</i>	42
<i>Vignette clinique : Julien et Léo</i>	42
• <i>Travail en collaboration pluridisciplinaire</i>	43
<i>Vignette clinique : Wayne</i>	44
<i>Vignette clinique : Garance et Clémence</i>	45
E. Suivi et accompagnement post-hospitalisation	46
Partie III : LE MASSAGE-BÉBÉ EN PSYCHOMOTRICITÉ	49
A. Contexte historique	50
B. Comment masser ?	51
<i>Vignette clinique : Abdel</i>	53
<i>Vignette clinique : Abdel</i>	55
<i>Vignette clinique : Agathe</i>	56
<i>Vignette clinique : Abdel</i>	57

C. Pourquoi masser ?	58
1. Enjeux du massage dans la construction de processus psychomoteurs	58
a. Importance des premiers liens	58
• <i>Le syndrome de l'hospitalisme de René Spitz</i>	58
• <i>Les expériences de Harry Harlow</i>	59
• <i>La théorie de l'attachement de John Bowlby</i>	59
b. Importance des premiers contacts.....	61
• <i>Le peau-à-peau</i>	61
<i>Vignette clinique : Amir</i>	62
c. Importance des premiers touchers	63
• <i>Les gestes de contenance</i>	63
<i>Vignette clinique : Wayne</i>	64
d. Importance des premières interactions	66
• <i>Les interactions comportementales concrètes</i>	66
○ <i>Les interactions vocales</i>	66
○ <i>Les interactions visuelles</i>	67
○ <i>Les interactions corporelles</i>	67
• <i>Les interactions affectives</i>	68
• <i>Les interactions fantasmatiques</i>	69
2. Bienfaits et intérêts du massage.....	70

Discussion	74
Conclusion	76
Bibliographie	78
Glossaire	83
Annexes	88
<i>Annexe 1 : Charte du nouveau-né hospitalisé</i>	88
<i>Annexe 2 : Charte Nationale de Soutien à la Parentalité</i>	89
Tables des matières	90