

# du prématuré au prématurissime : la psychomotricité a de plus en plus sa place dès la néonatalogie

S. Alonso-Bekier

psychomotricienne, service de néonatalogie, GH Simone-Veil, 1, rue Jean-Moulin, 95160 Montmorency, France

## résumé

De plus en plus petits, de plus en plus fragiles, de plus en plus nombreux, les grands prématurés remplissent les unités de néonatalogie. Ces prématurissimes, arrivés le plus souvent dans un contexte d'urgence, de souffrance, nécessitent soins techniques et surveillance pointue. Mais au-delà de leur survie et des considérations éthiques que l'on peut évoquer, quel encadrement peut-on leur proposer pour atténuer les conséquences parfois douloureuses de ce volet de leur histoire ? C'est ce que se propose de faire la psychomotricienne du service de néonatalogie en accompagnant ces bébés et leurs familles. Cela se fait à travers une prévention posturale, des évaluations neuro-psychomotrices, des stimulations multisensorielles, un suivi et une guidance parentale. Sa spécificité d'intervention autour du corps lui confère une place privilégiée qui se doit d'être reconnue par toute l'équipe. © 2002 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés

développement / éveil / grands prématurés / posture / psychomotricité

Un sas où l'on s'équipe « stérile », des incubateurs, les bips des scopes, des bébés « branchés » et le personnel en blanc qui s'affaire : nous voici entrés dans l'unité de néonatalogie, un monde technique, médical, qui s'ouvre de plus en plus à l'approche autour du corps du bébé. Pas le corps souffrance mais la construction d'un corps plaisir avec une unité. Cette place est celle de la psychomotricité qui, sous

l'emblème « prévention et dépistage », trouve sa spécificité au carrefour de la clinique et du bien-être.

Cette spécificité est multiple : prévention posturale, évaluations neuro-psychomotrices, aide aux interactions précoces, etc.

La population de néonatalogie est vaste : enfants prématurés, souffrances néonatales, malformations, infections maternofoetales, difficultés alimentaires (reflux gastro-œsophagiens [RGO], œsophagites, etc.), malaises ; le tout chez le bébé de moins d'un mois. Cependant, ici, nous nous attacherons à la population cible d'un tel service : le prématuré.

## du prématuré au prématurissime

Le prématuré est un sujet qui a été traité de nombreuses fois puisque dès 1969, J. Berges et I. Lezine se penchaient sur « le syndrome de l'ancien prématuré ». Ainsi, « est considéré comme prématuré tout enfant né avant 37 semaines d'aménorrhée ». De 1970 à 1990, la politique de santé fait reculer la prématurité. Cependant depuis quelques années, les progrès de la médecine ont l'effet inverse. La chute du nombre de prématurés s'est arrêtée avec l'augmentation d'une nouvelle population : les grands prématurés nés entre 27 semaines d'aménorrhée (SA) et 31 SA + 6 et les prématurissimes nés avant 27 SA [1]. Plus petits (souvent moins de 1 000 g), ces bébés sont encore « plus »

fragiles, encore « plus » immatures, leur hospitalisation est encore « plus » longue et leur devenir « plus » incertain. Ainsi la grande prématurité est à l'origine de 30 % des séquelles psychomotrices et sensorielles majeures observées dans la petite enfance [2]. L'Inserm a également consacré une étude à travers une expertise collective [3]. Cela mérite de se pencher sur le sujet !

Le but ici n'est pas de dissenter sur les éventuelles causes (progrès de la réanimation et des techniques avec le surfactant et la corticothérapie, procréation médicalement assistée [PMA], conditions sociales et travail des femmes, etc.), mais de pointer le changement de population auquel nous sommes confrontés depuis ces dernières années. Dans une unité telle que la nôtre (maternité de type IIB, 1 500 accouchements par an), nous avons, entre 1994 et 1998 sur 288 prématurés, reçu deux bébés de 27 SA, huit de 28 SA et neuf de 29 SA : soit 6,6 % de moins de 30 SA. Entre 1999 et 2001, sur 216 prématurés, nous avons reçu un bébé de 25 SA, six bébés de 26 SA, trois de 27 SA, sept de 28 SA et six de 29 SA : soit 10,6 % de moins de 30 SA. Tous bénéficient d'un suivi des acquisitions.

Cette nouvelle population fait encore plus ressentir le besoin d'une prise en charge psychomotrice dès la néonatalogie. Ainsi, « le suivi spécialisé postnatal pour le dépistage et la prise en charge précoce des éventuelles séquelles sont autant d'éléments indispensables à la cohérence d'une prise en charge risquée mais non illusoire. » (Voyer, 1996).

Voyons maintenant comment peuvent se réaliser ce suivi spécialisé et le dépistage. Ce qui va suivre est avant tout le reflet d'une pratique et n'a nullement la prétention de démontrer « comment bien faire ».

### **modes d'intervention : la psychomotricité, un « plus » dans l'unité de néonatalogie**

La spécificité de la psychomotricité est de considérer l'individu dans sa globalité en intervenant sur le corps, son vécu... Ce concept s'applique de manière évidente dès la néonatalogie car le corps de ce petit être est en souffrance. L'intervention va être multiple, et pour l'enfant et pour ses parents qui, bien souvent, n'osent pas le toucher.

### **les évaluations neuro-psychomotrices**

Un bon développement nécessite un équipement neurologique intact (exprimé par les réflexes, le tonus passif, le tonus actif) avec intégrité des structures nerveuses (voies afférentes, efférentes, connexions inter-hémisphériques, myélinisation, etc.), des compétences sensorielles et une vigilance suffisamment adaptée pour communiquer. Le prématuré est à risque de lésions par sa fragilité hémodynamique, l'anoxie, etc. ; ces lésions entraînant des troubles du développement. Plus les séquelles sont dépistées tôt, meilleures seront les chances de récupération à l'aide de la rééducation (plasticité cérébrales et neuroprotection du cerveau [4]). Ainsi, je propose une évaluation neuro-psychomotrice des bébés en fonction de leur âge gestationnel selon la grille de L. Vaivre-Douret [5]. Cette grille permet d'évaluer le tonus passif, le tonus actif, la mise en place des réflexes primaires, l'éveil et la poursuite oculaire (selon les travaux de S. Saint-Anne D'Argassies et A. Thomas). Cette évaluation est le plus souvent demandée par les pédiatres. Le but n'est pas de les remplacer mais c'est un bon complément car, devant l'importance des problèmes médicaux, ils n'ont pas toujours le temps d'approfondir cette dimension. Le calcul d'un score de maturation permet de voir si le bébé a un niveau en relation avec son âge gestationnel et pointe les éventuelles difficultés : hypotonies axiales ou globales, retard dans la mise en place de la poursuite oculocéphalogyre, absence de réflexes, etc. Cette évaluation est réalisée plusieurs fois durant le séjour du bébé afin de suivre son évolution maturative. De plus, elle se fait si possible en présence des parents, et c'est l'occasion de pointer les compétences de ce bébé perçu comme fragile et immature. Ainsi les parents sont particulièrement sensibles à l'observation de la poursuite oculaire et de la marche automatique ! Cela positive la relation parents-enfant.

Cette évaluation à l'aide d'une grille étalonnée est avant tout un outil servant de point de départ à une prise en charge du bébé et de ses parents.

### **la prévention posturale**

Le prématuré est très hypotonique compte tenu de sa grande immaturité. Cette hypotonie est globale et le tonus va se renforcer dans le sens caudocéphalique au cours de son évolution vers le terme de 40 SA. L'hypotonie (évaluée par le tonus passif) le rend vulnérable et à risque de déformations (attitude dite de « grenouille », [6]). L'intérêt développemental dans la posture de ces bébés est aussi à prendre en compte [5, 7, 8].

« L'intervention psychomotrice au niveau du positionnement s'inscrit dans le cadre d'un modèle de développement du nourrisson (observation-évaluation). Le positionnement adapté est un moyen thérapeutique de placer le nourrisson dans son monde, de manière à satisfaire les principes de développement neuromoteur normal et accroître le nombre d'expériences sensorimotrices normales vécues par le nourrisson. » [9].

Le but de ce positionnement est axé sur la prévention orthopédique, l'éveil du bébé, le confort, et doit respecter la liberté de ses mouvements. En outre, un bon équilibre postural engendre un meilleur dialogue tonique entre l'enfant et sa mère.

C'est avant tout un travail avec l'équipe, les infirmières et puéricultrices qui sont au quotidien avec l'enfant. Elles installent les « cocons » utilisés afin de proposer un environnement rassurant (parois de l'utérus). La psychomotricienne surveille l'installation des hanches et des pieds ainsi que le respect de l'axe vertébral et propose un petit coussin pour garder la tête dans l'axe si celle-là prend une attitude préférentielle. Le kinésithérapeute intervient si une déformation est observée. Une alternance des positions (décubitus dorsal [DD], ventral et latéral) est également proposée à l'enfant afin d'enrichir ses expériences posturales. Cela permet aux parents de s'habituer avec le positionnement de leur bébé en précisant l'importance du DD lorsque celui-là est de retour à la maison.

Il est tellement agréable de voir un bébé dormir détendu, confortablement installé dans son incubateur !

### **les stimulations multisensorielles : ni trop, ni trop peu !**

Dans un premier temps, on cherche à aménager l'environnement de l'enfant de façon à filtrer les stimulations qui parviennent au bébé. En effet, dès 5-6 mois de gestation, ses compétences sensorielles sont en place. La maturation anatomique est réalisée, la maturation fonctionnelle se fait en rapport avec les stimulations [10]. Or, l'unité néonatale a un environnement totalement différent de l'utérus maternel et est plutôt stressant : bruit, lumière, etc. Cet aménagement se fait à travers une réflexion avec toute l'équipe : Qu'est-ce que le prématuré a en trop ou en moins par rapport à l'utérus maternel et aux autres bébés en maternité ?

En trop, on note principalement le bruit, la lumière et les sensations corporelles agressives (douleur). Un éclairage tamisé et le moins de bruit ou une musique

douce sont aménagés pendant les temps de sommeil. Si l'enfant s'agite, on propose une cassette avec la voix des parents ou la musique que la mère écoutait pendant sa grossesse. Pendant les moments d'éveil, dessins et peluches (noir et blanc) décorent l'incubateur et stimulent l'enfant tout en changeant son environnement visuel. Les soins sont regroupés au maximum afin d'éviter de déranger l'enfant et de minimiser les ponctions douloureuses.

En moins, on retrouve la perte du contact corporel fusionnel avec la maman. Pour rétablir ce contact si important, tout un travail se fait autour du toucher sensoriel [11]. Dès que possible, on propose à la mère de toucher et de « masser » son bébé avec une huile parfumée (sens olfactif). Ces moments privilégiés favorisent la relation mère-enfant et donnent au bébé une unité et une conscience de son corps. De plus, il est important d'apporter à l'enfant la notion d'un toucher plaisir afin d'effacer les stigmates de la douleur. On parle beaucoup de la mère mais le père aussi est présent et est incité à toucher son bébé. Le « peau à peau », moment fort en stimulations et relation permet de mettre en place un dialogue tonique et un *holding* harmonieux [12].

### **suivi et guidance parentale**

Le travail dans une telle unité ne peut pas se faire sans relation avec les parents. Ainsi, la prise de contact, l'information autour du bébé et de ses compétences, l'observation de la relation mère-enfant et l'aide à sa mise en place font aussi partie de notre intervention. Cela se fait en relation avec la psychologue qui intervient auprès des familles. La rupture du lien et la blessure narcissique de la naissance prématurée, la séparation précoce sont des facteurs de risque que l'on ne peut pas négliger [13-15].

Pour la psychomotricienne, c'est plus une disponibilité, une observation, un dialogue. À la moindre difficulté ou défaillance, la psychologue intervient. Cette guidance est possible grâce à la proposition d'un suivi dans le temps. En effet, pour tous les bébés prématurés, un suivi est proposé après la sortie du service, les parents ne sont pas « lâchés dans la nature ». Ce suivi est modulable en fonction de l'évolution de l'enfant et la fréquence dépend du terme et des difficultés lors de la naissance. La psychomotricienne assure une surveillance des acquisitions et propose un bilan une fois par mois pour les enfants nés à moins de 30 SA. Ces rencontres peuvent être espacées ou rapprochées en fonction de l'enfant. Ces séances sont avant tout un lieu d'échange, et même si

elles nous renseignent sur la bonne intégrité neuromotrice du bébé, le but est de discuter avec les parents « autour » de l'enfant : comment gérer son excitation (bien souvent présente), comment entrer en relation, quelles situations de jeu proposer en fonction de l'âge (âge réel, âge corrigé) ? La parole est donnée aux mères sur leur vécu, leurs difficultés et angoisses rencontrées depuis le retour à la maison. Ce suivi, qui s'espace après l'âge d'un an, est proposé jusque trois ans avec un taux de 60 % de parents qui reviennent volontiers après la sortie de néonatalogie.

Ainsi, la psychomotricité a sa place en néonatalogie, en complément d'une équipe pluridisciplinaire. Son intervention autour du corps de ce petit être en souffrance lui donne un « plus » dont les services de néonatalogie ne devraient pas se passer. Cette nouvelle population de prématurissimes pointe la nécessité d'une prise en charge et d'un suivi de l'enfant et de sa famille, tant sur le plan développemental que comportemental ; le psychomotricien ayant tout à fait les compétences pour assurer cette mission.

## références

- 1 Magny JF, Voyer M. Néonatalogie, pronostic des prématurissimes. *Pédiatrie pratique, le mensuel du pédiatre* 1996 ; 77 : 1-4.
- 2 Marret S, Marpeau L. Grande prématurité : risque de handicaps neuropsychiques et neuroprotection. *Journal de gynécologie-obstétrique* 2000 ; 29 : 373-84.
- 3 INSERM Expertise collective. Grande prématurité : dépistage et prévention du risque. Paris : Éditions Inserm ; 1997.
- 4 Marret S, Marpeau L. Séquelles sensorielles de la grande prématurité. *Médecine thérapeutique et pédiatrie* 2000 ; 3.
- 5 Vaivre-Douret L. Précis théorique et pratique du développement moteur du jeune enfant. Paris : Elsevier ; 1997.
- 6 Grenier A. Prevention of muscle shortening and osteo-cartilaginous deformities of brain damage infants while in the neonatal intensive care unit. In : Amiel-Tison C, Stewart A, Ed. *The newborn infant, one brain for life*. Paris : Inserm publications ; 1994. p. 175-83.
- 7 Vaivre-Douret L. Influence de l'expérience posturale (DV) sur le développement et l'organisation de la motricité chez le nourrisson. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 1994 ; 1 : 34-44.
- 8 Vaivre-Douret L. Éveil corporel et confort du nouveau-né prématuré. *Le journal des professionnels de l'enfance* 2001 ; 11 : 33-6.
- 9 Thomas N. Prise en charge de l'enfant prématuré : approche psychomotrice. *Évolutions psychomotrices* 2000 ; 12 : 85-94.
- 10 Herbinet E, Busnel MC. L'aube des sens, collection les cahiers du nouveau-né. Paris : Stock ; 2000.
- 11 Field T. Le massage du nourrisson une nouvelle thérapie ? *Médecine et enfance* 1994 ; 4 : 228-31.
- 12 Winnicott DW. Processus de maturation chez l'enfant. *Développement affectif et environnement*. Paris : Payot ; 1970.
- 13 Beverina M, Rotenberg L. De l'interaction à l'interrelation entre une mère et son nourrisson. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 1988 ; 7 : 414-22.
- 14 Binet G. Prématurité et rupture du lien mère-enfant, la naissance inachevée. Paris : Gaétan Morin Éditeurs Europe ; 2000.
- 15 Delassus S. On ne naît pas mère, on le devient. *Enfants d'abord* 1995 ; 188.

## pour en savoir plus

- Alonso S. Dépistage et prévention dès la néonatalogie : une place pour la psychomotricité. *Évolutions psychomotrices* 1996 ; 31 : 33-8.
- Amiel-Tison C, Grenier A. La surveillance neurologique au cours de la première année de la vie. Paris : Masson ; 1985.
- Beyssac-Fargues C, Syfuss-Arnaud S. Le bébé prématuré, l'accueillir, le découvrir, le soutenir. Paris : Albin Michel ; 2000.
- Brazelton B. L'approche préventive du nouveau-né à risque, l'intervention précoce, quel sens a-t-elle ? *Pédiatrie* 1990 ; 45 : 491-503.
- Druon C. À l'écoute du bébé prématuré. Une vie aux portes de la vie. Mayenne : Aubier ; 1996.
- Gauberti M. Mère-enfant. À corps et à vie. Paris : Masson ; 1993.
- Kreisler L, Soulé M. L'enfant prématuré. In : Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, Ed. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Tome II, 1893-1915*, Paris : PUF ; 1995.
- Pisaturo C, Contegno P, Sodini G. Effects of early rehabilitation treatment on neurological development and cognitive and perceptual-motor functions of preterm infants at risk. *Minerva Pédiatrie* 1990 ; 42 : 281-9.
- Relier JP. Adrien ou la colère des bébés. Paris : Éditions Robert Laffont ; 2002.
- Saint-Anne D'Argassies S. Le développement neurologique du nouveau-né à terme et prématuré. Paris : Masson ; 1974.
- Voyer M, Magny JF. Prématurité, le préterme. Paris : Elsevier ; 1998.