

ACCORDS MERE-BEBE

Harmonisation par la posture

XXIII^o Rencontre nationale de Périnatalité

Béziers 12 Avril 2013

Mère et bébé éprouvés par la naissance n'ont qu'un rêve : se découvrir dans la tendresse et la proximité. Cependant, très tôt, parfois cela ne marche pas : le bébé est tendu, raide, donne des coups de tête quand on le prend, refuse de se lover, régurgite....Parfois, il faut utiliser les techniques pour fléchir les membres des grands polyhandicapés pour y parvenir !!!Comment, croiser le regard de ce nourrisson ? Comment créer des liens avec lui ?

Nous parlerons de l'installation du bébé.

Nous aborderons :

- L'historique,
- Les bases théoriques,
- l'expérience clinique,
- les consignes thérapeutiques.

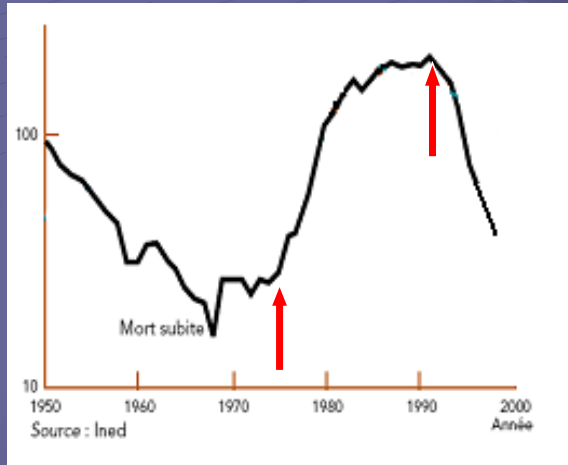
HISTORIQUE :

1. Les modes :

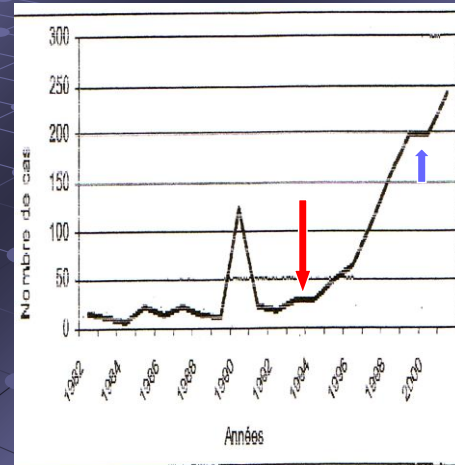
Le bébé humain est le plus démuné de tous les mammifères: il met entre 9 et 20 mois pour acquérir la marche autonome. Il est totalement dépendant de l'adulte durant les premiers mois et la façon de l'accueillir, de le coucher varie selon les cultures et a changé au cours du temps chez nous. En 1941, on préconisait le couchage en décubitus latéral, en 1975, pour éviter la mort subite inexplicée du nourrisson, les consignes étaient le coucher en décubitus ventral. En 1994, décubitus dorsal ou latéral, en 2005, en décubitus dorsal uniquement.

La position de couchage a des conséquences sur le développement ultérieur du bébé, comme en témoignent ces courbes: le décubitus dorsal s'est accompagné d'une recrudescence +++ des plagiocéphalies alors que le décubitus ventral s'accompagnait d'anomalies positionnelles des pieds et/ou des hanches.

Prévention de la mort subite du nourrisson et Plagiocéphalie posturale



Évolution du taux de MSN de 1950 à 1998 (INED)



Évolution démographique des P.P. entre
1982 et 2002
(Pédiatrie pratique n°155 fev 2)

1. Albert Grenier:, médecin chef d'une unité de soins intensifs néonataux et spécialistes d'enfants IMC (infirmes moteurs cérébraux), le premier a préconisé l'installation en position fœtale lors de l'hospitalisation en unité de soins intensifs, pour éviter la position en « grenouille écrasée » du bébé en souffrance, écrasé par la pesanteur

Il a prouvé que cette installation avait des conséquences au niveau orthopédique sur la construction des hanches des bébés porteurs d'IMC : ils n'étaient plus en ciseaux.

BASES THEORIQUES

Le développement de l'enfant : travaux du Pr Bullinger.

In utero, le bébé est en position d'enroulement, fortement contenu dans son enceinte par la paroi utérine et la paroi abdominale de la maman. La naissance entraîne la perte de l'enroulement et de l'alimentation en continu. Le bébé doit acquérir une autonomie respiratoire et devenir actif dans son alimentation. Il doit fabriquer de l'enroulement pour compenser la perte de l'arrière-fond. Mais le bébé naissant est sous équipé pour cela. Il n'est plus du tout contenu et ne demande qu'à partir en extension jusqu'au plan du lit et là, joue contre le plan du lit, il lui est beaucoup plus difficile de tourner sa tête. C'est le milieu humain qui va devoir suppléer et il faudra environ 5 à 6 mois de vie pour fabriquer l'équilibre antéro-postérieur.

Le nouveau-né a des creusets posturaux : au départ il a trois postures à sa disposition:

- une posture symétrique avec hypotonie du tronc et hypertonie des membres qui favorise l'espace oral et le porter à la bouche, des mains au départ
- Deux postures asymétriques en escrimeur : « assymétric tonic neck posture » de Casaer (1979) qui déterminent une répartition tonique particulière avec tonus plus élevé du côté de la rotation de la tête et placement de la main dans la zone focale avec asymétrie des champs visuels. L'appui ischiatique se fait sur le côté occipital. Elles favorisent l'orientation sur d'autres objets, sont plus stables au niveau respiratoire, évitent les fausses routes. L'entrée visuelle est plus importante et l'œil est surtout au service de la posture par sa fonction périphérique de flux.

La construction de l'axe corporel se fait par passage actif d'une position à l'autre. La construction de l'espace de préhension se réalise par unification des espaces droit et gauche. C'est une condition pour que la vision ne soit plus essentiellement au service de la posture mais soit instrumentée, c.à.d. que l'œil puisse jouer pleinement son rôle d'analyseur d'images. En pathologie, il existe des strabismes « posturaux » qui régressent en changeant la position du bébé.

Pour ces constructions, deux éléments importants :

- la posture en flexion et la nécessité de donner un arrière-fond au bébé
- les flux visuels

EXPERIENCE CLINIQUE :

1. Le syndrome postural du prématuré :

A partir d'une triple expérience auprès d'enfants IMC, de grands prématurés et d'enfants dyspraxiques, nous avons décrit le syndrome postural du prématuré qui associe :

- asymétrie du tonus axial avec prédominance des extenseurs, rétropulsion des MS, équin, extension des gros orteils,
- de langue collée au palais gênant l'introduction de la tétine du biberon,
- de régurgitations,
- de reflux gastro-œsophagiens,
- de bronchiolites de déglutition,
- de « coliques » avec difficultés à faire des selles, voire de constipation,
- de troubles du sommeil...
- parfois de strabisme « postural »

Plus tard, l'étude du devenir neuro-développemental des anciens prématurés testés vers 5 ou 6 ans révèle, pour plusieurs auteurs, des difficultés au niveau du QI performances, de l'attention, du graphisme, des poursuites oculaires. Nous avons remarqué que certains enfants, anciens prématurés, dyspraxiques, avaient une difficulté à franchir leur médiane corporelle, avaient tendance à privilégier leur fonction visuelle périphérique aux dépens de leur fonction focale, avaient conservé des asymétries des champs attentionnels...

Nous avons émis l'hypothèse que ce **syndrome postural du prématuré** aurait des conséquences qui seraient différentes en fonction de la période.

La prédominance des extenseurs du prématuré ne pourrait-elle pas être induite par la position en « frog lying »?.

Le Bébé né à terme a un fort tonus de flexion. Tous ses mouvements in utéro se sont renforcés contre la résistance des parois utérine et abdominale. Ses mains restent proches du visage et, si tout va bien il va apprendre tout seul à tenir sa tête en la tournant dans de bonnes trajectoires de mouvements. Comment le bébé écrasé par la pesanteur pourrait-il découvrir ses deux mains quand elles restent situées très latéralement sur le plan du lit, ? Comment pourrait-il trouver l'énergie pour tourner sa tête qui repose sur le plan du lit en position extrême ?

En période néo-natale, tout se passe comme si les muscles du bébé s'exprimaient en fonction de sa posture. Le bébé écrasé par la pesanteur, le regard au plafond, les membres reposant sur le plan du lit, mettrait en jeu la chaîne musculaire postérieure. Cet « écrasement » mettrait en tension le corps, modifiant profondément les conditions physiologiques observées chez le bébé né à terme, caractérisé par son tonus de flexion. Ce tableau clinique de « foetus en mauvaise posture »(Grenier.A.), présentait d'étranges similitudes avec celui de l'enfant porteur de polyhandicap, comme lui, incapable de tenir sa tête de façon automatique et durable. Le prématuré, incapable de maintenir sa tête en position fléchie, physiologique, se retrouverait dans la même situation avec ses risques de fausses routes, son schème en extension et ses troubles de la déglutition. Cette extension du prématuré ne pourrait-elle pas expliquer la langue au palais, l'équin, l'extension des gros orteils, la fréquence des reflux gastro-oesophagiens ...?

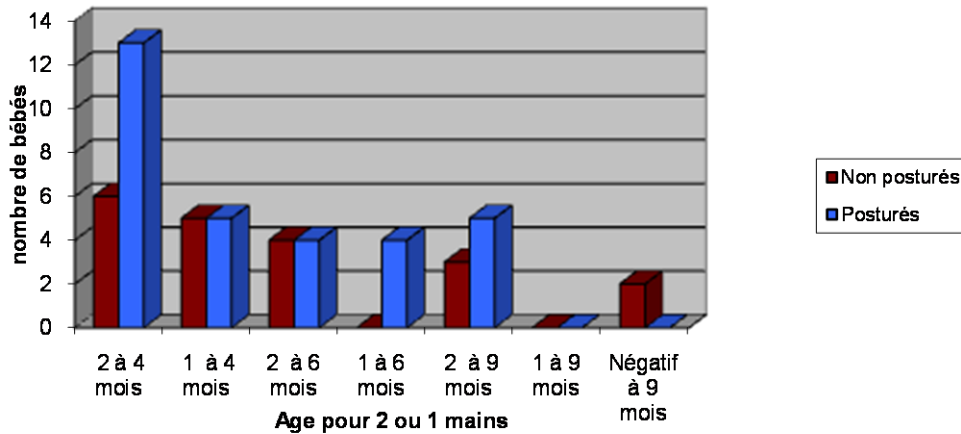
Cette posture, favorisant l'asymétrie de champs attentionnels, ne pourrait-elle pas participer à la genèse des difficultés praxiques qui ne s'exprimeraient que plus tard, qui ne deviendraient décelables que lorsque l'enfant commencerait à acquérir des savoir-faire ? Cette posture qui situe les mains très latéralement ne les offre pas souvent au regard. Le regard sur la main ne pourrait-il pas constituer le premier point d'ancrage attentionnel du bébé ?, la première base du graphisme ?

2. Les effets du « cocon »

En Mars 2000 pour un congrès à Lyon, nous avons réalisé une étude sur les compétences visuelles des bébés dont je joins quelques résultats : ,

Si nous étudions les performances des bébés en fonction de leur positionnement (ce que nous appelons « posture », c'est l'installation du bébé en nid).

AGE DU REGARD SUR LA MAIN EN FONCTION DE LA POSTURE 51 bébés



Pour ceux posturés jusqu'à 4 mois ou plus : 31

- 22 regardent leurs 2 mains,
- 9 ne regardent qu'une main

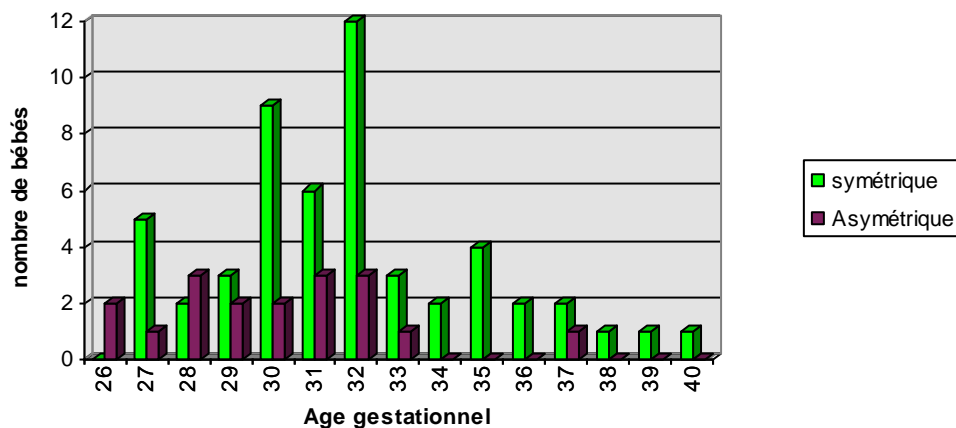
Pour ceux non posturés ou uniquement à l'hôpital : 20

- 13 regardent leurs 2 mains,
- 5 ne regardent qu'une main.
- 2 ne regardent pas leurs mains à 9 mois.
- 2 ne regardent pas leurs mains après 9 mois.

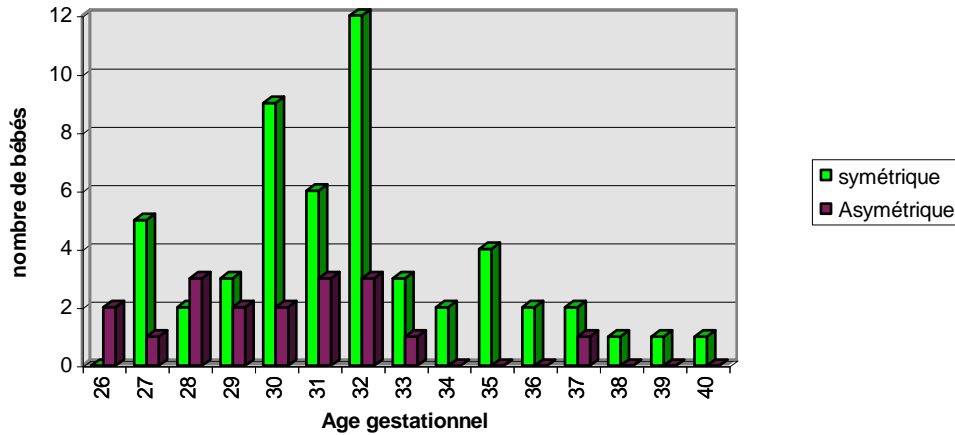
Tous les bébés « posturés » regardent leurs mains avant 9 mois.

Ceux qui ne regardent jamais leurs mains n'ont pas été « posturés ».

AGE GESTATIONNEL ET SYMETRIE DES REPONSES 71 bébés



AGE GESTATIONNEL ET SYMETRIE DES REPONSES
71 bébés



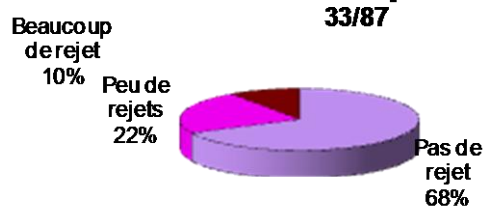
Si nous étudions , par AG les 2 groupes, nous remarquons que **c'est parmi les bébés les plus prématurés que les réponses unilatérales sont les plus fréquentes**. Le bébé ne regarde qu'une seule main

L'influence de la posture est nette au niveau des rejets.

Bébés non posturés.
 12/87
 fréquence des rejets



Bébés posturés jusqu'à 4 mois ou plus.



En conclusion le positionnement du bébé en position foetale jusqu'à 4 mois d'AC permet au bébé prématuré de faire l'expérience du regard sur la main, dans l'espoir (qui reste à prouver) de minimiser les conséquences de la prématurité au niveau scolaire. Mais L'adhésion de la majorité des Parents à cette consigne lorsqu'elle est expliquée et le confort des bébés est déjà une réponse et une invitation à leur procurer à tous ce confort.

L'HARMONISATION PAR LA POSTURE :

Chez le grand prématuré, tout va être mis en œuvre pour permettre à l'enfant de se construire dans les meilleures conditions. Cette expérience concerne d'abord les grands prématurés. Nous allons associer :

1. l'installation en position foetale, telle que l'a préconisée le Dr Grenier mais **poursuivie jusqu'à 4 mois d'AC**, à l'aide de mousses creusées, de boudins fermes en forme de nid, de calage dans un maxi-cosi.... Pour varier les postures et les rendre asymétriques en conservant l'enroulement, on peut mettre une cale latérale sur un côté de la mousse, alternativement à droite et à gauche
2. Proposition de petits exercices simples : toucher le pied gauche avec la main droite et vice-versa,...
3. la suppression de toutes les situations qui sollicitent les muscles extenseurs :
 - interdiction absolue de solliciter l'appui sur les pieds, dans une position érigée ou lors d'un déplacement en décubitus dorsal.
 - pas de décubitus ventral sans soutien thoracique,
 - **pas d'appui sur la nuque** lorsque l'enfant se met en opisthotonos... mais la **flexion** des hanches et la sollicitation active des fléchisseurs : attirer le regard vers le bas, par des flux, par des objets, par les visages, situer les mobiles au dessus de l'abdomen ou des pieds et non du visage...
 - mettre le bébé en décubitus latéral avant de le prendre.... la position latérale asymétrique étant meilleure avec une répartition asymétrique du tonus, avec un meilleur tonus, plus important du côté où la tête est tournée.
 - Interdiction du trotteur ou du « youpala »
4. La symétrisation des champs attentionnels par l'utilisation de flux visuels, par le « quatre pattes », par l'utilisation du « jouet-porteur qui impose la position des deux mains devant le regard pour se tenir sur l'outil de déplacement.....
5. le respect des différentes étapes de la maturation posturale c.à.d. d'attendre que l'enfant se mette seul en position debout en prenant un appui non humain objet pour le faire marcher

Pratiquement, jusqu'à 4 mois d'AC, il s'agira de l'installation en posture et de l'utilisation des flux visuels avec conseils aux Parents .

Après 4 mois d'AC :

- Si le bébé a rempli le contrat de tenir sa tête de façon harmonieuse dans tous les plans de l'espace et de regarder ses 2 mains, l'« accompagnement » parental continue en favorisant le passage ultérieur par la position du « quatre pattes », en proposant le jouet-porteur sous haute surveillance et en déconseillant fermement le « youpala ».
- si la prédominance des extenseurs persiste en confiant l'enfant à un kinésithérapeute spécialisé avec pour seul objectif de normaliser le tonus, en faisant travailler le plan antérieur (ou en le confiant à un CAMSP si il s'avérait porteur de handicap). Dans ce

cas, pour le décubitus ventral, un « boulégon », petite aide technique de coussin ventral solidaire d'un body peut être proposé.

2. Chez le bébé né à terme et bien portant :

Ce n'est que lors du sommeil que le tonus se relâchant, le bébé en décubitus dorsal va se retrouver en position extrême, bras en chandelier (« voyez comme il est « zen » disent les parents), tête reposant sur le plan du lit, favorisant les plagiocéphalies et pénalisant les rotations de la tête. La durée du couchage en « nid » sera beaucoup plus courte et, en tout cas, rapidement uniquement réservée aux périodes de sommeil. En effet, la position en cocon favorise une posture symétrique qui privilégie la zone orale, la salivation et les mains à la bouche. Il faut que le bébé puisse expérimenter les positions asymétriques et les passages d'une position à l'autre pour construire **activement** son axe corporel.

En conclusion, ce cocon n'est pas une recette ou un gadget à offrir aux mamans. Il doit être accompagné. En effet, le réglage est individuel. L'enroulement doit être bien dosé pour mettre le bébé en situation de confort mais « actif » : trop coincé, il ne pourra pas expérimenter les rotations de tête, les variations actives de tonus... Trop fléchi, il pourra avoir des pressions sur l'abdomen et présenter des rejets, avoir une gêne respiratoire...

Il faudra aussi, en particulier pour les moments de veille, savoir l'en sortir.

Pour terminer, Madame Salducci, kinésithérapeute au CAMSP de l'hôpital Nord, a été impressionnée par les bénéfices relationnels de cette éducation motrice, posturale, à tel point que nous avons édité un recueil à l'attention des parents des prématurés qui, bien qu'un peu technique insiste sur la création du lien que la prématurité maltraite.

Je terminerai par son poème à l'attention du bébé en couveuse:

**Mon tout petit, si démuni,
Mon tout bébé, trop vite né...
Ce nid douillet pour te lover,
Te calmera, te bercera...
Prends donc le temps d'être plus grand.
Maman attend très tendrement
De t'embrasser de te serrer.
Et très bientôt mon doux poupon
Enfin ensemble nous serons !**

BIBLIOGRAPHIE

- *AMIEL-TISON C.* L'évaluation clinique a-t-elle encore une place dans l'unité de soins intensifs ? Exemple de l'analyse du tonus axial. In *L'enfant nouveau-né. Un cerveau pour la vie.* Les éditions INSERM. 1995
- *BULLINGER A.* : Vision posture et mouvement chez le bébé. Approche développementale et clinique. « Du nouveau-né au nourrisson, Paris, PUF, 1991, p. 47-61
- *BULLINGER A.*(1996). Le rôle des flux sensoriels dans le développement tonico-postural du nourrisson. *Motricité cérébrale*, 17,21-32.
- *BULLINGER A.* : la genèse de l'axe corporel, quelques repères. *Enfances*, 1988, vol. 50, 1, p.26-34
- *BURGUET A ;, MONNET E ;, ROTH P., HIRN F ;, VOUILLAT C., LECOURT-Ducret M., FROMENTIN C ;, DORNIER L.,HELIAS J,CHOULOT M ;J ;, ALLEMAND H.,MAILLET R.,MENGET A ; :* Devenir neurodéveloppemental à cinq ans des prématurés nés avant 33 semaines d'aménorrhée et indemnes d'infirmité motrice cérébrale. *Arch Pédiatr* 2000 ;7 :357-68.
- *C NJOKIKTJIEN ;*Les survivants apparemment normaux : aspects neuro-comportementaux à l'âge scolaire. In *L'enfant nouveau-né. Un cerveau pour la vie.* Les éditions INSERM. 1995
- *FERAUD C* : Syndrome postural du prématuré : clinique et prévention. Strasbourg. 10 Mai 2003. Réunion de pédiatrie Alsacienne.
- *FERAUD C ;*Le bilan d'habileté visuelle des premiers mois de la vie.
- *FERAUD C.* : Les principes d'éducation motrice du bébé à risque. *CMNETIMOC.* Saint Etienne.18 Mai 2001.
- *FLEHMIG I., :* Le développement normal du nourrisson et ses variations. *Diagnostic précoce et traitement.* Masson1993.
- *GRENIER A.*1988 : Prévention des déformations de la hanche chez le nouveau-né à cerveau lésé. *Maladie de Little sans ciseaux ? » Annales de Pédiatrie, Paris, 35, 6, p 423-427.*
- *HAAG Geneviève.* Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psychomotrices dans la première année de la vie. *Neuro-psychiatrie de l'enfance*, 36,1-8).
- *LACERT P* :Les troubles opto-moteurs de l'ancien prématuré. *Corrélations cognitives et perspectives thérapeutiques .Motricité cérébrale.* 1991 12 .p 62 à 67.
- *LACERT P.* Dyspraxie de l'ancien prématuré et troubles optomoteurs. *Journées internationales du CDI.* 26 Novembre 1999..

Chantal FERAUD-SERRES
Médecine physique et réadaptation
MARSEILLE
Chantal.feraud1@orange.fr

Un soir à 19 heures, c'est ce qui m'est arrivé avec un bébé de 4 mois, né à 28SA. J'ai creusé mon premier nid, ai conseillé d'installer le bébé le lendemain, sous surveillance car il ne pouvait pas s'en sortir seul en cas de problème, l'ai convoqué dans 15 jours et ai très mal dormi, m'imaginant aux Baumettes.