

LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT DE 0 A 4 ANS

Carine MARCELLIN

UE 1.1 S1

Psychologie/Sociologie/Anthropologie

Promotion 2024-2027 (octobre 2024)

PLAN



1. Les réflexes archaïques
2. Le développement psychomoteur
3. Le sommeil
4. La maturation du cerveau
5. Développement des relations précoces
6. Signes d'alerte de troubles de la communication dans l'interaction
7. Signes d'alerte des troubles de la motricité et du tonus

PLAN (suite)



8. La maltraitance infantile

8.1 : définition

8.2 : conséquences majeures

8.3 : Recommandations

8.4 : Recommandations et informations pratiques sur 2 situations particulières selon l'HAS

9. Chaque étape du développement psychomoteur comporte des risques spécifiques

A partir de 3 mois jusqu'à l'âge de 4 ans

1. Les réflexes archaïques (ou primaires)



Définition

Automatisme moteur provoqué chez le nouveau-né, né à terme par divers stimuli.

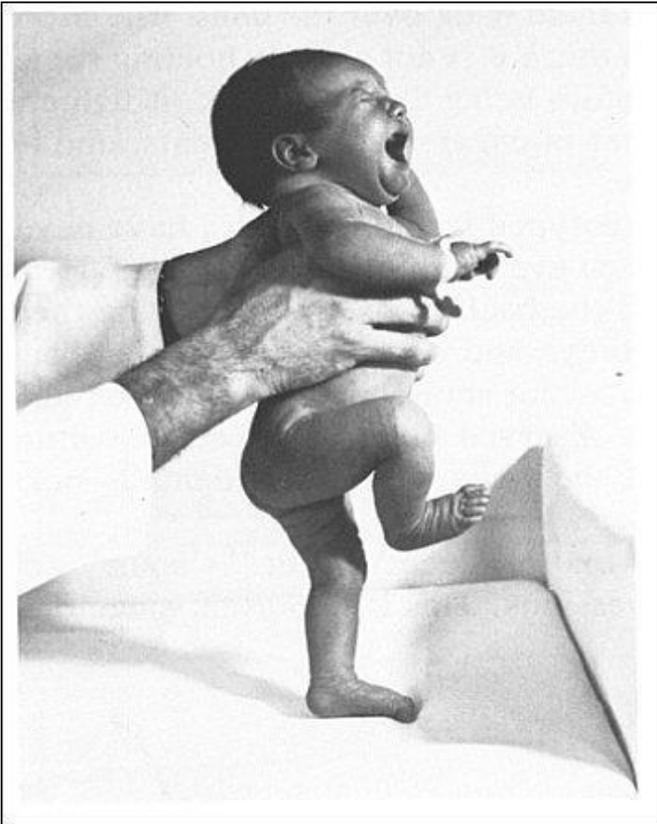
Réflexes archaïques → témoins de l'intégrité :

- de la maturation du système nerveux du nouveau-né
- du tonus musculaire

≠ des réflexes de survie : à l'origine de la survie et de l'autonomie du nouveau-né (exemples : succion, déglutition, fuissement, réflexe de respiration, réflexe palpébral)

Réflexes archaïques (exemples)

Réflexe de la marche automatique



Réflexe de Moro ou réflexe d'embrassement



Exemples réflexes archaïques...



- Réflexe de grasping ou de pseudo-préhension
- Réflexe qui disparaît autour de 3 ou 4 mois.

Réflexe archaïque : Babinski



- **Définition de Mr Joseph Babinski (médecin du 19^{ème} siècle) :**

« L'élévation lente et majestueuse du gros orteil après stimulation du bord externe de la plante du pied ».



- **Réponse motrice :**

→ étirement des orteils en éventail
→ rétraction des orteils lorsque la plante des pieds est stimulée

- Les réflexes vont peu à peu disparaître pour faire place à des comportements volontaires.
- Si non disparition de l'un des réflexes archaïques :
Examen neurologique proposé par le pédiatre à la recherche d'une éventuelle lésion cérébrale

2. Le développement psycho-moteur

AGES	Motricité - Postures	Préhension	Langages	Compréhension générale
Naissance	<p>Maintien de tête inexistant</p> <p>Réflexe de succion / des points cardinaux : orientation de la tête du côté de la zone excitée</p> <p>Réflexe marche automatique : tenu en position verticale d'1 main ds région thoracique : redressement des membres inférieurs et du tronc puis penché en avant ébauche de pas.</p> <p>Réflexe de Moro (d'embrasement) : enfant en décubitus dorsal est soulevé de quelques cm par les 2 mains, puis lâché brusquement. Retombe en écartant les mbres sup et en étendant jambes. Bras se replient vers sa poitrine en exécutant 1 mouvement d'étreinte.</p> <p>Réflexe d'extension croisée : stimuler la plante des pieds : Fléchissement puis extension du membre inf opposé pour tenter de repousser la source de stimulation.</p>	<p>Grasping ou réflexe archaïque d'agrippement est très présent.</p>		<p>Echanges émotionnels entre la mère et le nourrisson indispensables pour permettre un développement psychomoteur harmonieux</p>
2 Mois	<p>Mouvements d'ensemble avec bras et jambes qui deviennent plus souples. Suit du regard.</p>	<p>Mains sont assez souvent ouvertes.</p>	<p>Emet quelques vocalises qui traduisent un état de bien-être et elles sont les mêmes pour tous les bébés du monde entier.</p>	<p>Sourire social.</p>
3 Mois	<p>Intérêt pour son corps : regard de la main. Position ventrale : redresse la tête de 45° à 90°, prend appui avant-bras.</p>	<p>Observe les objets avec intérêt et envie mais ne peut les saisir lui même. Tient un jouet mis dans sa main quelques secondes : préhension au contact.</p>	<p>Age des gazouillis (vocalise prolongée). Il "parle" beaucoup lorsqu'on lui parle.</p>	
4 Mois	<p>Tenue tête acquise. Roule du dos sur le côté.</p>	<p>Réunit ses mains lorsqu'il joue. Se sert indifféremment d'1 main ou de l'autre. Joue avec un hochet placé dans sa main, le secoue mais le perd souvent.</p>	<p>Rit aux éclats. Gazouille beaucoup.</p>	<p>Tend les bras adulte maternant.</p>
5 Mois	<p>Tiré assis : participe activement à ce mouvement. Position dorsale : mouvements de pédalage. Joue avec ses pieds.</p>	<p>Préhension volontaire apparait. C'est 1 préhension cubito-palmaire globale encore imprécise. Enfant porte l'objet tenu à sa bouche.</p>		<p>Sourit à son image dans le miroir.</p>

<p>6 Mois</p>	<p>Assis : position de tripode ou trépied. Se retourne dos-ventre. Position ventrale : se relève sur les mains. Maintenu debout : stade du sauteur : adore sautiller.</p>	<p>Préhension volontaire globale est bien acquise. Quand jette un objet : regarde où il est tombé et essaie de le récupérer.</p>	<p>Age des lallations. Babille. « a-reu ».</p>	<p>Tend les bras pour être pris. Manifeste son désir et son mécontentement. Début peur du visage étranger.</p>
<p>7 Mois</p>	<p>Assis sans soutien, il tend les mains vers l'avant pour éviter de tomber : stade du parachutisme. Position dorsale : saisit ses pieds et suce ses orteils. Prend connaissance de son corps. Se retourne dans les 2 sens.</p>	<p>Peut lâcher un objet lorsqu'il le désire : relâchement volontaire global. Passe les objets d'une main à l'autre et les frappe violemment entre eux ou sur la table.</p>	<p>Syllabes : ba, da, ka</p>	<p>Il imite les actes simples. Il répond à l'appel de son prénom.</p>
<p>8 Mois</p>	<p>Tient assis seul et modifie sa posture pour attraper un objet. Position ventrale : peut soulever son corps tenu uniquement par les mains et pointes des pieds. Peut se déplacer en utilisant les retournements</p>	<p>Index commence à jouer un rôle plus précis : il se délie.</p>	<p>Imite les sons et combine les syllabes.</p>	<p>Comprend la signification du "non"</p>
<p>9 Mois</p>	<p>Assis, il pivote sur les fesses. Position ventrale : apprend à ramper. Se met debout en se tenant aux meubles, au parc. Tient quelques instants puis tombe.</p>	<p>Compare 2 cubes en les réunissant. Préhension en pince supérieure</p>	<p>Apparition des premiers mots. La plupart du temps, il s'agit de syllabes doublées.</p>	<p>Période de l'angoisse de séparation Apprend à tendre un objet à ses parents : dans un premier temps refuse d'abandonner le jouet et dans un deuxième temps il le donne. Réagit aux mots familiers</p>
<p>10 Mois</p>	<p>Il marche à 4 pattes</p>	<p>Pince supérieure plus fine : objet est saisi entre la partie distale du pouce et l'index</p>	<p>Utilise des monosyllabes ou des syllabes redoublées. Comprend le sens général de la phrase et fait le geste pour accompagner le mot. Utilise papa, maman de façon appropriée.</p>	<p>Tire sur les vêtements pour attirer l'attention. Il fait "au revoir" et "bravo" Il aime introduire et retirer un objet d'une boîte : c'est la notion de contenant et de contenu.</p>

12 Mois	<p>Début des premiers pas tenu par les mains d'un adulte. Debout se baisse pour ramasser un objet.</p>	<p>Il aime pointer son index inquisiteur vers les objets.</p>	<p>Langage global significatif : il s'agit de mots phrase.</p>	<p>Il aime emboîter les objets les uns dans les autres : jeux gigognes. Commence à empiler. Il peut envoyer une balle à l'adulte qui joue avec lui. Il peut comprendre la signification de phrases simples.</p>
15 Mois	<p>Il marche seul et monte l'escalier à 4 pattes. Il se met debout seul sans appui.</p>	<p>Il sait tourner les pages d'un livre mais saute plusieurs pages en feuilletant.</p>	<p>Entre 15 et 24 mois, il perfectionne le langage global significatif. Vocabulaire 4 à 6 mots.</p>	<p>Il aime renvoyer, pousser Il aime remplir, vider. comprend un ordre simple sans geste.</p>
18 Mois	<p>Il monte et descend les escaliers. Il commence à courir .</p>	<p>Il peut pousser un ballon. Il peut manger seul.</p>	<p>Jargon mature. Vocabulaire 7 à 20 mots.</p>	<p>Il imite les adultes dans les tâches domestiques. Il sait désigner 2 à 3 parties de son corps. Il comprend 1 à 2 ordres donnés et les exécute. Il s'intéresse aux livres d'images et sait désigner 1 à 2 images. Il peut être propre le jour.</p>
2 ans	<p>Les gestes et les enchaînements se précisent : il court plus vite, tourne...</p>	<p>Il a acquis une grande souplesse du poignet et une bonne rotation de l'avant-bras</p>	<p>Explosion du vocabulaire. Il parle constamment Il fait des phrases explicites et abandonne le jargon du langage global.</p>	<p>Il nomme 4 à 5 images. Il peut compter jusqu'à 3 - 4. Il est capable de placer 3 à 4 éléments d'un puzzle correctement.</p>
3 ans	<p>Il monte et descend les escaliers comme un adulte (alterné). Il saute la dernière marche de l'escalier (par jeu). Il saute sur 1 pied et peut maintenir l'équilibre sur 1 pied quelques secondes. Il conduit 1 tricycle.</p>	<p>Il peut s'habiller seul et très souvent sait utiliser boutons et fermeture éclair. Début du bonhomme têtard. Il fait une tour de 10 cubes.</p>	<p>C'est l'éclosion du vocabulaire, l'avalanche de questions aux parents : pourquoi? Sa soif de mots est intarissable. Peut raconter une petite histoire avec des phrases comportant trois mots dont un sujet utilise « je, moi » de façon appropriée</p>	<p>Il connaît quelques chansons enfantines Il sait compter jusqu'à 10. Il peut nommer 8 images et 8 parties de son corps. Il répond à 3 ou 4 ordres donnés à la suite. Il a une maîtrise des shincers anal et vésical (propreté totale). Il dit son nom, son âge et son sexe.</p>
4 ans	<p>Il pédale bien avec une bicyclette sans roues latérales. Il monte et descend de voiture.</p>	<p>Il peut boutonner ses vêtements complètement. Il construit des ponts de cubes. Il cope un carré.</p>		<p>Il pose des questions sur sa taille. Il sait reconnaître quel est le plus large de 2 traits. Les notions de haut, bas, petit, grand sont acquises. Il s'interroge sur hier, demain, pareil, pas pareil, quand et comment. Les phrases sont constituées.</p>

Les facteurs favorisant le développement psychomoteur



- La qualité des échanges émotionnels entre la mère, le père, l'enfant et l'environnement :

L'activité motrice est stimulée. Pour que le développement psychomoteur de l'enfant soit harmonieux, il est nécessaire que l'enfant se sente bien et qu'il éprouve du plaisir.

Qualité des échanges émotionnels
= signes de confort du bébé



Solliciter les sens du nouveau né pour établir une relation

Le toucher permet l'intégration et la représentation interne du schéma corporel

Le Maternage : technique de manipulation et portage doux et enveloppant, favorise le contact, le bercement, le peau à peau

Recommandation du peau à peau :

Pratiquer de façon ininterrompue et prolongée, durant au moins une heure à la naissance, si l'adaptation à la vie extra-utérine est satisfaisante.

Règles de sécurité à respecter +++

Règles de sécurité à respecter pour installer le bébé et sa maman (ou son papa) lors du peau à peau



- Mère légèrement redressée
- Bébé à plat ventre contre sa mère/son père
- Tête du bébé tournée sur le côté
- Visage du bébé, bien visible et non enfouie
- Nez/bouche du bébé bien dégagés, non recouverts
- Cou du bébé non fléchi
- Bébé porte une couverture sur le dos
- Surveillance régulière de la couleur et du comportement du bébé
- Ne pas laisser bébé/maman ou papa seuls si elle s'endort ou risque de s'endormir
- Si personne ne peut rester avec eux, surveiller fréquence cardiaque et saturation du bébé

Bénéfices du peau à peau en maternité



- Moins de pleurs et de grimaces chez le nouveau-né
- Meilleure adaptation cardio-respiratoire chez le nouveau-né
- Meilleure thermorégulation chez le nouveau-né
- Amélioration des interactions mère/père-enfant
- Augmentation des taux d'allaitement qui passe de 78 à 85% en 9 mois
- Involution utérine facilitée et moindre risque hémorragique
- Soutien aux compétences neuro-comportementales et d'auto-régulation du nouveau-né

Laurence GIRARD puéricultrice (2015)

Le HOLDING : portage physique et psychique



- Concept introduit par Winnicott, pédiatre Anglais.
- Traduction du terme « holding » par maintien ou portage en français
- Désigne l'ensemble des soins donnés à l'enfant par la mère et sa capacité à contenir ses angoisses à la fois sur le plan physique (le fait de porter dans les bras, de bercer etc.) et psychique (la capacité de la mère à penser les émotions de son enfant).
- Penser à une installation contenant pour le sécuriser.
Ex : change, pesée sur balance (pour le poser, fesse puis tête → pour le récupérer, tête puis fesse)

Le HOLDING: Favoriser l'emballage, le portage à bras pour certains bébés → portage physiologique pour préserver l'enroulement du bébé



Pratiques de maternage différentes dans le monde



Le Handling



- Le handling : façon dont il est manipulé lors des soins.
- Winnicott décrit l'importance de ces soins dans le développement psychique de l'enfant. En effet, la mère n'est pas un robot. Lorsqu'elle lave son enfant par exemple, elle le fait en le pensant d'une certaine manière.
- Prévention de l'hospitalisme : importance de l'échange émotionnel, affectif lors des soins prodigués au bébé.

Le HOLDING



- **L'environnement sonore**

- Chaque parent a sa signature vocale
- Les ondes sonores délimitent un espace
- Fonction contenant de la voix adressée au bébé : soins pratiqués avec une voix douce
- Les gargouillis, la fréquence cardiaque sont des bruits de fond qui vont l'apaiser

- **Le nouveau né reconnaît l'odeur et le goût du lait de sa mère**

Pour favoriser un environnement olfactif satisfaisant :

- Eviter parfum
- Eviter nicotine
- Développer le contact olfactif : proposer un T-shirt avec l'odeur de la mère lorsqu'elle a du mal à porter son bébé

Les soins de développement



- **Le confort et le bien-être du bébé favorisent :**
 - La poursuite d'un développement psychomoteur harmonieux
 - Le lien mère/bébé, père/bébé
- Réfléchir à une organisation pour des soins « individualisés » centrés sur l'observation du comportement du bébé, son autonomie et son rythme et non sur l'activité soignante



Les soins de développement :

Accorder une place aux parents pour **privilégier le lien d'attachement** : quête de protection, source de réconfort, base de sécurité pour le bébé.

<https://www.actionenfance.org/actualites/john-bowlby-et-la-theorie-de-l-attachement/>



Aider les parents à découvrir et connaître leur bébé par l'observation de ses compétences.



3. Le Sommeil

- A la naissance, la quantité de sommeil dépend du degré de maturité du cerveau. Plus celui-ci est immature, plus la durée du sommeil est important.
- Fabrication de l'hormone de croissance ++++ la nuit → somatotropine
- Respecter le sommeil
- Favoriser l'endormissement : respect des rites...
- Pendant les phases de réveil la nuit :
 - faire moins de bruit possible
 - limiter la luminosité pendant le biberon ou l'allaitement.
 - chuchoter en lui donnant à boire
 - ralentir un peu les gestes et mouvements

4. La maturation du cerveau



- Elle débute au niveau du tronc cérébral et descend progressivement jusqu'aux membres inférieurs, ce qui explique le sens des acquisitions motrices.
- Précautions par rapport à la tête :
 - Il ne sait pas la tenir (muscles cervicaux immatures)
 - Etre très vigilant lorsque le nouveau né est changé de position
- Trouver un juste équilibre dans les apprentissages → stimuler sans surstimuler.
- *L'inactivité est également utile car elle permet au cerveau de se reposer*". Christian Spitz, pédiatre.

<https://www.femmeactuelle.fr/enfant/enfants/surstimulation-quand-les-parents-en-font-trop-avec-leur-enfant-2071475>

5 pistes pour respecter le rythme de l'enfant

Selon Laurence Vaivre-Douret, neuropsychologue et psychomotricienne :

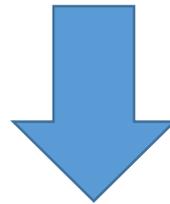
- 1 - Laissez-le libre de ses mouvements
- 2 - Incitez-le, sans le forcer, à se redresser.
- 3 - Evitez de lui faire exécuter des pas trop tôt
- 4 - Ne le chaussez pas trop vite.
- 5 - Variez les plaisirs

<https://www.enfant.com/bebe-0-3-ans/6-12-mois/avant-marche-5-conseils-pratiques-511>

5. Le développement des relations précoces



Pour mettre en évidence des signes d'alerte de troubles de la communication dans l'interaction



Utile de comprendre comment se développe les relations précoces du bébé ?

<https://www.psychologue-montpellier34.fr/2019/01/07/winnicott-la-m%C3%A8re-suffisamment-bonne/>

Donald W. Winnicott :
« Un bébé, ça n'existe pas »

*« Si vous voulez décrire un bébé vous vous apercevrez que vous décrivez **un bébé et quelqu'un d'autre**. Un bébé ne peut pas exister tout seul, il fait essentiellement partie d'une relation. »*

Donald W. Winnicott, **Le bébé en tant que personne**, in L'enfant et le monde extérieur. Le développement des relations. 1947.



« La fille du vent »
GIROFLA

Donald W. Winnicott :
« La préoccupation maternelle
primaire »



- C'est un **état d'empathie** de la mère qui **s'identifie plus ou moins consciemment à son nouveau-né** pour savoir ce dont il a besoin, comment le porter ("*holding*") et comment le traiter ("*handling*").



« Qu'est-ce qu'une mère suffisamment bonne » selon Winnicott

Après avoir souligné l'importance initiale de la préoccupation maternelle primaire, Winnicott insiste sur la nécessité que l'enfant puisse **faire l'expérience progressive de la frustration et du manque** afin de pouvoir **ressentir ses propres besoins**.



Un environnement trop bon qui ne laisserait pas la place à l'attente et comblerait instantanément tous les besoins priverait le bébé de la **possibilité d'éprouver des envies** et de **se manifester**.

6. Signes d'alerte de troubles de la communication dans l'interaction : pourquoi les dépister ?

https://www.vidal.fr/actualites/30417-depression-du-post-partum-plus-frequent-qu-39-on-ne-le-croit.html?cid=eml_002501

Dépression du post-partum (DPP) : plus fréquent qu'on ne le croit (12/10/2023)

- **Dépister une DPP est une priorité de santé publique : « En France, une mère sur 6 souffre de dépression du post-partum 2 mois après la naissance. »**

≠ du baby blues qui se manifeste entre les 2^{ème} et 5^{ème} jour après l'accouchement et dure tout au plus quelques jours.

6. Signes d'alerte de troubles de la communication : pourquoi les dépister ?

- La DPP est loin d'être exceptionnelle.
- Elle peut représenter un **danger pour la maman comme pour l'enfant.**
- Elle doit être dépistée systématiquement et déstigmatisée.
- Elle nécessite une **bonne connaissance des facteurs de risque.**
- Depuis le 1^{er}/07/2022 : **entretien postnatal précoce** proposé systématiquement. Réalisé par un médecin/sage-femme entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine après l'accouchement pour :
 - repérer les premiers signes de DPP
 - Identifier d'éventuels facteurs de risques qui exposent les parents à cette dépression
 - Évaluer les éventuels besoins de la femme ou du couple en termes d'accompagnement.

6. Facteurs de risque qui augmentent le risque de DPP

- L'absence de soutien du conjoint
- L'absence de soutien de l'entourage.
- ATCD dépressifs
- Survenue d'un événement stressant
- Vulnérabilité vis-à-vis de l'image sociale de la maternité idéale
- Nourrisson qui présente des comportements atypiques (peu tonique, peu dans l'interaction, peu vigilant)
- Dérèglements hormonaux parfois identifiés chez les mères souffrant de DPP

6. Signes d'alerte des troubles de la communication

- Observer et évaluer les réactions des parents comme celles du nourrisson :
 - Regard de la mère/père sur son bébé,
 - Portage du bébé pendant la tétée,
 - Façon dont la mère/père entre en relation avec son bébé,
 - Le sourire que le bébé lui répond dès le 2ème mois,
- Etre attentif au mal être du bébé : troubles de l'alimentation, du sommeil, du tonus.
- Peut traduire une symptomatologie en miroir de sa mère. Dépression maternelle = conséquences sur l'instauration des 1ers liens.

6. Signes d'alerte de troubles de la communication

- Absence de sourire réponse à 3 mois
- Absence de vocalises après 3 mois
- Un repli ou un manque d'intérêt de l'enfant aux stimulations habituelles (enfant très joueur dès l'âge de 6 mois)



Prémices du langage



- Dès 2 mois : bébé vocalise en réponse aux interactions de l'adulte. C'est le turn taking
 - Se développe jusqu'à 5 mois
- Entre 9 et 12 mois, les prémices du langage apparaissent sous forme de deux syllabes répétées : BaBa, TaTa
- En cas d'anomalie, il faudra tenir compte d'un éventuel trouble auditif ou sensoriel

Dépistage de la surdité permanente néonatale (Santé publique France 7/11/2019)



- Le dépistage de la surdité permanente néonatale consiste à réaliser des tests auditifs chez tous les nouveau-nés avant la sortie de la maternité.
- Le programme national de dépistage de la surdité a été lancé en novembre 2014. Avec un taux de 94%, l'objectif de 90% d'exhaustivité après deux ans de fonctionnement a donc été dépassé.
- Il a également été montré que **1,4% des nouveau-nés étaient suspects de surdité bilatérale avant leur sortie de la maternité.**

Dépistage de la surdité permanente néonatale (suite)



<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/surdite-permanente-neonatale-bilan-du-programme-national-de-depistage>

Utilité du test de dépistage supplémentaire effectué après la sortie de la maternité

Le rapport [Dépistage universel de la surdité permanente bilatérale néonatale Évaluation de son déploiement après deux années de fonctionnement en France](#) montre que le taux d'enfants suspects de surdité bilatérale néonatale passe de 1,4 à 0,9% après ajout de ce test. Ce dernier serait également utile pour capter les surdités qui, après la sortie de la maternité, auraient évolué d'une surdité unilatérale vers une surdité bilatérale.

7. Signes d'alerte des troubles de la motricité et du tonus musculaire

- 4 mois le maintien de la tête est acquis
- 8 mois: Tient assis seul
- 12 mois premiers pas
- 15 mois marche seul
- Tenue tardive de la tête (6 mois)
- Position assise tardive (1an)
- Absence d'acquisition de la marche au delà de 18/20 mois



- Troubles du tonus : signes potentiels de dépression

8. La maltraitance infantile



8.1 : Définition de la notion de maltraitance :

C'est « l'absence de réponse aux besoins d'ordre physique, psychologique et social de l'enfant et d'actes dirigés directement ou indirectement contre celui-ci. »

Hélie S, Clément ME. Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(26-27):520-5.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_2.html

8. La maltraitance infantile

8.2 : 3 Conséquences majeures :

La communauté scientifique, l'OMS reconnaissent la maltraitance infantile comme un sérieux problème de santé publique avec les conséquences éventuelles suivantes liées à la plus grande vulnérabilité des tout petits :

- socio-affectives et comportementales
- Physiques
- Neurobiologiques et cognitives

Hélie S, Clément ME. Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(26-27):520-5.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_2.html

8. La maltraitance infantile

8.3 : plateau d'écoute

Numéro vert :

119 Allô enfance en danger

Joignable tous les jours,

Même la nuit

Appel gratuit depuis tous les téléphones

EN DANGER ?

**Le mieux,
c'est d'en parler !**



Taquet A. Éditorial. Un enfant maltraité est un enfant dont on bafoue les droits, la santé et le développement. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(26-27):512-3. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_0.html

8. La maltraitance infantile

8.3 : Loi du 2/07/2019 interdisant les « violences éducatives ordinaires » reconnue comme un impact uniquement nocif

Inscrite dans le code civil que « l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques ».

« Tant que les enfants continueront à être victimes de maltraitance, nous continuerons à être coupables de négligence. Il est de notre devoir de nous mobiliser tous ensemble pour que plus aucun enfant n'ait à subir de violence, quelle qu'elle soit. »

Taquet A. Éditorial. Un enfant maltraité est un enfant dont on bafoue les droits, la santé et le développement. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(26-27):512-3. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_0.html

8. La maltraitance infantile

8.3 : Loi du 2/07/2019 interdisant les « violences éducatives ordinaires » reconnue comme un impact uniquement nocif

Inscrite dans le code civil que « l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques ».

« Tant que les enfants continueront à être victimes de maltraitance, nous continuerons à être coupables de négligence. Il est de notre devoir de nous mobiliser tous ensemble pour que plus aucun enfant n'ait à subir de violence, quelle qu'elle soit. »

Taquet A. Éditorial. Un enfant maltraité est un enfant dont on bafoue les droits, la santé et le développement. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(26-27):512-3. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_0.html

8. La maltraitance infantile



- 8.4 : Recommandations et informations pratiques sur 3 situations particulières

Maltraitance existe dans toutes les couches sociales

Pas de données exhaustives et nationales permettant une surveillance épidémiologique en France

Documents élaborés par la HAS sur 3 situations particulières :

- La Mort Inattendue du Nourrisson (MIN)
- Le Syndrome du Bébé Secoué (SBS)
- Les maltraitances sexuelles intrafamiliales

Focus – Maltraitance : recommandations pour les professionnels et informations pratiques. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(26-27):549-50.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_6.html

1^{ère} situation particulière de maltraitance infantile

Le syndrome du bébé secoué (SBS)

Traumatisme Crânien Non Accidentel par secouement (TCNA)



Le syndrome du bébé secoué (SBS) Traumatisme Crânien Non Accidentel par secouement (TCNA)



- Se produit lorsqu'un adulte secoue violemment un bébé par le thorax ou par les bras. Sa tête se balance rapidement/brusquement :

D'avant → hyperflexion

En arrière → hyperextension

Conséquence des secousses :

- saignement sous forme d'hématome sous-dural multifocal

+/- hémorragies rétiniennes, médullaires → risque de perte de neurones

+/- dysfonctionnement centres régulateurs de la respiration par lésion du bulbe → risque d'arrêt respiratoire



Données épidémiologiques France HAS des TCNA/SBS(23/03/2023)



- NRS victimes majoritairement des garçons de moins d'un an, dans 2 1/3 des cas environ, de moins de 6 mois.
- Taux d'incidence entre 15 et 56/100 000 enfants de moins d'un an.
- Représente la forme la plus grave du traumatisme crânien de l'enfant : plus de 10% des enfants victimes décèdent et 75% ont des séquelles à long terme (retard du développement psychomoteur, handicaps moteurs, troubles cognitifs, difficultés de l'apprentissage, problèmes de comportement, déficit visuel ou cécité, déficit auditif ou surdité, crises épileptiques).

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-05/reco345_cadrage_syndrome_bebe_secoue_v2.pdf

SBS/TCNA

Comment expliquer le mauvais pronostic ?

- Très jeune âge des enfants,
- Fréquence des secouements (maltraitance répétée en moyenne 10 fois)
- Parfois, délai important avant de recourir aux soins



SBS/TCNA

Campagne d'informations

- Recommandations HAS régulièrement actualisées
- Carnet de santé en France
- Message disponible sur le site Internet de l'assurance Maladie : les bons réflexes à avoir face à un bébé qui pleure sont exposés



Observez

- ▶ Il pleure beaucoup, de façon inhabituelle, même après les repas
- ▶ Il crie très fort, il s'agite, il est tout rouge
- ▶ Vous ne savez plus comment le consoler



- ▶ S'il geint
 - ▶ Si après les pleurs il est pâle, il est mou
- Appelez le 15

Surveillez

- ▶ Il boit bien, il prend bien ses repas, il ne vomit pas.
- ▶ Il a des selles comme d'habitude, ses couches sont bien mouillées
- ▶ Il n'a pas de fièvre
- ▶ Son comportement est normal en dehors des pleurs
 - ▶ Soyez rassuré, ces pleurs sont habituels chez le nourrisson en bonne santé



- ▶ Il a vomi plusieurs fois
- ▶ Il a de la fièvre, supérieure à 38°
- ▶ Il refuse de manger
- ▶ Il n'est pas comme d'habitude
 - ▶ Appelez votre médecin

Agissez

- Restez calme
- Allez voir souvent votre enfant
- Parlez-lui calmement
- Bercez le, mais ne le secouez pas
- Ne le couvrez pas trop
- Prenez-le dans les bras, votre main sous son ventre
- Ne changez pas son alimentation et proposez-lui à manger au calme
- Ne lui donnez pas de médicaments
- Demandez de l'aide à un proche



Si vous êtes toujours inquiets

- ▶ Demandez conseil à un médecin ou un autre professionnel de santé (PMI, Sage-femmes, Pharmaciens.....)

**Si les pleurs s'accompagnent de modifications du comportement de l'enfant.
Si votre enfant a moins de 3 mois et une température supérieure à 38°:**

▶ APPELEZ VOTRE MEDECIN

Rôle IDE face aux pleurs du bébé



- Les pleurs du bébé font partie de son développement : un bébé en bonne santé peut pleurer 2 à 3 heures par jour.
- Lorsqu'ils persistent, des sentiments d'inquiétude, de détresse peuvent envahir les parents.
- Les parents se questionnent, peuvent ressentir de la frustration. Les pleurs peuvent être vécus comme persécuteurs pour l'adulte et deviennent l'élément déclencheur du secouement.
- Vigilance accrue lors de la 1ère année
- Rôle IDE : Etre attentif aux sentiments d'inquiétude et de détresse qui peuvent envahir les parents.

Prévention du premier secouement (recommandations HAS mars 2023)

- Secouement déclenché par l'exaspération provoquée par les pleurs du NRS → Actions de **prévention axées sur la façon de réagir aux pleurs du NRS** → **évènement entièrement évitable.**

Message sur le carnet de santé :

« Si vous êtes déconcerté, si vous ne supportez plus ses pleurs, ne criez pas et, surtout, ne le secouez pas. Secouer un bébé peut le laisser handicapé à vie. »

« En cas d'exaspération : couchez votre bébé dans son lit (sur le dos), quittez la pièce et demandez l'aide d'un proche ou d'un professionnel. »

2ème situation particulière de maltraitance infantile

Mort Inattendue du Nourrisson (MIN)

Mort Subite du Nourrisson (MSN)



Prévention du risque de MIN



- Dès la naissance
 - Le coucher en toute sécurité
 - (rôle IDE +++)
- Ne jamais le laisser seul dans son bain, sur la table à langer, dans la maison ou dans la voiture
- Risque de chute, de noyade



- Risque de MIN :

On estime actuellement qu'encore 50% des cas de mort inattendue du nourrisson seraient évitables en respectant les mesures de prévention recommandées notamment en termes d'environnement et de couchage

MIN/MSN : définitions de Santé publique France (2022)



- MIN : définie comme « le décès subit d'un enfant âgé de 1 mois à 1 an jusqu'alors bien portant, alors que rien dans ses antécédents connus ni dans l'histoire des faits ne pouvait le laisser prévoir ». Le décès a lieu le plus souvent durant son sommeil.
- Au terme d'un bilan étiologique exhaustif (anamnèse, examen du lieu de décès, examen clinique, prélèvements biologiques, imagerie, autopsie), cette MIN peut être attribuée à une origine infectieuse, génétique, cardiaque, métabolique, traumatique, accidentelle, etc.
- En l'absence d'explication (environ 50 % des cas), on parle alors de mort subite du nourrisson (MSN).

MIN : un problème de santé publique toujours d'actualité en France (2022)

- 1^{ère} circonstance de décès chez les nourrissons âgés de 28 jours à 1 an
- 250 à 350 enfants sont concernés chaque année
- $\frac{3}{4}$ des MIN du nourrisson surviennent avant l'âge de 6 mois

Le « triple risque » de la MIN d'origine multifactorielle



- un enfant vulnérable par son histoire (prématuré, petit poids de naissance, etc.) ;
- une période critique de son développement neurologique, respiratoire et cardiaque (1 à 4 mois – 75 % des décès survenant avant les 6 mois de l'enfant → période critique du développement de 2 à 6 mois avec \searrow de la réaction d'éveil
- une exposition à des facteurs « de stress » environnementaux (décubitus ventral ou latéral, tabagisme passif, couchage sur une surface inadaptée, objets dans le lit, cosleeping, infectieux etc.).

Ces trois facteurs réunis → situation à risque majeure pour l'enfant

Prévention et recommandations de l'American Academy of Pediatrics (2016)

- de coucher les nourrissons strictement en décubitus dorsal, dans une turbulette adaptée à leur taille et à la saison, sur un matelas ferme et dans un lit à barreaux sans coussin, drap, couette, oreiller, matelas surajouté, cale-bébé, tour de lit ni autres objets (doudous, peluches, etc.) qui puissent recouvrir, étouffer ou confiner l'enfant ;
- que la chambre ne doit pas être surchauffée (entre 18 et 20°C) et l'air doit circuler ;
- de faire dormir l'enfant dans la chambre de ses parents au moins les 6 premiers mois (âge critique de la MIN) voire la première année ;
- d'allaiter les 6 premiers mois grâce aux effets bénéfiques de l'allaitement maternel, l'effet protecteur étant majoré en cas d'allaitement maternel exclusif et de durée prolongée.

Prévention et recommandations de l'AAP (2016)

- Des études rapportent un effet protecteur de la tétine lorsqu'elle est positionnée au moment de l'endormissement et non fixée à l'enfant (risque de strangulation, etc.).
- En dehors d'indications médicales ciblées, le suivi à domicile des parents, de la fratrie, de l'entourage et des personnes en charge de l'enfant, à moyen et long terme d'un bébé décédé n'est plus recommandé comme par le passé, tout comme l'utilisation systématique d'appareils ou de matelas d'auto-surveillance visant à détecter apnées et bradycardies

Pour en savoir plus :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/recommandations_mort_inattendue_nourrisson.pdf

JE DORS SUR LE DOS

ATTENTION À L'UTILISATION DES LITS PARAPLUIE !

Il faut utiliser ces lits uniquement avec le petit matelas qui est vendu avec. Surtout ne jamais installer de matelas supplémentaire dans ces lits. En effet, les parois de ces lits sont souples et lorsque l'enfant s'y appuie, elles se déforment et bébé peut glisser entre la paroi et le matelas rajouté. Il se retrouve alors coincé entre le matelas et la paroi sans pouvoir respirer librement.

C'EST LA NOUVELLE MODE ?

Non, cette recommandation s'appuie sur de très nombreuses études, depuis 1990 surtout, qui ont prouvé que dormir sur le dos offre le maximum de sécurité au bébé vis à vis du risque de Mort Subite du Nourrisson.

POURQUOI PAS SUR LE CÔTÉ ?

C'est une position instable : si bébé bouge, il peut se retrouver sur le ventre. Les moyens de contention sont dangereux car ils entravent le bébé et ne le laissent pas libre de ses mouvements.

IL PARAÎT MIEUX SUR LE VENTRE

Certains bébés qui ont des coliques sont plus confortables pour s'endormir sur le ventre : on peut alors les endormir dans les bras puis les recoucher doucement ... les coliques disparaissent normalement vers 2-3 mois. Si l'enfant paraît avoir un reflux douloureux, en parler avec son pédiatre.

ET S'IL RÉGURGITE ?

Lorsque l'enfant régurgite, un réflexe naturel l'empêche d'inhaler ce qu'il recrache. D'autre part, lorsqu'il dort sur le dos, la tête du bébé se tourne sur le côté, à droite ou à gauche.

POURQUOI LE FAIRE JOUER SUR LE VENTRE ?

Quand il est éveillé, il peut être mis sur le ventre pour s'habituer à se débrouiller dans cette position lorsqu'il se retournera tout seul. Et cela diminue la déformation du crâne en soulageant les appuis.

ET S'IL SE RETOURNE TOUT SEUL DANS SON LIT ?

C'est qu'il grandit, il faut le laisser faire. A cette période, il faut être encore plus vigilant sur la qualité de la literie.

SUR LE DOS, SON CRÂNE S'APLATIT

Cela s'appelle une plagiocéphalie. On peut l'éviter en incitant le bébé à tourner la tête d'un côté ou de l'autre (avec un mobile) et en le faisant jouer sur le ventre très tôt et souvent dans la journée.

ET S'IL FAIT PLUS DE 18-20° ?

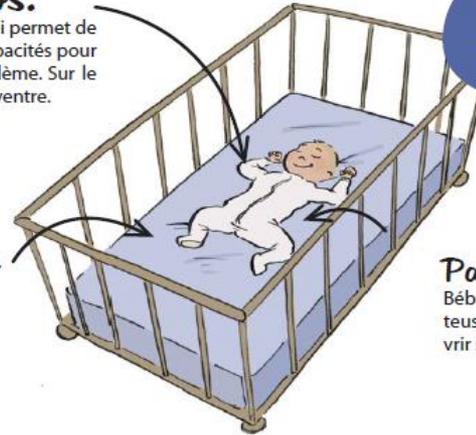
Il faut bien le découvrir, un simple body peut suffire en plein été.

Bébé dort en sécurité

Bébé dort sur le dos.

Jusqu'à un an, c'est la seule position qui lui permet de respirer sans risque. Il a ainsi toutes les capacités pour réagir dans son sommeil en cas de problème. Sur le côté, il est instable et peut basculer sur le ventre.

Bébé dort dans la chambre de ses parents pendant les 6 premiers mois.



Son matelas doit être ferme et bien adapté aux dimensions de son lit. Le lit est à plat.

Pas de couette ni de couverture. Bébé dort dans un pyjama, un body ou une gigoteuse adaptés à la saison qui ne risquent pas de couvrir sa tête ou son visage.



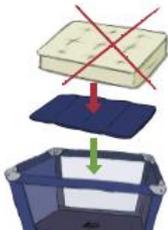
Il dort seul dans son lit, même s'il est allaité.

La température de sa chambre doit être entre 18°C et 20°C dans les périodes où le chauffage est nécessaire.



Pas de peluche ni de doudou à ses côtés. Bébé risque d'y enfouir sa tête.

Pas de tour de lit. L'air se renouvellera mieux autour de bébé.



Pas de 2ème matelas dans un lit parapluie. Bébé peut se coincer entre le 2ème matelas et la toile du lit.

Pas d'oreiller ni de cale-bébé car ils empêchent bébé de bouger librement et peuvent le gêner pour respirer.



Prévenir la plagiocéphalie sans augmenter le risque de mort inattendue du nourrisson



- La HAS réaffirme en 2020 **que le couchage sur le dos est impératif pour prévenir la mort inattendue du nourrisson.** Depuis les années 90, cette recommandation a permis de réduire ce risque de 76%.
- La HAS décrit également comment rassurer les parents, prévenir la plagiocéphalie, et quelle prise en charge mettre en œuvre en cas d'apparition de cette pathologie bénigne, qui disparaît le plus souvent naturellement vers l'âge de deux ans.
- https://www.has-sante.fr/jcms/p_3160772/fr/prevenir-la-plagiocephalie-sans-augmenter-le-risque-de-mort-inattendue-du-nourrisson

Prévention de la plagiocéphalie en 3 axes

- **Axe 1 : Rassurer et accompagner les parents**

Les données scientifiques montrent qu'il n'y a pas de lien de causalité entre une plagiocéphalie et un retard neurodéveloppemental

Dans la très grande majorité des cas, les déformations crâniennes disparaissent à l'âge de 2 ans grâce à la mobilité spontanée qu'il faut préserver.

La plagiocéphalie en photographies



Normale



Plagiocéphalie

Prévention de la plagiocéphalie en 3 axes



• **Axe 2 : Prévenir la plagiocéphalie en laissant le bébé bouger**

Couchage sur le dos quand le nourrisson dort, le reste du temps il ne doit pas être constamment immobilisé pour éviter qu'il n'appuie sa tête toujours du même côté.

Parents → principaux acteurs de la prévention de cette déformation.

Recommandations HAS :

- Laisser l'enfant libre dans ses mouvements
- Effets délétères des cales-têtes, siège-coques qui empêche le nourrisson de bouger librement

Prévention de la plagiocéphalie en 3 axes



- **Axe 3 : En cas de plagiocéphalie : des interventions adaptées selon la sévérité**

Consulter un médecin → PM kinésithérapie (par exemple en cas de torticolis)

Puis orientation si nécessaire vers un centre de référence des malformations crânio-faciales → PM d'orthèse crânienne au bébé

PRÉVENIR LA TÊTE PLATE : CONSEILS AUX PARENTS (HAS 2020)

- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/recto_a4-vdef_20210107.pdf

9. Chaque étape du développement psychomoteur comporte des risques spécifiques



Compléments d'informations au tableau relatif au développement psychomoteur



Entre 3 et 6 mois

- Le bébé devient plus mobile (souhaite attraper, se retourner, se tenir assis).
- **Risque de chute accru :**
 - Garder une main sur le bébé afin de le maintenir lors du change
 - Remonter les barrières du lit
 - Pas de transat sur la table



Entre 6 et 9 mois

- Découverte du monde qui l'entoure en portant les objets à la bouche
- **Risque d'étouffement** avec des petits aliments (cacahuètes au moment de l'apéritif), des petits objets (attention à la fratrie), attention aux mégots, aux Boulettes de cannabis (problème de santé publique en émergence+++)...
- Risque d'intoxication médicamenteuse



Entre 9 et 18 mois

- Commence à se mettre debout et à marcher et à comprendre la signification du « non »
- Risque de chute de la chaise haute, dans les escaliers
- Penser à protéger les coins de table avec des protections en plastique
- Risque de brûlure dans la cuisine, avec les prises électriques (utilisation de cache-prises en prévention)
- Risque d'ingestion de produit toxique



A partir de 18 mois

- L'enfant gagne en autonomie, commence à comprendre les conseils et les explications de son entourage.
- Il cherche à imiter les adultes et grimpe partout : augmentation du risque de chute
- Attention:
 - fenêtres ouvertes :
 - ne pas placer de chaises, fauteuil devant une fenêtre



A partir de 2/3 ans

- Il monte et descend seul l'escalier.
- Il sait ouvrir les portes et part en exploration.
- Il commence à poser des questions.
- Sa curiosité s'éveille de plus en plus, mais il n'est pas encore conscient de la plupart des dangers et reste incapable de les mesurer.
- Les accidents sont souvent plus graves. (Risque de noyade majeur)



A partir de 3 ou 4 ans

- L'enfant parle de mieux en mieux. Il pose des questions, s'intéresse à beaucoup de choses.
- Saisir toutes les occasions pour lui montrer et lui expliquer les dangers.
- Période de la scolarisation . Vie en groupes, étape de socialisation.

