

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

Carine MARCELLIN

IFSI Le VINATIER

UE 1.1 S1

Psychologie/Sociologie/Anthropologie

Promotion 2023-2026

PLAN



1. Les réflexes archaïques
2. Le développement psychomoteur
3. Le sommeil
4. La maturation du cerveau
 1. Prévention du SBS +++
5. « L'angoisse du 8^{ème} mois »
6. Signes d'alerte de troubles de la communication
 1. Observer et évaluer les réactions des parents comme celles du NRS
 2. Prémices du langage
7. Développement de la motricité et du tonus
8. A chaque étape du développement psychomoteur comporte des risques spécifiques
 - Dès la naissance : prévention de la MIN +++
 - 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, fouissement, réflexe de respiration, réflexe palpébral)

Réflexes archaïques (exemples)

Réflexe de la marche automatique



Réflexe de Moro ou réflexe d'embrassement



Suite exemple de 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	Maintien de tête inexistant Réflexe de succion / des points cardinaux : orientation de la tête du côté de la zone excitée 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. Réflexe de Moro (d'embrassement) : 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. Réflexe d'extension croisée : stimuler la plante des pieds : Fléchissement puis extension du membre inf opposé pour tenter de repousser la source de stimulation.	Grasping ou réflexe archaïque d'agrippement est très présent.		Echanges émotionnels entre la mère et le nourrisson indispensables pour permettre un développement psychomoteur harmonieux
2 Mois	Mouvements d'ensemble avec bras et jambes qui deviennent plus souples. Suit du regard.	Mains sont assez souvent ouvertes.	Emet quelques vocalises qui traduisent un état de bien-être et elles sont les mêmes pour tous les bébés du monde entier.	Sourire social.
3 Mois	Intérêt pour son corps : regard de la main. Position ventrale : redresse la tête de 45° à 90°, prend appui avant-bras.	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.	Age des gazouillis (vocalise prolongée). Il "parle" beaucoup lorsqu'on lui parle.	
4 Mois	Tenue tête acquise. Roule du dos sur le côté.	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.	Rit aux éclats. Gazouille beaucoup.	Tend les bras adulte maternant.
5 Mois	Tiré assis : participe activement à ce mouvement. Position dorsale : mouvements de pédalage. Joue avec ses pieds.	Préhension volontaire apparaît. C'est 1 préhension cubito-palmaire globale encore imprécise. Enfant porte l'objet tenu à sa bouche.		Sourit à son image dans le miroir.

6 Mois	Assis : position de tripode ou trépied. Se retourne dos-ventre. Position ventrale : se relève sur les mains. Maintenu debout : stade du sauteur : adore sautiller.	Préhension volontaire globale est bien acquise. Quand jette un objet : regarde où il est tombé et essaie de le récupérer.	Age des lallations. Babille. « a-reu ».	Tend les bras pour être pris. Manifeste son désir et son mécontentement. Début peur du visage étranger.
7 Mois	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.	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.	Syllabes : ba, da, ka	Il imite les actes simples. Il répond à l'appel de son prénom.
8 Mois	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	Index commence à jouer un rôle plus précis : il se délie.	Imite les sons et combine les syllabes.	Comprend la signification du "non"
9 Mois	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.	Compare 2 cubes en les réunissant. Préhension en pince supérieure	Apparition des premiers mots. La plupart du temps, il s'agit de syllabes doublées.	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
10 Mois	Il marche à 4 pattes	Pince supérieure plus fine : objet est saisi entre la partie distale du pouce et l'index	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.	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.

12 Mois	Début des premiers pas tenu par les mains d'un adulte. Debout se baisse pour ramasser un objet.	Il aime pointer son index inquisiteur vers les objets.	Langage global significatif : il s'agit de mots phrase.	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.
15 Mois	Il marche seul et monte l'escalier à 4 pattes. Il se met debout seul sans appui.	Il sait tourner les pages d'un livre mais saute plusieurs pages en feuilletant.	Entre 15 et 24 mois, il perfectionne le langage global significatif. Vocabulaire 4 à 6 mots.	Il aime renvoyer, pousser Il aime remplir, vider. comprend un ordre simple sans geste.
18 Mois	Il monte et descend les escaliers. Il commence à courir .	Il peut pousser un ballon. Il peut manger seul.	Jargon mature. Vocabulaire 7 à 20 mots.	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.
2 ans	Les gestes et les enchaînements se précisent : il court plus vite, tourne...	Il a acquis une grande souplesse du poignet et une bonne rotation de l'avant-bras	Explosion du vocabulaire. Il parle constamment Il fait des phrases explicites et abandonne le jargon du langage global.	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.
3 ans	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.	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.	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	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 shincners anal et vésical (propreté totale). Il dit son nom, son âge et son sexe.
4 ans	Il pédale bien avec une bicyclette sans roues latérales. Il monte et descend de voiture.	Il peut boutonner ses vêtements complètement. Il construit des ponts de cubes. Il cope un carré.		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.

Les facteurs favorisant le développement psychomoteur



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

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.

Ainsi, il est possible de solliciter en permanence les sens du nouveau né pour établir une relation :

- **Le toucher** permet l'intégration et la représentation interne du schéma corporel
- **Le Maternage** : 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
- 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 seuls si elle s'endort ou risque de s'endormir
- Si personne ne peut rester avec eux, surveiller FC 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-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

- **HOLDING** : Le holding est un concept psychanalytique introduit par Winnicott, psychanalyste Anglais.
- Le holding 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).
- On peut traduire le terme « holding » par maintien ou portage en français
- Il correspond au portage, au fait de tenir mais aussi à la contenance psychique.
- installation contenante pour le sécuriser lors de la pesée, du bain...
 - Technique pour poser bébé sur la balance : fesse puis tête
 - Pour récupérer bébé : 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 : différence entre holding et handling



- Le handling renvoie à une dimension plus pratique et plus active que le holding. Il correspond aux soins prodigués à l'enfant : le fait, par exemple, de le laver, de le changer ou de l'habiller.
- 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.
- Le syndrome de l'hospitalisme témoigne de l'importance de l'échange émotionnel, affectif lors des soins prodigués au bébé.

Le HOLDING

- L'ouïe

- Chaque mère a sa signature vocale
- Les ondes sonores délimitent un espace
- Fonction contenante 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 avec un T-shirt à proposer à une maman qui 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. 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 le 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.
- Ne pas chercher à verticaliser trop tôt le bébé : crispe les muscles du dos provoquant des raideurs
- Précautions par rapport à la tête
 - Il ne sait pas tenir sa tête (muscles cervicaux immatures)
 - Etre très vigilant lorsque le Nouveau Né est changé de position

Le syndrome du bébé secoué (SBS)

- Le syndrome du bébé secoué (SBS) se produit lorsqu'un adulte secoue violemment un enfant en le tenant par le tronc, les épaules ou les extrémités.
- Lorsqu'un bébé est secoué, sa tête est projetée dans tous les sens.
- La tête d'un bébé est proportionnellement beaucoup plus lourde que celle d'un adulte, alors que les muscles de son cou sont plus faibles.
- Le cerveau du bébé est mou et fragile.
- Les secousses sont dangereuses
- Elles peuvent provoquer un œdème
 - des hémorragies cérébrales.



Le syndrome du bébé secoué (SBS)

- Les pleurs persistants sont en général ce qui amène une personne à secouer l'enfant dont elle a la charge.
- Dans certains cas, le parent ou le gardien ne parvient donc plus à contrôler ses émotions et ses gestes. C'est ce qui peut l'amener à poser un geste violent comme celui de secouer son enfant.
- Toutes les familles peuvent vivre une telle situation.
- Certains facteurs peuvent augmenter le risque de secouer un bébé.
 - manquer de sommeil,
 - vivre des conflits familiaux,
 - avoir des difficultés financières,
 - être un parent monoparental et manquer de soutien,
 - avoir des troubles de santé mentale,
 - être impulsif,
 - consommer des médicaments, de l'alcool ou des drogues.

Epidémiologie France (2018)



- En France, cette partie émergée (diagnostiquée) de l'iceberg des bébés secoués a une incidence estimée à 0.025 % des nourrissons, soit 180 à 200 cas par an.
- En 2018, 758 000 bébés sont nés en France (<https://www.insee.fr>)
- Les enfants ont rarement plus de un an ; dans deux tiers des cas, ils ont moins de six mois
- La méconnaissance du diagnostic fait courir un risque de récurrence de maltraitance sur une étude rétrospective portant sur 112 enfants : répétition de secouement dans 55 % des cas

Explosion du risque de SBS secondaire à la pandémie de COVID 19 en région Parisienne

- *Par rapport à la période pré-pandémique (2017-2019), l'incidence de SBS est restée stable en 2020 puis a doublé en 2021 et sa mortalité a été multipliée par 9.*

Source : <https://presse.inserm.fr/lincidence-du-syndrome-du-bebe-secoue-a-double-et-la-mortalite-associee-a-decuple-en-region-parisienne-pendant-la-pandemie-de-covid-19/45743/>

Hypothèse : accumulation de la détresse psychosociale.

Cette mortalité est-elle en lien avec des conditions de vie spécifiques ?

Le syndrome du bébé secoué (SBS)

- Décès du bébé dans 10 % des cas
- Conséquences neurologiques irréremédiables dans 50% des cas se manifestant par de lourdes séquelles
 - Epilepsie,
 - Retard mental,
 - Hémiplégie
- Atteinte neurologique modérée :
 - Modification du tonus : hypotonie axiale,
 - Moins bon contact : mauvaise réponse aux stimuli, absence de sourire,
 - Fontanelle bombée



Prévention du Syndrome du Bébé Secoué (SBS)

Campagne d'informations :

- Dépliants
- Carnet de santé
- Recommandations

HAS 2011 (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_recommandations_syndrome_bebe_secoue.pdf)



La HAS en 2011 préconise dans ses recommandations d'ordre général

- D'organiser régulièrement des campagnes de sensibilisation et d'information... en direction de toutes les personnes au contact des bébés sur les dangers du secouement pour l'enfant et les précautions à prendre.
- Une sensibilisation des parents aux dangers du secouement, à la maternité et dans les jours qui suivent le retour à la maternité, devrait être systématique. »
- Il est également recommandé de privilégier « les lieux d'accueil enfants-parents, au sein desquels pourra s'améliorer ou se construire la relation parent-enfant » et « de mettre en œuvre des aides appropriées aux parents... »

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



© Coeurigones Avril 2008

Octobre 2023

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**

Syndrome de l'enfant secoué, enfant en danger



- 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.

5. L'angoisse de séparation ou « l'angoisse du 8ème mois »

- Elle peut se poursuivre jusqu'à sa 1ère année.
- L'angoisse de séparation est une étape normale du développement des enfants qui survient vers 8 mois.
- Le bébé commence à comprendre qu'il est une personne à part entière et non un prolongement de ses parents.
- Période où le bébé est très dépendant de sa mère : éviter l'intégration en crèche ou chez une assistante maternelle

6. Signes d'alerte de troubles de la communication : 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 DDP 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 de troubles de la communication



- Observer et évaluer les réactions des parents comme celles du nourrisson
 - Regard de la mère sur son bébé,
 - Portage du bébé pendant la tétée,
 - Façon dont la mère 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.

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

En 2007 : Recommandation HAS



Mise en œuvre progressive du programme de dépistage systématique de la surdité néonatale.

Arrêté du 23/04/2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale :
vient généraliser le dépistage en 2014

Article 2 de l'Arrêté du 23/04/2012

- « Ce dépistage comprend :

1° Un examen de repérage des troubles de l'audition, proposé systématiquement, avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement ou dans lequel l'enfant a été transféré ;

2° Des examens réalisés avant la fin du troisième mois de l'enfant lorsque l'examen de repérage n'a pas pu avoir lieu ou n'a pas permis d'apprécier les capacités auditives de l'enfant ;

3° Une information des détenteurs de l'autorité parentale, le cas échéant, sur les différents modes de communication existants, en particulier la langue des signes française. »

https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000025794972

Epidémiologie année 2007 (HAS)

- La surdité congénitale concerne en France au moins 1 enfant / 1000 degré de déficience auditive supérieur à 40 dB HL sur la meilleure oreille : soit 800 nouveau-nés supposés sourds / an
- La surdité permanente néonatale survient avant l'acquisition du langage (avant l'âge de 3 ans environ)

7. Développement 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

Avec l'enfant Vivons la Sécurité

Prévention des accidents
de la vie courante



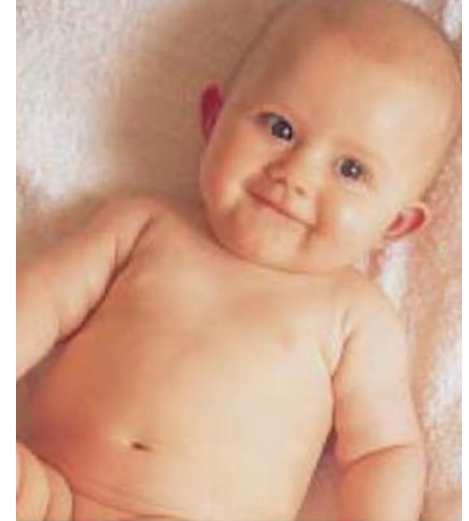
l'Assurance Maladie
sécurité sociale



Octobre 2023

8. Chaque étape du développement psychomoteur comporte des risques spécifiques

- 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 : définition de Santé publique France (2022)



- La « mort inattendue du nourrisson » (MIN) est 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 car 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.

ET S'IL FAIT PLUS DE 18-20° ?

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

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.

Octobre 2023

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

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.

