

RUSCART PAULINE

Etudiante 3^{ème} année



Prise en charge d'un nourrisson prématuré présentant un retard de développement neuro-moteur

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de masseur kinésithérapeute

Hôpital pédiatrique Jeanne de Flandre CHRU Lille

Service de gastrologie-nutrition

Directrice de mémoire : Mme MARTIN Nathalie

Praticien du service : Mme DELEU Christelle

Année scolaire 2012-2013

Table des matières

RESUME.....	1
BILAN.....	2
A- Dossier médical (Annexe 1).....	2
B- Environnement.....	3
C- Inspection.....	4
D- Bilan de la douleur	4
E- Bilan respiratoire.....	5
F- Bilan sensoriel.....	5
G- Bilan moteur.....	5
1- Motricité spontanée.....	5
a- En décubitus dorsal.....	5
b- En décubitus ventral.....	6
2- Activité motrice provoquée.....	7
a- le suivi oculaire.....	7
b- agrippements et préhensions.....	7
c- le tiré-assis.....	7
d- le tenu-assis.....	7
3- Les réflexes archaïques.....	8
H- Bilan de l'extensibilité	8
REEDUCATION.....	9
A- Buts.....	9
B- Principes.....	9
1- Les conditions de la rééducation.....	9
2- Le rythme des séances.....	10
3- Le rythme de l'évolution neuro motrice.....	10
4- Particularités des séances pédiatriques.....	10
C- Les moyens.....	11
1- L'enroulement du bassin.....	11
2- Travail de la synergie oculo-céphalogyre.....	12
3- Installation de la chambre.....	13
4- Correction de l'asymétrie du tronc.....	13
5- Changements des points d'appuis.....	13
a- latérocubitus.....	13
b- position assise.....	14

6- Eveil sensoriel.....	14
7- L'installation.....	15
8- Les conseils aux parents.....	16
9- La sensibilisation de l'équipe soignante.....	17
DISCUSSION.....	19
CONCLUSION.....	26

RESUME

Théo, bébé prématuré de 5 mois d'âge réel et de 2 mois et demi d'âge corrigé, est hospitalisé depuis sa naissance à l'hôpital Jeanne de Flandre du CHRU de LILLE. Après son séjour en réanimation néonatale pendant les 3 premiers mois de sa vie, il a été transféré dans le service de gastrologie-nutrition.

Au cours de la grossesse a été posé le diagnostic de hernie diaphragmatique gauche et de retard de croissance intra-utérin. Théo est né par césarienne à la suite de laquelle il a été intubé, ventilé et a reçu une dose de surfactant. Il a subi 2 interventions, la première immédiatement après sa naissance afin de réduire la hernie et la seconde, à 1 mois, suite à un syndrome occlusif nécessitant la mise en place de 2 stomies au niveau abdominal.

Lors de mon stage réalisé en juillet 2012, le bilan effectué montre à l'inspection la présence d'une plagiocéphalie gauche et d'une asymétrie des points d'appui. On peut retrouver chez Théo des dysfonctionnements dans le développement neuro-moteur tel qu'une hypertonie postérieure très marquée, une non intégration des membres supérieurs et inférieurs dans le schéma corporel associé à une motricité des membres de mauvaise qualité.

Ma prise en charge de la rééducation de Théo consiste en une rééducation sensori-motrice basée essentiellement sur la prise de conscience de son corps. Ma rééducation s'attache également à tout mettre en œuvre pour limiter l'aggravation des troubles orthopédiques tels que la plagiocéphalie, la persistance de rétraction musculaire... Les séances quotidiennes sont un moment privilégié d'interaction entre lui et moi et ont pour objectif de favoriser son éveil vis-à-vis de son environnement et de ses possibilités motrices. Cette rééducation m'a aussi permis d'appréhender les conséquences et les bénéfices indéniables que peuvent présenter les différentes positions et installations chez un bébé de cet âge et de cette fragilité.

Suite à ma prise en charge, j'ai pu observer que Théo s'est éveillé au monde extérieur et a amélioré ses capacités motrices. Par les conseils prodigués à l'équipe et aux parents, la plagiocéphalie ne s'est pas aggravée. L'évolution de Théo est très encourageante. Cependant, quelques jours après mon départ, une nouvelle intervention a été programmée qui avait pour but la remise en continuité de son appareil digestif, à la suite de laquelle, il a séjourné en réanimation néonatale quelques jours imposant un arrêt temporaire de ses séances de rééducation.

Mots clés : plagiocéphalie, prématurité, rééducation sensorimotrice, retard de croissance intra-utérin

BILAN

A- Dossier médical (Annexe 1)

Théo est né le 23 février 2012, à 30 semaines et 4 jours d'aménorrhée. Il a, lors de mon observation, cinq mois d'âge réel ce qui correspond à deux mois et demi d'âge corrigé.

Théo est né par césarienne en raison d'anomalies du rythme cardiaque fœtal et de la majoration de la pré-éclampsie maternelle. Un diagnostic d'hernie diaphragmatique gauche et de retard de croissance intra-utérin a été posé avant la naissance. Il pesait 1,140kg, avait un périmètre crânien de 27 cm et présentait un score d'APGAR (annexe 2) à 7 au moment de sa naissance. Il a donc immédiatement été intubé, ventilé et il a reçu une dose de surfactant. Le traitement par surfactant exogène, utilisé sous forme de traitement de rattrapage ou de prophylaxie, réduit la mortalité et plusieurs aspects de la morbidité chez les bébés souffrant de syndrome de détresse respiratoire [1].

Théo a été hospitalisé en réanimation néonatale pendant 12 semaines, de la naissance au 16 mai 2012. Durant cette hospitalisation, il a subi plusieurs interventions :

- le 24 février (à J1) pour réintroduction en intra-abdominal de l'intestin et de la rate avec mise en place d'une plaque, ayant pour but d'agrandir la paroi cutanée devant l'impossibilité de réintégrer la totalité de l'intestin grêle dans l'abdomen.
- le 26 mars (à J32), la persistance d'un syndrome occlusif et l'augmentation des besoins respiratoires nécessitent une reprise chirurgicale avec retrait de la plaque, réalisation de 2 stomies et fermeture par une nouvelle plaque.

Le 14 avril, on note une extériorisation de la plaque avec apparition de 2 fistules digestives hautes.

Depuis sa naissance, Théo a été intubé-ventilé à plusieurs reprises. Il est sous air ambiant depuis le 8 mai 2012.

En ce qui concerne l'alimentation, une nutrition entérale a été débutée le 6 mars puis arrêtée le 17 mars devant le syndrome occlusif.

La cyclisation (brève période sans nutrition parentérale) a été débutée le 13 juin 2012. En juillet 2012, Théo buvait 4 biberons de 50 mL par jour et sa mère pouvait l'allaiter à la demande afin de continuer à stimuler l'oralité.

Au niveau neurologique, l'évaluation du 15 mai 2012 par la kinésithérapeute spécialisée en

néonatalogie note un enfant éveillé avec une bonne poursuite oculaire et un tenu-assis normal. La motricité des membres inférieurs est entravée par les poches de stomies mais on observe de bonnes fonctions exploratrices au niveau des pieds.

Ne nécessitant plus une hospitalisation en réanimation, Théo a été transféré dans le service de gastrologie-nutrition le 16 mai pour poursuite de la prise en charge en attente de la chirurgie de remise en continuité.

Son traitement est essentiellement composé d'un médicament anti-reflux (Omeprazole®) et d'un traitement vitaminique. De plus, il nécessite des soins infirmiers quotidiens concernant ses pansements, l'entretien du cathéter et des poches de stomies

C'est en juillet 2012 que j'ai fait la connaissance de Théo.

B- Environnement

Théo est préférentiellement installé en décubitus dorsal dans un nid placé dans son lit. Le lit est en proclive modérée à 30° afin d'éviter le reflux gastro-oesophagien. Il est continuellement surveillé au niveau cardiaque grâce à 3 électrodes placées sur le thorax. Un capteur de saturation se trouve au niveau du pied, un cathéter de Broviac est posé à droite au niveau du thorax et on retrouve 2 poches de stomies au niveau de l'abdomen (**figure n°1**).

Durant la journée, l'ensemble de l'équipe soignante veille à alterner l'installation de Théo : il est ainsi régulièrement installé dans son transat où a été mis en place un « nid » semblable à celui placé dans le lit. Cependant, au lit, Théo n'est installé qu'en décubitus dorsal et n'est que très rarement positionné en latérocubitus par exemple.

De plus, quand son état le permet, il bénéficie d'une prise en charge en salle de jeux par les puéricultrices du service.

Lorsque les parents sont présents, Théo est préférentiellement porté à bras ou en poussette pendant de courtes périodes, celle-ci ne permettant pas une bonne installation.

Au niveau de l'environnement familial, Théo a 2 sœurs et 1 frère de 13, 11 et 8 ans. Sa maman (assistante maternelle) et son papa (chauffeur livreur) habitent à Gravelines, à 90km de l'hôpital, ce qui les empêche d'être présents tous les jours à ses côtés. Lors de mon stage, sa maman

était présente 3 fois par semaine et son papa ne pouvait venir que le vendredi et le week-end, accompagné de leurs 3 autres enfants.

C- Inspection

Nous observons chez Théo certaines caractéristiques de longues hospitalisations et de l'alitement prolongé chez le nourrisson, avec notamment une importante plagiocéphalie postérieure d'origine positionnelle gauche [2]. Il s'agit d'une déformation post natale liée à des pressions mécaniques sur le crâne (**figure n°2**). On décrit également d'autres facteurs de risque constituant un cercle vicieux pour la plagiocéphalie, certains présents chez Théo, tels que la position de préférence sur le dos, le retard de développement, la prise dans les bras toujours du même côté...

De plus, on remarque une asymétrie corporelle à convexité gauche avec une ouverture de l'hémithorax gauche et une fermeture de l'hémicorps droit (**figure n°1**). On note une élévation de l'épaule gauche et une inclinaison droite de la tête se caractérisant notamment par une majoration des plis de peau au niveau du cou de ce côté avec une peau rouge et luisante.

De cette asymétrie positionnelle résulte une asymétrie des points d'appuis avec l'absence d'appui au niveau de l'épaule et de l'épine iliaque postéro-supérieure droite.

D- Bilan de la douleur

Deux échelles sont classiquement utilisées pour l'évaluation de la douleur chez le nouveau-né à terme ou prématuré : la grille *Evaluation de la douleur et de l'inconfort de nouveau-né* (EDIN) pour évaluer la douleur prolongée du nouveau-né à terme ou prématuré, et la grille *Douleur aiguë chez le nouveau-né* (DAN) (annexe 3). La prise en charge en kinésithérapie, pour être utile et efficace, ne peut se passer d'une observation préalable de Théo, permettant de déterminer le niveau de douleur. Cette observation est basée sur l'étude du comportement en dehors et lors des soins, pendant le sommeil et l'état de veille, l'étude de la motricité faciale et du corps, la possibilité de réconfort, les pleurs... [3].

Pour cela, avant mes prises en charge, je prenais un temps pour observer Théo observer son comportement. Sa douleur était fluctuante selon les jours et le soin qu'il avait subi dans la journée

mais celle-ci semblait en général non excessive et ne m'a pas empêchée d'effectuer ma séance.

E- Bilan respiratoire

Au cours de mon stage, Théo a présenté une infection respiratoire sur un terrain de bronchodysplasie (la deuxième depuis sa naissance). Le traitement lors de l'infection est composé d'aérosols de ventoline et de flixotide, et est complété d'une séance de kinésithérapie respiratoire quotidienne.

De plus, les nourrissons utilisent un tonus pneumatique : pour s'ériger et lutter contre le déficit tonique de l'axe, ils peuvent « bloquer » leur respiration en inspiration ce qui augmente le tonus des extenseurs et donc l'hypertonie postérieure, et leur permet de redresser le buste. Selon Pierre DELION dans *Le carnet Psy* [4], « le blocage de la respiration est une conduite fréquente lorsque la coordination entre les 2 hémicorps ne peut s'opérer »¹.

F- Bilan sensoriel

De nombreux enfants prématurés présentent des troubles de la vue ou de l'ouïe. Concernant Théo, j'ai pu remarquer une absence de réaction aux stimuli auditifs ; cependant, un test auditif effectué à la naissance ne montre pas de déficit notable. Il ne présente également pas de troubles visuels.

G- Bilan moteur

1- Motricité spontanée

a- En décubitus dorsal

Pour effectuer cette étude, l'observation doit être réalisée en décubitus dorsal sur un plan dur (table à langer) sans interaction de l'examineur.

¹ A partir d'André Bullinger dans *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*

Selon Pierre DELION et Roger VASSEUR dans leur livre *Périodes Sensibles dans le Développement Psychomoteur de l'Enfant de 0 à 3 ans* : « L'analyse des mouvements généraux est centrée sur les éléments qualitatifs : la fluidité, la variabilité, la complexité. » (Page 93) [5] :

- La fluidité se caractérise par des « mouvements coulants, à début et fin graduels ». Chez Théo, on note une motricité des membres saccadée donc non fluide.
- La variabilité des mouvements se définit par la possibilité qu'a le bébé de « produire des mouvements nouveaux donnant une impression de répertoire infini ». La motricité de Théo reste stéréotypée avec peu de variabilité de mouvements.
- Pour que la motricité soit considérée comme complexe, « les schémas moteurs ne sont jamais des mouvements simples ; ils se déroulent dans les trois plans de l'espace et ils intéressent toutes les directions spatiales » [5]. Chez Théo, elle est faible : on remarque une majorité de mouvements de flexion/extension au niveau des membres inférieurs accompagnés toutefois de quelques mouvements de rotation. Au niveau des membres supérieurs, la motricité est caractérisée par des petits mouvements de circumduction, les mains restant le plus souvent fermées avec de rares mouvements isolés des doigts.

L'asymétrie positionnelle est caractérisée au niveau du membre supérieur droit qui reste majoritairement en extension, rotation latérale et en flexion de coude (**figure n°1**). Cela l'empêche d'intégrer ce membre supérieur dans son champ visuel.

De par la présence de la plagiocéphalie, Théo regarde spontanément du côté gauche avec une grande difficulté à passer la ligne médiane.

b- En décubitus ventral

En début de prise en charge, l'observation dans cette position n'a pas été possible à cause de la présence des poches sur le plan antérieur et des risques qu'elle engendrait.

Au cours de mon stage, quand cette position a été tentée, j'ai pu remarquer qu'elle était inconfortable pour Théo qui n'était pas encore capable de redresser la tête contre la pesanteur.

2- Activité motrice provoquée

a- le suivi oculaire

Le suivi oculaire est difficile. Théo n'est pas encore intéressé par les objets placés devant lui. Si le suivi oculaire s'effectue par le regard de l'examineur, malgré des difficultés, on note que Théo suit du regard plus facilement du côté gauche que du côté droit. Le débattement d'amplitude du suivi n'atteint pas 180° ce qui devrait pourtant être le cas chez un enfant de son âge [6].

On note que Théo ne reste pas longtemps attentif lors de l'exercice et « décroche » assez rapidement d'autant plus vite si le regard est porté vers la droite.

b- agrippements et préhensions

Spontanément, Théo garde préférentiellement les mains fermées. Pour l'étude des préhensions, à l'aide d'un objet ou d'un jouet, je stimule la peau au niveau des faces palmaire, ulnaire et radiale afin de provoquer un réflexe de grasping. Ce réflexe est peu présent chez Théo.

Lorsque Théo approche ses mains de sa bouche où se trouve la tétine, on note une ébauche d'agrippement. On retrouve également ce mouvement lorsqu'on le stimule à l'aide d'un hochet (**figure n°3**). C'est une préhension non intentionnelle de sa part. On note également que cela se fait préférentiellement avec la main droite.

c- le tiré-assis

Cette manœuvre permet d'évaluer le contrôle de tête et se fait en enroulant les épaules et en amenant l'enfant vers l'avant. Lors d'un développement neuro moteur « normal », à cet âge, la tête doit pouvoir rester dans le plan du corps [6]. On note que Théo n'a pas encore assez de force pour contrôler sa position de tête tout au long de la manœuvre ; celle-ci tombe en arrière dès les premiers degrés ce qui m'amène à stopper la manœuvre avant l'arrivée en position assise.

d- le tenu-assis

Cette manœuvre permet d'évaluer le tonus actif nécessaire au contrôle de la tête ; l'enfant est placé en position assise soutenu au niveau des épaules. Lors d'un développement psychomoteur normal : à 2 mois environ, la tête est maintenue dans l'axe pendant 10-15 secondes. A 3 mois, le contrôle est acquis avec parfois de brèves chutes vers l'avant. Chez Théo, la tête n'est pas encore

parfaitement stable avec une tendance à partir en extension.

Dans cette position, on peut remarquer une hypertonie postérieure qui est mise en évidence par une tendance à vouloir pousser en arrière comme pour trouver un appui au niveau du dos. Cela peut en partie être dû aux longues heures passées en décubitus dorsal, avec pour seules informations tactiles, des informations venues du plan postérieur.

Le maintien de cette position permet également de noter que le dos est harmonieusement cyphosé. Théo tourne la tête pour suivre du regard lors de stimulations visuelles par le regard de l'examineur.

3- Les réflexes archaïques

Les réflexes archaïques disparaissent vers 3-4 mois : certains sont encore présents chez Théo :

- le réflexe de Moro : le nourrisson réagit à un stimulus soudain (lumière, son, changement de positions rapide, perturbation de la surface où il repose, etc.) en écartant brusquement ses bras et ses jambes et les ramène dans un mouvement d'étreinte.
- le réflexe des points cardinaux : la stimulation tactile de la joue entraîne une rotation de la tête vers le côté stimulé.
- le réflexe de l'escrimeur ou réflexe tonique asymétrique du cou : lorsque, couché sur le dos, la tête de l'enfant est tournée d'un côté, l'extension du bras du même côté que la tête ainsi que la flexion du bras opposé ont lieu.

H- Bilan de l'extensibilité

La plagiocéphalie gauche persistante entraîne une rétraction musculaire du trapèze supérieur droit qui a pour conséquence une inclinaison de la tête du côté droit associée à une rotation gauche. On mesure à ce propos, une distance menton-acromion droite égale à 4 cm, alors que du côté gauche, celle-ci est nulle, traduisant une limitation d'amplitude de la rotation vers la droite.

REEDUCATION

A- Buts

La prise en charge kinésithérapique mise en œuvre vise à l'éveil sensori-moteur (la rééducation respiratoire est passée sous silence dans ce mémoire car elle n'était que temporaire).

Ses principaux objectifs sont :

- diminuer l'hypertonie postérieure
- limiter l'aggravation de la plagiocéphalie
- améliorer la qualité de la motricité des membres
- solliciter l'intégration des membres dans le schéma corporel
- obtenir une symétrie positionnelle avec une symétrie des points d'appuis
- obtenir un meilleur contrôle de tête et du tronc
- favoriser les interactions

Dans ce processus de rééducation, un temps important sera accordé à l'éducation des parents et à la sensibilisation de l'ensemble de l'équipe soignante.

B- Principes

1- Les conditions de la rééducation

Pour optimiser la séance de rééducation, l'environnement où elle se déroule est primordial. Nous favorisons un endroit sain et à bonne température (environ 25°C). Une pièce calme où il est important d'éliminer tous les bruits qui pourraient parasiter l'interaction avec l'enfant : signaux d'alertes, « bips » incessants des machines...[7]. Il est également préférable de couper les portables et/ou TSI afin de ne pas perturber la séance. L'éclairage ne doit pas être trop agressif afin de ne pas gêner ou attirer le regard de l'enfant.

Pour la séance, afin de ne pas « tirer » sur les poches de stomies, il est mieux de laisser le body. Celui-ci donne un bon accès aux quatre membres tout en protégeant le thorax. Quant à ma propre tenue, je prends soin de vérifier que mes poches soient vides et d'enlever tous les objets

dangereux ou coupants (badge...) afin de ne pas risquer de le blesser.

2- Le rythme des séances

Il est essentiel de respecter le rythme veille/sommeil de l'enfant. La prise en charge ne peut se faire que lorsque l'enfant est éveillé, calme, propre et il ne doit pas avoir faim. La séance doit se faire au minimum 1 heure après la dernière prise de biberon ou l'allaitement afin de ne pas provoquer de reflux gastro-oesophagien.

Plusieurs séances hebdomadaires seront réalisées en fonction de l'état d'affaiblissement de Théo. De plus, les enfants se fatiguent et se déconcentrent rapidement, nous adoptons alors des séances « actives » pour le bébé de 20 minutes maximum. En complément de la séance de rééducation, il est essentiel de veiller à l'installation adéquate de l'enfant (bonne formation du nid, orientation et stimulations visuelles...).

De plus, au cours des séances, il est intéressant d'accorder à l'enfant des temps de repos en alternance avec les phases de travail intenses (contrôle de tête par exemple) et des phases moins intensives (exercices en décubitus dorsal, travail du toucher...) (**figure n°4**).

3- Le rythme de l'évolution neuro motrice

Les exercices proposés doivent être adaptés à la chronologie du développement neuro moteur de l'enfant. Des intentions trop élevées de la part du rééducateur ne feront que mettre l'enfant en situation d'échec et n'auraient aucun intérêt rééducatif.

De plus, l'âge de référence doit être l'âge corrigé. Il faudra également prendre en compte les paramètres staturo pondéraux et l'histoire du patient afin d'adapter tous les exercices à l'enfant.

4- Particularités des séances pédiatriques

La rééducation doit être un moment d'interaction entre l'enfant et le rééducateur. Pour cela, il faut privilégier le contact. C'est dans cette optique qu'il faut rappeler la place primordiale des parents pour le bien-être et l'éveil de l'enfant hospitalisé. De par le regard, la parole, le toucher, les parents permettent à l'enfant d'établir un contact et ainsi de faciliter l'interaction avec les thérapeutes. Un des grands principes de ces séances est de faire découvrir au bébé l'« extérieur » en le sortant de sa chambre et de son environnement quotidien (promenades dans le couloir ...).

C- Les moyens

La rééducation est réalisée sur un tapis posé sur le sol de la chambre. De cette façon, il n'y a pas de risque de chutes et cela me permet de me concentrer exclusivement à stimuler l'éveil de Théo. Il est également possible de travailler lors des différents portages de Théo afin de permettre de favoriser les adaptations de posture.

Durant toute la rééducation et tous les exercices effectués, nous veillerons à exclure tous les schémas en extension qui renforceraient l'hypertonie postérieure.

1- L'enroulement du bassin

Depuis sa naissance, devant la nécessité pour les équipes soignantes d'avoir un accès au plan antérieur pour effectuer les soins, sa prématurité, ses nombreuses chirurgies, son cathéter... Théo est préférentiellement positionné en décubitus dorsal. Cela place ses membres inférieurs en extension. Or, il est nécessaire que les nourrissons intègrent les schémas en flexion lors de leur développement neuro-moteur. En effet : « de la qualité du regroupement dans le 1er semestre dépendra la qualité des schémas en extension-abduction développés après 6-7 mois » [5](livre page 112).

La position d'enroulement du bassin permet donc à Théo de se regrouper. « C'est sur cette posture regroupée qu'il construit ses schémas moteurs de base, ses coordinations sensori-motrices, en particulier la coordination main-bouche, ses interactions avec le milieu humain, et qu'il réalisera plus tard une première unification de ses sensations corporelles » [5](livre page 61). Il s'agit d'une étape essentielle du développement de l'enfant. Théo n'a que peu connu la position de flexion contrainte par l'utérus de sa maman, du fait de sa grande prématurité. De plus, ces enfants prématurés sont soumis très tôt aux contraintes de la pesanteur contre laquelle ils ne peuvent lutter par manque de force musculaire. Théo présente une attitude en batracien définie par une prédominance en rotation externe et en large abduction des membres inférieurs majorée par les poches de stomies.

Enfin, cette position en rétroversion permet de donner un point fixe au bassin ce qui facilite la motricité des membres.

Il a également été prouvé par différentes études que la position d'emballotement apporte un bénéfice sur le ressenti de la douleur lors de gestes invasifs. [8]

Pour cela, ma main empaume son bassin par un abord postérieur ce qui me permet d'amener ses membres inférieurs dans son champ visuel (**figure n°5**). Il faut veiller à ne pas soulever le bassin car cela abaisserait le centre de gravité et augmenterait l'hypertonie postérieure. Dans cette position, Théo commence à toucher involontairement ses membres inférieurs jusqu'aux genoux, il découvre de nouvelles sensations et commence à intégrer ses membres inférieurs.

Cette position en rétroversion doit être une priorité pour toutes les activités même en dehors des séances de kinésithérapie. C'est dans cette optique que je veille à la bonne installation de Théo en m'assurant d'avoir un nid toujours bien formé et adapté à sa taille [9]. Des techniques de portage peuvent favoriser cette position, par exemple en maintenant Théo dos contre soi, un bras passant sous son bassin et ses membres inférieurs et un bras placé à la partie antérieure du thorax. On peut également proposer aux parents de favoriser le portage à l'aide d'une écharpe de portage adaptée.

2- Travail de la synergie oculo-céphalogyre

En position décubitus dorsal ou en position assise après enroulement du bassin, il est intéressant de travailler le suivi du regard avec Théo. Lorsqu'il est allongé, le déplacement de mon visage sur les côtés stimule le suivi oculaire et permet une mobilisation active de la tête. Afin de varier les stimulations, je peux utiliser des bruits de bouche par exemple. Ce travail permet également de solliciter au maximum l'attention de Théo et de favoriser les interactions.

Pour maximiser l'interaction entre Théo et moi, je me place à environ 20 cm de son visage. Le mouvement est lent et doit surtout permettre de laisser, à Théo, le temps d'adapter sa posture à la stimulation qu'il reçoit (**figures n°6**).

Cette synergie peut être travaillée par l'intermédiaire des parents lorsqu'ils jouent avec Théo et différents modules qui suscitent son intérêt dans toutes les activités de la vie quotidienne (change, toilette, soins). Il n'est cependant pas utile d'utiliser des stimulations trop nombreuses avec des objets bruyants ou colorés. Un jouet uni d'une couleur vive et qui contraste avec le milieu environnant suffit à attirer son attention. De plus, ce travail peut être répété régulièrement dans la journée mais doit rester une action ponctuelle afin de ne pas provoquer de lassitude chez Théo et ne pas le fatiguer excessivement.

3- Installation de la chambre

Pour favoriser la rotation de la tête vers la droite, une série de mesures a été mise en place.

Quand le lit est en position initiale dans la chambre, la fenêtre se situe à droite de Théo ; il était alors préférable de baisser les stores afin de diminuer l'intensité de la lumière du jour pour qu'elle soit moins agressive.

Devant la réalisation trop ponctuelle et parfois l'impossibilité de mettre en place cette mesure par la nécessité de surveillance, nous avons pris la décision de déplacer le lit afin que la fenêtre soit à sa gauche et la porte de la chambre à sa droite. De cette manière, Théo est moins gêné par la luminosité et plus sollicité de son côté droit. En effet, l'équipe soignante se place facilement de ce côté ce qui permet à Théo d'interagir avec eux en tournant la tête à droite.

4- Correction de l'asymétrie du tronc

Dans le but de corriger l'asymétrie de position, je m'assois au sol ou sur une chaise. La position la plus simple est la position en décubitus latéral droit avec le dos de Théo contre mon thorax et en appui sur mes jambes. Cette posture doit être mise en place de façon lente et délicate afin de ne pas provoquer de réactions de défense. L'allongement se faisant du côté porteur, l'appui de son côté droit sur mes jambes favorise l'ouverture de cet héli-corps et reste une position confortable pour lui (**figure n°7**).

Associé à cette posture, on peut ajouter un abaissement de l'épaule droite surélevée ou exercer une légère traction de la tête dans l'axe afin d'étirer toutes les structures postérieures.

5- Changements des points d'appuis

Les variations des surfaces d'appui sont essentielles dans une rééducation de ce type. Pour cela, on place Théo dans des positions encore inhabituelles pour lui.

a- latérocubitus

La position en décubitus latéral est intéressante. En effet, tout en restant confortable pour Théo, elle permet de proposer un appui au niveau des ceintures et de diminuer les manifestations du reflux gastro-œsophagien [5] (page 62-63).

Dans le même temps, cette position nous permet d'amener un enroulement des épaules qui

permet de ramener les deux membres supérieurs dans son champ de vision. De ce fait, on voit apparaître un contact main-main ou un contact-main bouche facilité suscitant un très grand intérêt chez Théo (**figure n°8**).

Dans cette position, de par la pesanteur, les deux membres inférieurs se touchent. Cela lui donne des informations supplémentaires qui permettent l'intégration du schéma corporel. Et de « reconstituer » son propre corps.

b- position assise

La position assise est très « physique » pour les nourrissons. En effet, la gravité contraint Théo à travailler contre la pesanteur. Cette position l'oblige à un grand contrôle de son tonus axial.

Pour l'amener dans cette position, assise sur le tapis de sol, je prends Théo dos contre moi, je place mes deux mains sous ses aisselles, pouces en arrière et doigts se croisant en avant. Cette position est idéale car elle permet de garder le bassin en rétroversion et de laisser ses membres supérieurs libres. (**figure n°9**). Les nombreuses informations données par l'intermédiaire de mes mains au niveau de son thorax lui confèrent une excellente stabilité ce qui permet à Théo de travailler presque exclusivement son contrôle de tête.

Il est indispensable d'alterner cet exercice avec des périodes de repos. Pour conserver une position semblable en éliminant la sollicitation musculaire, il est intéressant de placer Théo dans son transat par exemple.

6- Eveil sensoriel

Durant ses longues hospitalisations nécessitant de lourds protocoles de soins, Théo n'a pas reçu beaucoup de sensations agréables. Cet aspect de la rééducation doit être une préoccupation de l'ensemble de l'équipe soignante : kinésithérapeutes, infirmières, puéricultrices mais nécessite également l'implication essentielle des parents.

Il est intéressant de faire sentir à Théo de nouvelles sensations sur l'ensemble de son corps. Pour cela, on peut utiliser le massage [10] des membres inférieurs par des manœuvres préférentiellement appuyées. On peut également effectuer des manœuvres de « taping » au niveau des pieds ce qui permet de donner des sensations tactiles d'appui sur les membres inférieurs.

Plusieurs types de massages ont été décrits pour les prises en charge pédiatriques : le

massage Shantala et le toucher sensori tonico moteur.

Le massage Shantala est originaire d'Inde et transmis de génération en génération. Il a été repris par Frédéric Leboyer dans son livre « Shantala, le massage des enfants ». Il consiste à effectuer des mouvements enveloppants. On lui masse la poitrine, le ventre, le dos, les membres inférieurs, les pieds, les membres supérieurs, les mains, les doigts et on termine par la tête et le visage. Ce massage peut également être effectué à l'aide de différentes huiles essentielles adaptées aux bébés.

Le toucher sensori tonico moteur développé par Vaivre-Douret L. a montré des effets positifs pour les nouveau-nés prématurés notamment sur le gain pondéral, la diminution du temps d'hospitalisation et de la nutrition parentérale [11].

La prise en charge de type Kangourou est née à Bogotá en 1978. Elle est basée sur un contact peau à peau prolongé entre la mère et son enfant. Elle favorise l'allaitement, améliore l'organisation du sommeil des enfants, améliore la stabilité cardiorespiratoire, leur contrôle thermique et renforce l'attachement postural [12].

De plus, une étude a prouvé l'efficacité du massage du mollet en prévention de la douleur [13].

La toilette et le bain constituent un moment privilégié pour l'éveil sensoriel de Théo. En effet, le contact avec l'eau n'est pas sans rappeler l'environnement utérin prénatal. Cela peut alors lui rappeler des sensations agréables connues pouvant le rassurer par exemple. Dans le même ordre d'idée, la variation des sensations peut être obtenue en provoquant un flux d'air léger par l'intermédiaire d'un ventilateur déplacé sur l'ensemble de son corps.

Enfin, il peut être intéressant d'utiliser la musique lors des séances de kinésithérapie ou en dehors pendant les soins infirmiers. En plus de la stimulation auditive, certaines études suggèrent qu'elle a un effet sur l'atténuation des douleurs des gestes sur les nouveaux-nés [8]. Elle doit, dans ce cas, n'être utilisée que par période de 15 minutes pour limiter le risque de surcharge sensorielle.

7- L'installation

Durant toute son hospitalisation, l'installation de Théo fait partie intégrante de sa rééducation. Effectivement, la position de repos dans laquelle Théo sera installé veillera à favoriser l'intégration de son schéma corporel et la correction de sa plagiocéphalie [2].

Pour son installation dans son lit, je confectionne un « nid » [9]. Pour cela, deux serviettes

de toilette sont enroulées dans une alèse. Celles-ci sont positionnées de manière à former un « U ». Pour les pieds, deux autres serviettes enroulées sont mises en place ce qui permet de leur donner un appui (**figure n° 10**). Cette position permet d'avoir une rétroversion de bassin ce qui présente les avantages déjà décrits.

Ce nid permet la position en décubitus dorsal (**figure n° 11**) et en latérocubitus. Pour cette dernière, les pieds sont positionnés de part et d'autre de la serviette ce qui laisse aux membres inférieurs la possibilité de se mouvoir. (**figure n° 12**).

Dans le même esprit que pour le lit, un « nid » a été placé dans son transat (**figure n° 13**). De cette façon, les jambes ne se positionnent pas exagérément en rotation externe. Éventuellement, un soutien peut être placé derrière l'épaule afin d'enrouler la ceinture scapulaire et amener l'épaule vers l'avant.

Pour que Théo tourne la tête à droite, j'ai placé tout ce qui peut l'intéresser à sa droite. C'est pourquoi ses jouets ont été accrochés sur les barreaux du lit du côté droit (**figure n° 14**).

Un mobile a été placé au pied du lit. De cette façon, il ne renforce pas son hypertonie postérieure comme cela pourrait être le cas s'il se trouvait à l'aplomb des yeux ou au-dessus.

8- Les conseils aux parents

Durant toute la rééducation, mon rôle a été de sensibiliser les parents à l'intérêt de l'installation dans le développement de leur enfant, à leur prodiguer des conseils dans les techniques de portage, pour les déplacements et pour la vie quotidienne (toilette, changes, position d'allaitement...).

Pour ce faire, j'explique comment confectionner le nid et quel est son intérêt. Je leur ai conseillé des mesures simples applicables au quotidien comme de se positionner à la droite de Théo lorsqu'ils sont au fauteuil dans la chambre ou lorsqu'ils s'en occupent au quotidien. D'une manière générale, je les ai encouragés à alterner au maximum les positions et l'installation de Théo (lit, transat, bras...) toujours dans le but de minimiser les risques d'aggravation de la plagiocéphalie.

Dans les conseils donnés concernant le portage, il faut insister sur l'importance de « contenir » Théo. S'ils remarquent qu'il a tendance à pousser en arrière et à vouloir partir en extension, je leur ai conseillé de poser leur main sur son thorax en avant pour le rassurer et faciliter son retour vers la flexion.

Pour la vie quotidienne, des conseils plus généraux leur ont été prodigués quant à la position idéale lors des changes par exemple. En effet, il est intéressant chez les petits d'éviter de saisir les pieds pour changer les couches ; il est préférable de faire passer les enfants d'un côté puis de l'autre. Dans le même ordre d'idée, nous pouvons apprendre aux parents la manière la plus adéquate d'allonger leur enfant en passant préférentiellement par la position en latérocubitus pour passer de la position assise à la position allongée.

Comme expliqué plus haut, j'ai également pu insister sur l'intérêt de trouver des moments de calme pour faciliter le contact, entre eux et Théo, notamment par le peau-à-peau. Cela m'a permis de leur montrer les différentes manières de porter Théo, que ce soit pour trouver une position d'enroulement de bassin la plus agréable possible pour lui ou alors que ce soit pour favoriser son éveil et attirer au maximum son attention (le porter dos contre notre thorax afin de l' « ouvrir » au monde) [14] .

9- La sensibilisation de l'équipe soignante

Mon action au sein du service s'est inspirée des théories du NIDCAP® et des Soins de soutien au développement. Le Nidcap [15] est un programme basé sur 4 domaines principaux :

- modification de l'environnement
- installation et manipulation de l'enfant
- coordination globale des soins médicaux et paramédicaux pour le respect du rythme veille – sommeil
- intégration des parents aux soins de l'enfant.

Un de mes principaux objectifs a été de remettre en place et faciliter la bonne installation de Théo.

Dans ce but, une affiche a été rédigée et affichée au niveau du lit qui permet d'expliquer les conseils d'installation (annexe 4). Celle-ci a été agrémentée de photographies de Théo prises dans l'installation la plus adéquate possible ; l'explication a été rédigée dans le souci d'être compréhensible et applicable par un maximum d'intervenants.

J'ai choisi d'afficher les positions les plus courantes telles que le décubitus dorsal, le latérocubitus et l'installation dans le transat. J'ai fait apparaître les points les plus importants à

vérifier pour chaque position (épaules bien enroulées pour le décubitus dorsal, bras vers l'avant pour le latérocubitus) afin de ne pas renforcer l'hypertonie postérieure. Avec cette affiche, j'espère faire prendre conscience et convaincre l'équipe soignante que des postures simples peuvent permettre d'améliorer sensiblement le confort et le bien-être de Théo et auront un effet bénéfique à long terme.

Plusieurs fois par jour durant mon stage, je passais dans la chambre de Théo afin de pouvoir, le cas échéant, le repositionner dans une position correcte.

Pendant ce stage, j'ai également attaché une grande importance à partager avec l'ensemble de l'équipe mes observations ou mes objectifs à court terme. C'est pourquoi, j'allais régulièrement assister aux interventions de tous les autres praticiens afin d'échanger sur nos pratiques.

Dans cette optique, j'ai travaillé en collaboration avec les puéricultrices en leur exposant, jour après jour, l'axe principal de ma prise en charge afin que nous puissions allier nos compétences pour le bien-être de Théo.

DISCUSSION

ARTICLE 1 : Traitement non pharmacologique de la douleur néonatale. Ricardo Carbajal

Cet article débute par un constat alarmant concernant la prise en charge de la douleur des nouveau-nés. En effet, R. CARBAJAL prend l'exemple d'une étude française de 2008 concluant que sur 430 enfants en néonatalogie, seulement 20% ont bénéficié d'un traitement analgésique lors de soins douloureux. Selon lui, aucun traitement médical efficace n'a encore été développé à ce jour. Il propose ainsi dans cet article, une revue des méthodes non pharmacologiques pouvant être mises en place sans difficulté et pouvant améliorer le confort du bébé en remplacement ou en combinaison des moyens pharmacologiques.

La lutte contre la douleur commence, selon l'auteur, par la prévention des gestes douloureux. De plus, il insiste sur le fait de n'effectuer que les gestes nécessaires au diagnostic et/ou à la prise en charge thérapeutique.

La deuxième méthode étudiée est basée sur la diminution du stress environnemental. Il explique que la diminution de l'intensité de la lumière, du bruit, les manipulations douces et ponctuelles joueraient un rôle sur le sommeil, le poids et même la sévérité de la maladie. De plus, l'utilisation de la musique apporterait un réconfort au nouveau-né pendant et après le geste douloureux.

L'installation du nouveau-né est également importante : l'emmaillotement réduit la détresse provoquée par la douleur, la position en flexion ou le portage de l'enfant par sa maman lors des gestes invasifs diminue la fréquence cardiaque, la durée des pleurs et améliore le repos en diminuant les variations d'état de sommeil. La stimulation vocale et tactile a également une action positive.

L'étude démontre ensuite l'intérêt de la succion non nutritive, des solutions sucrées comme le saccharose et le glucose. L'auteur explique que pour potentialiser leurs effets, la stimulation multi sensorielle telle que le massage, la voix ou le contact visuel était conseillée. Le peau-à-peau (ou méthode Kangourou) a montré une réduction des pleurs, des grimaces, de la fréquence cardiaque et une diminution du score sur l'échelle de la douleur.

Il conclut l'article en conseillant l'association traitement médical / traitement non pharmacologique pour les gestes très invasifs et éventuellement, les méthodes décrites pour les gestes invasifs mineurs.

ARTICLE 2 : Les traitements non médicamenteux dans le suivi de l'enfant douloureux.

Ricardo Bienvenu, Thierry Moreaux, Chantal Wood.

L'article débute en annonçant que la lutte contre la douleur de l'enfant est l'une des 4 priorités nationales du plan de lutte contre la douleur.

Les auteurs passent ensuite en revue les moyens médicaux de prévention de la douleur tel que l'eau sucrée pour le nouveau-né, la crème EMLA®, l'anesthésie générale ou loco régionale et la morphine.

Il utilise ensuite la classification de Mc Grath pour lister les méthodes non pharmacologiques :

- Les méthodes physiques sont constituées de massage, d'électrothérapie et de l'application du chaud et du froid. Le massage permet à l'enfant de se détendre et d'augmenter son seuil de tolérance à la douleur. Il permet de ramener l'attention de l'enfant sur son corps qui a besoin de retrouver des sensations agréables et renforce la perception d'une unité corporelle. L'électrothérapie a un effet sur les douleurs musculaires, nociceptives et neuropathiques. Cette méthode présente l'avantage de rester compatible avec les activités de l'enfant. Enfin, l'application de chaud est efficace pour les douleurs abdominales, les spasmes intestinaux et les raideurs articulaires ; quant au froid, il entraîne une diminution de l'inflammation. Enfin, les bains écossais sont efficaces pour les patients souffrant d'algoneurodystrophie.
- Les méthodes comportementales sont constituées de la relaxation qui est recommandée par la Haute Autorité de Santé pour la prise en charge de la douleur. Elle apporte une sensation de bien-être et de détente, diminue l'anxiété et par conséquent la douleur. Le biofeedback en fait également partie ; il permet à l'enfant de prendre conscience des rapports entre son corps et son esprit.
- Les méthodes cognitives sont la distraction, qui consiste en « l'action de détourner l'esprit d'une occupation ou d'une préoccupation », et l'hypnose.

De plus, les auteurs proposent d'autres techniques telles que l'acupuncture, l'homéopathie, l'ostéopathie, l'auriculothérapie et les techniques artistiques telles que la musique ou les clowns.

Il conclut en expliquant que l'hôpital ne laisse que trop peu de place à cette approche notamment suite à l'enseignement uniquement médical des facultés de médecine.

ARTICLE 3 : Soins de développement : quel bénéfice pour le confort du nouveau-né, quelle stratégie d'implantation ? Jacques SIZUN, Murielle DOBRZYNSKI et al.

Dans cet article, les auteurs commencent par étudier l'impact de l'environnement sur la douleur et le stress. La lumière continue, les bruits fréquents, les manipulations multiples dépassent le seuil de tolérance du nouveau-né entraînant une instabilité végétative et comportementale avec une augmentation de la fréquence cardiaque et de la fréquence respiratoire, des épisodes de désaturation et d'agitation motrice.

Ils exposent ensuite l'efficacité des techniques de soins de développement. La mesure la plus efficace reste la réduction globale des procédures diagnostiques et thérapeutiques invasives. Les techniques sont nombreuses telles que la succion non nutritive associée ou non au saccharose, les techniques de peau-à-peau très efficaces chez le nouveau-né à terme et prématuré... L'enveloppement en fait également partie et permet une meilleure modulation de la réponse végétative et comportementale lors des gestes douloureux. Les études sur lesquelles se basent cet article ne permettent pas de montrer l'efficacité du massage ou du bercement sur la réduction de la douleur.

Les auteurs expliquent ensuite l'origine et la définition des soins de développement ou NIDCAP. Il s'agit d'une prise en charge centrée sur l'enfant et sa famille, basée sur l'observation de son comportement.

Il est ensuite expliqué que ces soins ont montré une diminution significative de la sédation chez les nouveau-nés prématurés et de l'utilisation de la morphine. La réponse motrice aux soins douloureux était moins intense et également moins durable.

Enfin, les auteurs reconnaissent la difficulté de mettre en place un tel programme dans un service de pédiatrie car il nécessite une formation de l'ensemble des soignants, et de par la nécessité de modifier l'environnement et l'organisation des soins. De plus, les parents jouent un rôle primordial dans ce type de soins. Les auteurs exposent alors la différence d'implication des parents entre les pays nord-européens (avec une mobilisation importante) et sud-européens. La France serait en situation intermédiaire.

REFLEXION PERSONNELLE

Mon immersion en juillet dans le service de pédiatrie m'a permis, avec l'aide des kinésithérapeutes et de l'ensemble des praticiens, de me rendre compte du rôle que peut jouer le masseur-kinésithérapeute auprès des patients et de son environnement.

J'ai ainsi pu remarquer, qu'hormis le rôle rééducatif pur, tel que l'entretien orthopédique ou le développement de la motricité chez ces enfants malades, le masseur kinésithérapeute pouvait avoir un rôle primordial dans le traitement de la douleur et dans sa prise en charge. Comme expliqué dans l'article 1, cet aspect de la rééducation et les solutions non pharmaceutiques que l'on peut proposer sont encore mal connues. Les thérapeutiques médicamenteuses représentent encore le choix principal.

Lors de ma pratique tout au long du stage, j'ai pu mettre en place différentes mesures auprès de Théo, les ajuster et apporter des améliorations afin qu'elles soient acceptées le mieux possible par Théo, le personnel et la famille du patient. Cela a été particulièrement vrai quand j'ai proposé des aménagements de son environnement. J'ai, par exemple, changé le sens du lit dans la chambre. Lors de cette étape, je suis intervenue régulièrement auprès du personnel pour expliquer l'intérêt d'une telle installation et les bénéfices apportés à Théo (luminosité moins importante et rotation de la tête facilitée contrant à la plagiocéphalie). Cette mesure a été acceptée et maintenue pendant tout son séjour et même appliquée dans la chambre d'autres enfants.

La diminution du son, des alarmes, du monitoring pendant les soins a été pour moi une évidence. J'ai, à ce propos, pu remarquer que cette mesure simple mais peu réalisée, était très bien acceptée par le personnel soignant et par les parents. En effet, ils se sont aperçus du caractère reposant et moins agressif de cet environnement modifié, aussi bien pour Théo, que pour eux, lors de leurs visites ou de leurs soins.

Le Masseur-kinésithérapeute est souvent, dans le service, une des seules personnes à être présente tout au long de la journée. Ainsi, c'est naturellement à lui d'adapter l'horaire de son intervention auprès des patients. J'ai ainsi pu me rendre compte que les nombreuses interventions des différents soignants sont étalées sur toute la journée (infirmiers le matin avant le tour médical, aides-soignantes dans la matinée, passage des agents de services hospitaliers quotidiennement sans

horaire précis et visite de la famille l'après-midi). Il est conseillé de diminuer le nombre d'interventions afin de faciliter le rythme veille/sommeil de l'enfant. Cependant, cette méthode n'a pas pu être mise en place devant les obligations de chacun.

Mais mon action pour la prise en charge de la douleur, ne se limite pas seulement à l'aménagement de l'environnement. J'ai pu utiliser des méthodes plus spécifiques à notre profession tel que le massage. Celui-ci permet un apaisement de l'enfant, une diminution des pleurs et de la fréquence cardiaque lors des soins. J'ai observé que le toucher et le contact faisaient partie intégrante des prises en charge par les infirmières ou les puéricultrices. Je les ai conseillés sur la technique elle-même ou plus généralement sur les positions à adopter pour elles et pour Théo (comme l'enroulement et la flexion des membres inférieurs) favorisant le confort.

L'approche pluridisciplinaire de ces enfants est primordiale. La prise en charge de la douleur n'en est pas exempte. En effet, le MK isolément ne peut pas avoir une action réellement efficace de par ses interventions ponctuelles. C'est dans cette perspective qu'il doit y avoir un rôle pédagogique d'explication et d'information à diffuser auprès de tous les intervenants qu'ils soient réguliers (infirmières) ou exceptionnels (nutritionniste). Un exemple concret : j'ai pu remarquer que la plupart des personnes intervenant auprès de Théo, doivent le porter pour effectuer les soins. Dans cette optique, j'ai ainsi pu leur prodiguer des conseils et proposer d'autres techniques de positionnement. Inversement, l'expérience des puéricultrices auprès de ces bébés malades m'a permis d'apprendre moi-même d'autres postures.

J'ai de plus, avec l'aide des kinésithérapeutes praticiens du service, pris l'initiative de confectionner un écriteau à afficher dans la chambre de Théo afin d'expliquer comment positionner Théo (ou les autres enfants) de la façon la plus correcte possible.

La prise en charge est également indissociable de la participation des parents dans le processus de soins de leur enfant. La maman de Théo était très présente à ses côtés ; cela m'a permis d'être souvent en contact avec elle. Celle-ci m'a ainsi beaucoup sollicitée pour avoir des explications ou simplement pour évoquer les difficultés qu'elle pouvait rencontrer depuis la naissance de son enfant malade. Elle m'a notamment fait part à plusieurs reprises qu'elle n'était pas à l'aise lors de la manipulation de son fils, ce qui l'empêchait d'envisager encore le retour à domicile de Théo comme l'avaient proposé les médecins. De ce fait, je lui ai montré les différentes

techniques utilisées en rééducation concernant le portage, mais également les techniques de retournements pour l'habillage par exemple. J'ai ensuite, avec elle, trouvé les meilleures installations possibles dans le lit, le transat, la poussette. Mon action auprès d'elle, a surtout été de la rassurer et de la déculpabiliser vis-à-vis de ses craintes tout à fait légitimes.

Cependant, avec ces enfants, les progrès effectués sont rapidement visibles et objectivables. Cela m'a donc obligé d'adapter ma rééducation au jour le jour afin de solliciter au maximum les acquis. Toutefois, les axes de la rééducation sont très nombreux dans ce type de prise en charge. Il m'a donc fallu diversifier les exercices tout en déterminant, précisément, les objectifs à court terme afin de garder une trame de fond et ne pas sur-stimuler Théo lors d'une même séance.

D'une manière générale, cette expérience d'un mois dans ce service en tant que futur masseur-kinésithérapeute m'a fait découvrir l'importance de la pluridisciplinarité. En effet, on ne peut pas envisager, pour une prise en charge aussi complexe, être isolé et agir seul. Il s'agit d'un environnement propice à l'échange des compétences professionnelles.

De plus, j'y ai découvert un aspect du métier qui m'était encore inconnu. Il s'agit de celui de la prise en charge d'un petit enfant qui ne peut pas encore exprimer ses douleurs, qui ne verbalise pas ses pensées ou ses appréhensions. Dans ce contexte, j'ai ainsi dû apprendre à observer le comportement et les réactions de mon patient, à m'adapter constamment aux signes que Théo pouvait m'envoyer lors des séances. J'ai dû adopter une attitude bienveillante au quotidien et surtout, ne pas lui transmettre les peurs ou les inquiétudes que j'ai pu ressentir face à un être si petit et fragile.

Enfin, ce qui différencie ces prises en charges pédiatriques des autres interventions auprès d'adultes, c'est le trio indissociable enfant malade-parent-soignant. Ces 3 acteurs fonctionnent en inter-relation perpétuelle et l'amélioration de l'état de santé de l'enfant doit obligatoirement passer par une mise en commun de nos expériences et de nos pratiques de soignants d'un côté, et du ressenti des parents de l'autre.

Enfin, j'ai pu mesurer et être sensibilisée, auprès de Théo et auprès de tous les autres enfants du service, à l'impact que peut avoir la naissance d'un enfant malade sur la vie professionnelle et familiale de leur entourage et les adaptations qu'elle entraîne (adaptation du temps de travail, vie au rythme des visites à l'hôpital...). Par notre rôle auprès d'eux, par les mesures que nous avons pu

mettre en place et qui cherchent à favoriser l'éveil et le bien-être de l'enfant, le masseur-kinésithérapeute est un contact privilégié avec les parents. Devant leur détresse et celle de leur enfant, nous nous devons d'adopter une attitude empathique d'écoute et de soutien.

CONCLUSION

Dans ce travail, j'ai souhaité donner un aperçu des techniques pouvant être mises en place pour la rééducation en neuro-pédiatrie. Celles-ci sont très nombreuses, variées et font l'objet de nombreuses publications. Outre les aspects mécaniques, ce mémoire a également voulu préciser l'importance de la prise en charge globale de ces adultes en devenir.

Durant ce stage, j'ai suivi Théo près de 3 semaines. Pendant ces observations, j'ai pu remarquer une évolution rapide de son développement sensori-moteur et relationnel. En fin de stage, je remarquais par exemple une nette amélioration de l'interaction entre Théo et l'ensemble des soignants.

Dans les semaines qui ont suivi mon départ, il a subi une nouvelle intervention pour remise en continuité de l'ensemble de l'appareil digestif, et donc, pour retirer ses différentes poches. L'opération s'est bien passée mais des complications respiratoires sont survenues qui ont amenées à placer Théo en réanimation pédiatrique où il a été intubé-ventilé pendant plus d'une semaine.

Le bilan de sortie de Théo note un enfant bien éveillé au contact vif. Son ventre est très cicatriciel. Il n'a plus de nutrition parentérale mais peine toujours avec ses biberons. La motricité des membres inférieurs reste entravée mais il y porte maintenant un très grand intérêt. Au niveau des membres supérieurs, Théo a développé ses capacités de préhension et fait preuve d'une très grande précision. Il garde une importante plagiocéphalie et une rétraction du trapèze supérieur droit. Il ébauche un début de retournement en voulant passer sur les côtés.

Théo est sorti de l'hôpital Jeanne de Flandre le 9 novembre, pour être pris en charge par l'hôpital de Dunkerque via l'hospitalisation à domicile où une infirmière a appris aux parents à gérer l'alimentation de Théo par la sonde de nutrition naso-gastrique en complément des biberons. A ce jour, Théo va bien, il est rentré chez lui auprès de ses parents, de ses frères et sœurs.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Société Canadienne de Pédiatrie. Des Recommandations pour le Traitement Néonatal par Surfactant Exogène. Pédiatrie Child Health. février 2005 ; vol.10 numéro 2
- [2] Harnois H., Simon A. La Plagiocéphalie postérieure d'origine positionnelle : prévient-on les déformations du crâne chez le nourrisson ?. Kin Scient. 2010 ; 506 :31-37
- [3] Debillon T., Des Robert C. Les grilles d'évaluation de la douleur en néonatalogie : synthèse de littérature. Médecine thérapeutique / Pédiatrie. avril 2012 ; vol. 5 numéro 2 : 78-82
- [4] Delion P. Le Carnet Psy. Edition Carzambon. 2004 ; vol.6 numéro 92
- [5] Vasseur R, Delion P. Périodes sensibles dans le développement psycho moteur de l'enfant de 0 à 3 ans. Edition érès. 2011 ; Toulouse
- [6] Vasseur R. Le bébé et le geste : Importance des aspects biomécaniques et des points d'appui posturaux dans la genèse de l'axe corporel. Enfance. 2000;3:221-233
- [7] Sizun J, Ratynski N, Mambrini C. Planter un programme individualisé de soutien du développement en réanimation néonatale: pourquoi, comment?. Arch. Pediatr . 1999;6;434-9
- [8] Carbajal R. Traitement non pharmacologique de la douleur néonatale. Néonatal Pain. 2008 ;83-97
- [9] Bruneaux C, Moreau S. Le « cocon » en réanimation pédiatrique et en néonatalogie. Hôpital des enfants, Groupe hospitalier Pellegrin. Bordeaux JARCA 2008
- [10] Fromont A. La problématique du massage comme soin au développement chez les prématurés en unité de soins intensifs néonataux. Analyse qualitative dans des unités de Bruxelles p. 16-26. [Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de master en Santé Publique, finalité politique et gestion des systèmes de santé]. Bruxelles : Université libre de Bruxelles Ecole de Santé Publique ; 2011 Août
- [11] Vaivre-Douret L, Oriot D, Blossier B et al. Effets du toucher «Sensori-Tonico-Moteur» (stimulations multimodales) et application cutanée d'huiles végétales sur le développement néonatal de prématurés. Dietecom ; 2010 Mar 25-26 ; Ecole de Médecine Paris 6ème
- [12] Casper C., Pierrat V. et al. Sensorialité du nouveau-né prématuré et environnement humain à l'hôpital. Rev. Med. Périnat. 2011 ;3 :97
- [13] Doually Y. Lutte contre la douleur en pédiatrie, les soignants sont mobilisés. Soins Pédiatrie-

puériculture.2011 ; 258 :5-6

- [14] Mathet-Jolly F. Porter les bébés et les petits enfants : une autonomie retrouvée. La Revue des Entretiens de Bichat-Entretien de la petite enfance. 2007
- [15] Glorieux I, Monthaux N, Casper C. NIDCAP® : définition, aspects pratiques, données publiées. Arch. Pediatr. 2009;16:827-829