


**Les appuis nécessaires au
développement précoce de
l'enfant né à terme de parents
présentant des conduites
addictives**

L'accompagnement personnalisé en réseau
coordonné dès la grossesse : un appui
porteur aux parents vulnérables et à
leur nouveau-né

DR RAFI KOJAYAN, PÉDOPSYCHIATRE
CAROLINE DOUBLET, PSYCHOMOTRICIENNE
NATACHA BAILLE, ORTHOPHONISTE

LUNDI 10 JANVIER 2022

- 
- Les premières théories du développement psychique de l'enfant ont été développées à partir de l'analyse des récits des patients en cours en cure psychanalytique : les aspects corporels en étaient absents
 - Premier tournant : l'enrichissement de cette théorie à partir d'éléments apportés par l'observation de l'enfant avec Piaget, Ajuriaguerra, Dolto, Pickler, Bick, Haag, Bullinger, Vasseur...
 - Cette théorisation s'est construite néanmoins à partir de l'observation de l'enfant avec un trouble déjà constitué
 - Deuxième tournant : l'accès aux soins psychiques dès les premiers jours de vie nous a permis d'aborder le développement précoce avec un nouveau regard plus positif sur ses particularités. L'enfant met en place des moyens de compensation dès la naissance pour se stabiliser. Ils sont mobilisables d'autant que la prise en charge est précoce afin d'éviter leur fixation et de limiter le développement de pathologie (epipage 1 2 ; Prechtl, Hadders Algra, Vasseur, CAMPS)

DÉVELOPPEMENT PRÉCOCE DE L'ENFANT: PÉRIODE CRUCIALE

- les recherches sur la plasticité neuronale
- le concept des mille premiers jours: l'impact de l'environnement sur la santé globale future de l'enfant
- l'épigénétique: lien et influence entre génétique et environnement
- impact fort de l'environnement sur le développement précoce
- la notion de période sensible de 0 à 6 mois (Roger Vasseur/ Pierre Delion)

CONSTAT ACTUEL AMER

Pour les enfants nés à terme à risque d'un trouble du neuro développement (TND) :

- le repérage des particularités développementales et des signes avant-coureurs d'un TND entre 0 et 6 mois reste encore aléatoire
- la prise en charge précoce avant 6 mois ne fait pas consensus
- une dynamique collective encore difficile à insuffler

INTERVENTION PRÉCOCE

- pourtant tout le monde s'accorde sur l'importance d'intervenir tôt dans le repérage et la mise en route des soins des troubles du neuro développement
- le développement du trouble démarre pendant la vie embryonnaire puis fœtale, les signes avant-coureurs sont pourtant présents dès les premières semaines de la vie de l'enfant
- nous pouvons précocement rendre positif l'impact de l'environnement humain sur le développement de l'enfant par nos actions précoces et éviter la fixation des particularités en troubles

SOINS AU SOUTIEN DU DÉVELOPPEMENT CHEZ L'ENFANT À TERME

- à l'instar de ce qui se fait pour les enfants prématurés à risque de TND: programme NIDCAP (Als, Brazelton), approche sensori-motrice de Bullinger, suivi réseau d'aval ...
- certains enfants nés à terme avec risque de TND nécessitent aussi de soins de soutien au développement
- il est urgent d'améliorer le repérage et l'accès à ces soins précoces: pédopsychiatrie, thérapie psychomotrice, orthophonie, kiné, ostéopathie ...
- le repérage passe par une sensibilisation et un ancrage périnatal des équipes pédopsychiatriques, psychologues avec une intervention pour certaines dès l'anténatal

L'ENFANT SE DÉVELOPPE À PARTIR DE QUATRE APPUIS FONDAMENTAUX POUR RETROUVER SA STABILITÉ

- l'appui sur l'organisme
- l'appui sur l'axe corporel
- l'appui sur la contenance
- l'appui sur l'environnement

APPUI SUR L'ORGANISME

- construction de cet appui régie par la programmation génétique et par la ou les prédisposition(s) familiale(s)
- intégrité du fonctionnement de l'organisme maternel pendant la grossesse
- intégrité du développement et fonctionnement neurologique dès l'anténatal (mouvements généraux,...), de la construction de l'organisme fœtal et bon fonctionnement somatique en postnatal (digestif, ORL, acuité sensorielle, dermatologique, ...)

APPUI SUR L'AXE CORPOREL

- *dans la cavité utérine* : le fœtus adopte une posture globale d'enroulement rendue possible par les appuis posturaux
- *à la naissance* :
 - il perd ses appuis et sa position d'enroulement
 - l'enfant fait face à une nouvelle sensation: la sensation de pesanteur
 - il va devoir reconstruire son tonus en flexion en 6 mois pour retrouver la position regroupée
 - le nourrisson est certainement programmé à se redresser de manière instinctive, il doit apprendre à se redresser à la verticale de façon stable par la mise en place harmonieuse du **tonus axial**
 - grâce à l'intégration des **appuis posturaux** à travers les expériences motrices sur le dos, sur le ventre, dans les bras des parents en position assise

APPUI SUR L'AXE CORPOREL

- cette progressive et harmonieuse mise en place du tonus axial combinée à l'intégration des appuis posturaux permet à l'enfant d'accéder au redressement antigravitaire fiable
- il ne peut se construire qu'en lien avec l'environnement dans sa dimension relationnelle, émotionnelle et psychique
- cette construction de l'axe corporel fait accéder l'enfant à la position assise et debout stable
- à partir de cette posture stable, il va s'orienter dans son environnement, organiser ses gestes et ses futurs déplacements et se situer par rapport à l'autre
- c'est un véritable appui dans son individuation

APPUI SUR LA CONTENANCE

c'est à partir du moment où l'espace est délimité qu'il existe et devient enveloppe contenant . La construction de ces différents espaces en relation avec l'autre permet le processus de séparation-individuation de l'enfant.

- **L'espace utérin**
- **L'espace commun**
- **L'espace de la sphère orale**
- **L'espace intime**
- **L'espace proche**
- **L'espace lointain**
- **L'espace représenté**

APPUI SUR LA CONTENANCE

- **L'espace utérin** : le fœtus évolue dans un espace limité par la cavité utérine et contenu dans le liquide amniotique. Il évolue dans un espace délimité, fermé et contenant qu'il peut ressentir par les contacts entre son propre organisme et l'organisme maternel. Il y a déjà une interaction et un dialogue entre deux organismes bien distincts
- **L'espace commun** : les bras des parents donnent accès à la stabilité dans une position regroupée et soutiennent les échanges par le regard avec un parent disponible psychiquement et dans le partage émotionnel. La coordination entre le contact de tout le dos du bébé avec le corps parental et le contact œil à œil permet la construction de cet espace. Il est alors contenant. C'est une œuvre commune, elle se fait ensemble, à plusieurs. L'enfant n'est pas encore un individu à part entière, c'est dans le partage qu'il commence son processus d'individuation
 - il s'agit de la construction de l'arrière-fond de Bullinger
 - « c'est l'étape très précoce d'organisation du moi corporel », selon Haag, qui fonde le premier sentiment du moi

APPUI SUR LA CONTENANCE

■ L'espace de la sphère orale :

- in-utérin, la bouche est déjà investie par la main en bouche et la succion non nutritive et ressentie par le passage du liquide amniotique
- après la naissance, les appuis posturaux et la position stable dans les bras du parent permettent au bébé l'exploration de la cavité buccale et la délimitation de sa surface lors de la succion non nutritive. Le temps d'alimentation permet aussi de renforcer la construction de cet espace
- après deux mois, la fermeture de bouche est enfin rendue possible et stable, la cavité buccale est délimitée et fermée, il y a un dedans et un dehors. La sphère orale peut contenir et elle est contenante. Elle va pouvoir devenir un lieu de passage de l'objet et un moyen d'exploration de l'objet. L'enfant peut continuer sa différenciation et son individuation avec l'autre et l'objet
- la bonne construction de cet espace, appelé aussi par Bullinger l'espace oral, contribue à l'intégration de l'enveloppe corporelle et au développement de l'espace proche

APPUI SUR LA CONTENANCE

- **L'espace intime** : la peau est une enveloppe corporelle contenant. Elle définit la limite entre l'intérieur et l'extérieur du corps, le dedans et le dehors. Elle ne se restreint pas à une limite physique, elle se construit dans la relation avec l'autre dans ses composantes psychiques et émotionnelles et par la suite, continue à réguler nos contacts et nos interactions avec l'autre et l'objet. L'enfant différencie son corps par rapport aux objets et aux autres, l'enveloppe du corps et son effet de contenance permet à l'enfant de comprendre la notion de soi et de non-soi: c'est un processus fondamental dans l'individuation
 - Head parle d'interface ou d'enveloppe corporelle (1918)
 - Hécaen et Ajuriaguerra (1952) disent que les perceptions cutanées sont étroitement unies aux sensations musculaires et articulaires dans la mise en mouvement du corps, nécessaire pour donner une image exacte de notre corps
 - cette limite est amenée par l'environnement humain et physique par la manipulation dans les soins donnés à l'enfant (handling) et le portage (holding) de Winnicott
 - le moi-peau d'Anzieu (1974)

APPUI SUR LA CONTENANCE

- **L'espace proche** : l'enfant grandit. Grâce à sa stabilité posturale et émotionnelle, ses expériences de saisies d'objet et de manipulation peuvent se répéter et devenir de plus en plus précises sans effort. L'enfant peut localiser l'objet par rapport à lui et construit la limite de son champ de préhension. Il comprend si l'objet est dedans ou en dehors de cet espace. La limite de cet espace devient contenante et apaisante car l'enfant peut décider de faire rentrer ou sortir l'autre ou l'objet de cet espace délimité, d'organiser son geste s'il décide de le prendre, de simplement le regarder si l'objet l'intéresse ou de se déplacer pour aller le chercher. L'enfant délimite son champ d'action sur l'autre et l'objet, il y porte une intention, il continue son processus d'individuation
 - il s'agit de l'espace de préhension de Bullinger
 - la kinésphère ou sphère du mouvement de Laban, c'est-à-dire « le volume occupé par le danseur et limité par l'allongement maximal de ses segments ... », c'est « l'exploration des niveaux, des plans, des directions, des orientations, de l'amplitude, du volume, de la hauteur, la largeur et la profondeur, avec tout le corps ou une partie ... »

APPUI SUR LA CONTENANCE

- **L'espace lointain:** plus tard, en appui sur son bassin, ses jambes et ses pieds, l'enfant continue à se verticaliser tout en restant stable. Il augmente son territoire d'action: il pivote d'abord sur ses fesses à l'aide de ses jambes pour aller chercher un objet derrière lui, puis il se met debout sa surface d'activité augmente puis il marche de manière stable, coordonnée et dirigée, l'enfant se déplace vers l'objet ou la personne. il se déplace soi ou déplace l'objet
 - le corps devient véhicule, cela correspond à l'espace du corps et l'espace de déplacement de Bullinger
 - se définit comme le volume dont dispose le danseur pour se mouvoir: prendre l'espace, occuper tout l'espace. Cet espace est en lien avec l'espace relationnel qui donne à voir des espaces de rencontres et de distanciations

APPUI SUR LA CONTENANCE

- **L'espace représenté** : C'est en se stabilisant et en répétant son geste sur son propre corps et sur les objets (coordination sensorimotrices) que l'enfant s'en fait une image. L'espace représenté est l'aboutissement des représentations sensorimotrices. Les représentations sont maintenant stables et existent en dehors de l'action. C'est en vivant son corps de manière stable et apaisée dans la relation avec le parent qui y donne sens, qu'il se le représente et peut en faire plus grand, un dessin précis. Le schéma corporel est bien défini. Il se représente l'espace autour de lui. L'enfant fabrique des représentations mentales sur lesquelles il peut s'appuyer et qui influenceront ses futures actions sur le monde et sa régulation émotionnelle. Il anticipe, programme et automatise son geste. Tout comme il organise son geste, il organise sa pensée
 - proto-représentation de Piaget
 - mantèlement de Meltzer (1974)
 - les boucles cognitives, les invariants et les objets psychiques de Bullinger
 - transformation des éléments alphas en bêta de Bion, par la capacité de rêverie de la mère

APPUI SUR L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET HUMAIN

L'environnement physique et humain en interaction avec l'enfant, doit être cohérent avec ses besoins et son fonctionnement. Ainsi l'observation de l'enfant va permettre de mettre en place un cadre de vie qui organise et donne sens à ses conduites et à son vécu (Pickler)

- Environnement physique
- Environnement humain
 - vulnérabilités psychiques parentales dès la grossesse
 - disponibilité psychique dès les premières minutes de vie qui permet aux parents de faire pare-excitation, de donner sens à ses conduites et de les moduler. Il est important de prendre en considération les vulnérabilités parentales dès la grossesse pour mieux anticiper et organiser l'accueil du nouveau-né
 - schèmes d'attachement Bowlby, Guedeney
 - organisateurs de Spitz

L' ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

- stress
- alimentation
- particules fines
- perturbateurs endocriniens ...
- impact des évènements obstétricaux sur le développement du fœtus:
 - allongement prolongé / utérus tonique
 - gémellité, utérus cloisonné ...
 - quantité de LA
 - pathologie de la grossesse : diabète gestationnel, HTA, hyperthyroïdie
 - position en siège

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

- Impact de l'accouchement:
 - vécu des 2 parents de l'accouchement
 - naissance post-terme
 - naissance présentation de la face (tête en hyper-extension)
 - Instrumentation : impact sur la mise en place du tonus et le vécu sensoriel du bébé
 - césarienne
 - spatules
 - ventouse
 - forceps
- séparation mère-bébé
- peau-à-peau

TROUBLES PSYCHIQUES EN ANTÉ OU POSTNATAL

- pathologie mentale parentale : déficience mentale, trouble du spectre autistique, trouble de la personnalité état limite, trouble des conduites alimentaires, addiction, trouble de l'humeur, psychose ...
- anxiété généralisée
- dépression: DAN, DPP
- grossesse dans un contexte de deuil familial
- grossesse après perte d'enfants: IMG, MFIU ...
- ...


INTERVENTION DÈS LA GROSSESSE POUR FRAGILITÉS PSYCHIQUES PARENTALES

- les facteurs de vulnérabilité sont déjà présents dès l'anténatal
- prépare la rencontre parent/enfant
- anticiper avec les parents les besoins du nouveau-né dès les premières semaines de son développement
- accès précoce aux nourrissons entre 0 et 6 mois
- *les parents : premiers acteurs du développement de l'enfant*
 - « perfuseurs » du tonus de leur bébé
 - « appui relationnel » fondamental

- les soins de posturage du Dr Toubin (cf revue de périnatalité)
- séances de préparation à la naissance et à la parentalité: en binôme sage-femme/orthophoniste ou sage-femme/psychomotricienne
- aborde avec les parents en anténatal le développement précoce de leur nouveau-né, de ses besoins dès la naissance en terme de portage, d'appui, de son rapport à la sensorialité et son tonus:
 - avec le pédiatre lors de la VAP
 - la psychologue de maternité ou pédopsychiatre
 - ➔ les parents attendent avec impatience cette consultation du post-partum

MISE EN PLACE DE MOYENS DE COMPENSATION POUR SE STABILISER TANT SUR LE PLAN CORPOREL QU'ÉMOTIONNEL

- le développement de l'enfant est un processus et est un système qui cherche toujours l'équilibre
- les 4 appuis fondamentaux fonctionnent ensemble et tentent de s'harmoniser dès la grossesse et dans une continuité de l'anté au postnatal: *sentiment continu d'exister*
- chaque appui prend appui l'un sur l'autre
- si les appuis ne sont pas fiables, l'enfant ne peut explorer, investir et intégrer la stabilité tant corporelle qu'émotionnelle
- la stabilité corporelle et la stabilité émotionnelle sont intimement liées entre elles et l'une ne peut se développer sans l'autre
- il met alors en place des moyens de compensation
- les moyens de compensation caractérisent le comportement de l'enfant et peuvent expliquer ses difficultés (sommeil, alimentation, pleurs...besoin d'être porté, exigence voire autorité ou opposition importante envers les parents pour le plus grand)

- 
- si un des appuis manque de fiabilité, des particularités sont présentes chez les 3 autres appuis
 - les enfants avec des fragilités dans la mise en place des appuis fondamentaux, présentent des particularités dans leur développement dès la naissance
 - nous observons chez ces enfants, également dès la naissance la mise en place de moyens de compensation
 - il est vain d'intervenir sur un des appuis fondamentaux sans prendre en considération les autres : il est important de réfléchir sur un projet thérapeutique prenant en compte les 4 appuis

MISE EN PLACE DE MOYENS DE COMPENSATION POUR SE STABILISER

TANT SUR LE PLAN CORPOREL QU'ÉMOTIONNEL

■ appui sur l'état de vigilance

Quand la situation est trop compliquée à vivre, le bébé ou l'enfant plus grand se régule émotionnellement par la diminution ou l'augmentation de son niveau de vigilance. C'est un fonctionnement archaïque, c'est un appui utilisé par l'enfant lorsqu'il est en grande difficulté. On le retrouve, chez le plus grand, dans le TDA, TDC et TSA

- quand l'effet de la sensation est vécue comme désagréable voire intrusive : enfant hypersensible et irritable. Le bébé ou l'enfant plus grand regarde dans le vide et diminue son attention pour éviter la sensation quand il la subit
- quand l'enfant ne peut perdurer dans une coordination,
 - quand l'alimentation lui demande trop d'effort, le bébé s'endort sur le sein ou le biberon
 - quand l'activité demandée par l'adulte est trop difficile, le plus grand lâche son attention
- quand les interactions sont ressenties comme intrusives
 - diminution de la vigilance : le bébé peut s'endormir, le grand se « ramollit », baille
 - augmentation de la vigilance, hypervigilance : le bébé ou le grand, sans cesse

MISE EN PLACE DE MOYENS DE COMPENSATION POUR SE STABILISER TANT SUR LE PLAN CORPOREL QU'ÉMOTIONNEL

- **appui tonique et postural :**
 - il peut bloquer sa respiration (apnée ou tonus pneumatique) pour retrouver la stabilité du haut du corps et pour se fixer dans une position, le plus souvent en position assise après le deuxième mois
 - il peut avoir une fermeture de bouche excessive (appui bouche). sa bouche est pincée, tonique et ou il a un besoin excessif de succion ou de mise en bouche des mains ou de l'objet
 - il s'accroche aux vêtements, il se tient les mains serrées ; un peu plus grand il s'accroche à l'objet
 - il pousse son dos vers l'arrière, est collé au plan de la table. Plus grand, il se colle le dos contre les parents et quelquefois contre les murs.
 - il privilégie une position asymétrique. Un côté préférentiel se développe sans torticolis ou oriente le regard et la tête sur le côté pour se stabiliser et/ou éviter la sensation sur l'avant

MISE EN PLACE DE MOYENS DE COMPENSATION POUR SE STABILISER TANT SUR LE PLAN CORPOREL QU'ÉMOTIONNEL

■ appui sensoriel

- il fixe du regard (appui visuel). Il est très attiré par les plafonniers et les contrastes visuels (les scintillements de lumière, les feuilles des arbres qui bougent, les bordures de rideaux ou de fenêtres, les vêtements colorés).
- il fait beaucoup de bruits avec sa bouche (appui sonore). Des bruits répétitifs et assez monotones : raclements de gorges, bruits de lèvres (il fait la moto), cris plus ou moins aigus, fait l'escargot (faire des bulles avec sa salive).
- il tourne la tête de droite à gauche à forte cadence, de manière répétée (appui vestibulaire)

MISE EN PLACE DE MOYENS DE COMPENSATION POUR SE STABILISER TANT SUR LE PLAN CORPOREL QU'ÉMOTIONNEL

- il raidit ses bras et/ou ses jambes, se met en mouvement incessant. Il renforce ses sensations musculaires (appui proprioceptif)
- il « sniffe » son doudou, sent l'aliment avant de le mettre en bouche (appui olfactif)
- il tape un ou deux pieds en même temps sur la table à langer, il tape sans cesse le jouet sur la table, il se tape la tête chez le plus grand (appui vibratoire)
- il se frotte la surface de ses mains, les mains au pantalon pour le plus grand après avoir touché une texture désagréable par exemple (appui tactile)

MISE EN PLACE DE MOYENS DE COMPENSATION POUR SE STABILISER TANT SUR LE PLAN CORPOREL QU'ÉMOTIONNEL

- **appui relationnel**

- il cherche à interagir avec l'adulte de manière systématique, ininterrompue. Il demande beaucoup les bras, tolère difficilement d'être posé, vous recherche sans cesse du regard. Il interpelle très souvent vocalement, voire coupe la parole. Il sourit beaucoup, de façon assez automatique

- **appui cognitif**

- surtout présent chez le plus grand, l'enfant a des idées fixes, développe des intérêts particuliers (comme les couleurs, compte, connaît le système solaire...). nous retrouvons la rationalisation chez l'adulte

LES PARENTS PRÉSENTANT DES TROUBLES D'ADDICTION

Nous retrouvons souvent une fragilité des 4 appuis fondamentaux, avec trouble de l'identité, une instabilité psychomotrice, une altération de la représentation du corps et des ressentis, des troubles des conduites alimentaires et co-morbidité (trouble de l'humeur, anxiété, parfois psychose, ...), trouble précoce de maturation de la personnalité en lien avec l'altération du processus séparation-individuation, absence d'élaboration psychique

- appui sur l'organisme: nous retrouvons souvent des ATCD familiaux d'addiction, de troubles psychiques ou psychiatriques
- appui sur l'axe corporel: les appuis posturaux et la mise en place des appuis posturaux sont fragiles
- appui sur la contenance: nous retrouvons un manque d'intégration de l'appui sur la contenance
- appui sur l'environnement: nous retrouvons souvent un passé douloureux, maltraitance, placement, conflits familiaux, ...

MÉCANISMES DE COMPENSATION EN PLACE

La substance utilisée par la personne qui présente une conduite addictive va avoir une action sur l'état de son tonus soit au moment de l'imprégnation du produit ou dans les périodes de manque. Les effets ne seront pas les mêmes selon le type de substance psychoactive mais aussi selon le mode d'incorporation, le moment et la personne avec qui la substance va être consommée. Nous retrouvons les mêmes appuis que chez l'enfant:

- appui sur l'état de vigilance : en hypervigilance ou somnolence accrue
- appui tonique et postural
- appui sensoriel
- appui relationnel
- appui cognitif

CONCLUSION

- Nous ne pouvons hiérarchiser l'importance des appuis car ils sont interdépendants. Les différents appuis ne s'intègrent qu'en relation.
- Ce qui fait de l'appui sur l'environnement humain le moteur de ce processus.
- Repérer précocement dès la grossesse les parents extrêmement vulnérables pour leur proposer un accompagnement personnalisé en réseau coordonné qui aura une fonction contenante et offrir très tôt un environnement humain, moteur du bon développement précoce de l'enfant.
- Il s'agit d'un travail collectif de l'anté au postnatal qui réunit les champs de compétences de l'addiction et de la psychiatrie, de la grossesse et du développement de l'enfant : il s'agit d'un enjeu collectif