



Ecole d'ergothérapie – IFE ADERE – Paris 20
Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie
52 rue Vitruve – 75020 Paris

MEMOIRE

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6 et en vue de
l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Présenté par
Anna PERONNE

L'intervention de l'ergothérapeute en unité néonatale

Sous la direction de
POINSOT Sandrine

Session juin 2025

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné ».

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier tout particulièrement ma maîtresse de mémoire Sandrine POINSOT qui m'a accompagnée dans ce projet tout au long de l'année, grâce à ses conseils et sa bienveillance.

Je remercie également les professionnels qui ont participé à mes entretiens, pour leurs réponses, leurs temps et investissement dans ce projet.

Mes remerciements se tournent également vers l'équipe pédagogique de L'ADERE pour leur accompagnement tout le long de la formation, en particulier à ma référente pédagogique pour son aide apportée dans l'avancée de ce mémoire.

Je tiens à remercier aussi ma maman pour ses innombrables lectures et relectures de cet écrit.

J'adresse aussi surtout un énorme merci à mes camarades, devenus aujourd'hui mes amis, pour m'avoir conseillée, encouragée et soutenue, surtout pendant les périodes de doute de ce mémoire. Je remercie également Aymeric et Ombeline pour leur temps personnel qu'ils ont consacré, afin de m'apporter leur aide et leurs conseils, toujours avec bienveillance.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	6
2. CADRE CONCEPTUEL.....	7
A. LE NOUVEAU-NÉ PRÉMATURÉ.....	7
1. La prématurité.....	7
2. Les pathologies néonatales.....	8
3. La relation parent-enfant.....	9
4. La séparation.....	10
B. LA PRISE EN SOIN EN ERGOTHÉRAPIE.....	10
1. L'ergothérapie.....	10
2. Personne - Environnement - Occupation.....	10
3. L'ergothérapie dans un service de néonatalogie.....	11
3.1 Personne.....	12
3.1.a Le développement du fœtus.....	12
3.1.b Gestion du stress et douleur postnatale.....	13
3.1.c Le programme du NIDCAP.....	14
3.2. Occupation.....	15
2.1.a L'alimentation du tout petit.....	15
3.2.b Le sommeil.....	16
3.2.c Les soins personnels du nourrisson.....	17
C. L'ENVIRONNEMENT.....	17
1. Environnement physique.....	17
1.1 La surstimulation tactile.....	18
1.2 La surstimulation auditive.....	19
1.3 La stimulation visuelle.....	19
1.4 La surstimulation chémosensorielle.....	20
1.5 La surstimulation vestibulaire.....	21
1.6 La surstimulation motrice.....	22
2. Environnement humain.....	22
2.1 Accompagnement de la famille vers le retour à domicile.....	22
2.2 Les soins kangourous.....	23
2.3 Le positionnement.....	25
2.4 Les adaptations possibles.....	25
3. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE.....	26
4. MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE ENVISAGÉE.....	27
A. CHOIX DE L'OUTIL.....	27
B. POPULATION CIBLÉE.....	27
C. CONSTRUCTION DE L'OUTIL.....	28

D. PRISE DE CONTACT.....	29
E. MODALITÉ DE PASSATION.....	29
F. CHOIX DE L'ANALYSE DE L'ENQUÊTE.....	30
5. RÉSULTATS ET ANALYSE DE L'ENQUÊTE.....	30
A. PRÉSENTATION DES ERGOTHÉRAPEUTES.....	30
B. LA PLACE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE EN UNITÉ NÉONATALE.....	31
C. LA PRISE EN SOIN DU NOUVEAU-NE.....	35
D. L'AMÉNAGEMENT DE L'ENVIRONNEMENT.....	40
E. L'ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS.....	43
6. DISCUSSION.....	46
A. MISE EN RELATION AVEC LA LITTÉRATURE.....	46
1. Comparaison avec l'intervention de l'ergothérapeute en unité néonatale.....	47
2. Comparaison avec la prise en soin du nouveau-né prématuré.....	48
3. Comparaison avec l'aménagement de l'environnement néonatal.....	49
4. Comparaison avec l'accompagnement parental.....	50
B. VALIDATION DE L'HYPOTHÈSE.....	51
C. LIMITE ET LEVIER DE LA RECHERCHE.....	51
7. CONCLUSION.....	52
8. BIBLIOGRAPHIE.....	54
9. ANNEXES.....	58

1. INTRODUCTION

En 2023, l'UNICEF rapporte 140 millions de naissances, dont 13,5 millions d'entre elles sont des naissances prématurées (UNICEF, 2023). En France, d'après les informations fournies par l'INSEE, 678 000 bébés sont nés cette année-là, dont 60 000 étaient prématurés (INSEE, 2023).

Ces données de 2023 mettent en lumière l'importance de la prématurité comme enjeu de santé publique aussi bien à l'échelle mondiale que nationale. Selon le compte rendu du Sénat datant de mars 2024, il en ressort qu'en comparaison avec la situation de la France avec celle de cinq autres pays, il existe une importante différence de taux de mortalité pour les extrêmes prématurés. En effet, la pratique de l'ergothérapeute en France est peu développée dans les unités néonatales. C'est pourquoi le Sénat souligne également la nécessité de renforcer la formation des professionnels de santé, y compris des ergothérapeutes, dans le but d'améliorer la prise en charge des enfants en néonatalogie (Sénat, 2014). En tant qu'ergothérapeute, il est essentiel de rappeler que notre intervention ne se limite pas aux enfants, adultes ou personnes âgées. Nous pouvons aussi contribuer à la santé des nourrissons dès leur naissance. C'est pourquoi, ce mémoire est une démarche dans le développement de la pratique de l'ergothérapeute en une unité néonatale, ainsi que dans la compréhension de la complémentarité de sa présence.

Particulièrement vulnérables à la naissance, les nouveau-nés prématurés ont souvent des besoins médicaux spécifiques et complexes. Les premières semaines et les premiers mois de leur vie sont déterminants pour leur bon développement. La prématurité est liée à des risques de troubles du développement ultérieur. C'est la raison pour laquelle que l'intervention de l'ergothérapeute en service de néonatalogie, peut participer au développement sensoriel, moteur et cognitif et prévenir les retards développementaux des nouveau-nés, contribuant ainsi à leur adaptation et à leur santé (Ratynski, et al., 2017).

De plus, l'étude EPIPAGE-1 a réalisé une enquête sur le devenir des enfants prématurés suite aux conséquences néonatales. Elle recense 9 régions de France, toutes les naissances survenues avant 33 semaines d'aménorrhées (SA). Il en découle qu'environ 40% des enfants nés avant 32 SA présente des troubles moteurs, sensoriels ou cognitifs à l'âge de cinq ans. De plus, 9% présentent une paralysie cérébrale, 32% ont un score inférieur à 85 pour un test sur les capacités cognitives, équivalent au QI (Quotient intellectuel), et 12% inférieur à 70. La

majorité des enfants prématurés de cet âge nécessite une prise en charge médicale et/ou paramédicale, soit 73% d'entre eux (Brun, Méline & Mellier, 2018).

Tous ces éléments nous amènent ainsi à nous interroger sur une question de notre métier qui est la suivante : **De quelle manière l'ergothérapeute intervient-il dans l'environnement physique et humain des nouveau-nés prématurés hospitalisés en service de néonatalogie afin de réduire les risques d'apparition de trouble de développement ?**

Mon mémoire propose de développer, dans trois parties distinctes des explications et des éléments de réponse à cette question de recherche : Une première constituera mon cadre conceptuel dans lequel nous aborderons les notions clés de ce mémoire comme la prématurité. Dans un second temps, nous mettrons en avant le rôle de l'ergothérapeute et ces concepts, dans le but de favoriser au mieux l'environnement du nouveau-né. Dans un troisième temps, seront exposées les répercussions d'un environnement inadapté sur les prématurés et les conséquences que celui-ci peut engendrer.

Dans le cadre exploratoire, j'exposerais mon hypothèse ainsi que ma méthodologie d'enquête à partir des questions réalisées auprès de professionnels. Nous terminerons sur l'analyse thématique et les résultats de cette recherche.

La notion de prématurité abordée dans ce mémoire inclut les enfants nés prématurément, c'est-à-dire en prématurité moyenne, en grande prématurité ou très grande prématurité, autrement dit nés avant 37 semaines aménorrhées (SA).

2. CADRE CONCEPTUEL

A. LE NOUVEAU-NÉ PRÉMATURÉ

1. La prématurité

Dans un premier temps, le terme de néonatalogie est défini comme un service ciblant ses soins sur la surveillance et l'accompagnement des nourrissons dans leur évolution physiologique, en prenant compte de la maturation psychique des parents quant à leur enfant (Huguier & Moulin, 2016).

En effet, le service de néonatalogie prend en charge les nouveau-nés prématurés, ceux de faible poids ainsi que les bébés nés à terme présentant des problèmes de santé à la naissance ou dans les jours qui suivent. (L'hospitalisation en néonatalogie, s. d.).

Selon l'OMS, on estime que 13,4 millions de nourrissons (soit plus d'un sur dix) sont nés prématurés en 2020. Environ 900 000 enfants meurent chaque année des complications dues à la prématurité. Un nombre important de ces survivants souffrent de handicaps à long terme, tels que des troubles de l'apprentissage, ainsi que des déficiences sensorielles (OMS, 2023).

D'après l'HAS, les bébés nés en grandes prématurités ont plus de risque de développer des troubles du développement pendant l'enfance (HAS, 2020). Parmi les facteurs impliqués, on peut trouver des conséquences environnementales incluant des stimulations sensorielles inadaptées aux capacités du nouveau-né. Ceux-ci ont été mis en cause puisque l'environnement peut modifier le développement du cerveau du bébé (Brun, Méline & Mellier, 2018).

En effet, d'après l'OMS, un bébé né vivant est considéré comme prématuré à 37 semaines d'aménorrhées (SA), soit 35 semaines de grossesse (contre 41 semaines pour une naissance à terme). À titre de rappel, les semaines d'aménorrhée sont comptées à partir du premier jour des dernières menstruations de la mère, soit deux semaines avant le début de la grossesse. Une naissance à terme se situe entre 37 et 41,5 semaines d'aménorrhée (OMS, 2023).

Trois groupes de prématurité sont définis :

- La prématurité moyenne : de 32 SA à 36 SA + 6 jours
- La grande prématurité : de 28 SA à 31 SA + 6 jours
- La très grande prématurité : avant 28 SA (Mon enfant est né trop tôt, s. d.).

2. Les pathologies néonatales

Une naissance prématurée peut être de causes multiples. Généralement, elles peuvent être spontanées (60% des cas) ou provoquées (40% des cas) (Baraër-Mottaz, A. M. 2020). Les naissances spontanées s'expliquent par un déclenchement inattendu du travail, et peut-être dû à différents facteurs tels qu'une malformation ou infection de l'utérus, une quantité anormalement élevée du liquide amniotique ou encore une grossesse polyfœtale (Lejeune & Gentaz, 2015). Les naissances de jumeaux ou triplés sont plus à risque d'un accouchement prématuré, soit 10 fois plus élevées qu'un accouchement monofœtal. Alors que 3,4% des accouchements sont des accouchements de jumeaux ou de triplés, 40 à 50% d'entre eux ont lieu avant 37 SA (Baraër-Mottaz, 2020). La prématurité spontanée peut s'expliquer également par les habitudes de vie de la maman : consommation de drogue, d'alcool et tabac, condition de vie stressante ou encore une pratique d'activité physique trop soutenue. L'âge de la mère (précoce ou avancé), ou encore des antécédents médicaux, comme celui d'un accouchement prématuré, sont aussi des facteurs à risque d'une naissance prématurée (Lejeune & Gentaz, 2015).

La prématurité provoquée concerne les décisions médicales liées à une mise en danger maternelle ou fœtale, comme une naissance par césarienne avant 37 SA, ou un déclenchement du travail pouvant être lié à une souffrance fœtale ou à un retard de croissance intra-utérin (Baraër-Mottaz, 2020). Les naissances prématurées, qu'elles soient de nature spontanées ou provoquées, augmentent le risque de conséquences néfastes à long terme chez l'enfant (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019).

Les pathologies néonatales entraînant des hospitalisations prolongées pouvant fragiliser le lien entre le parent et son enfant. Celles-ci peuvent perturber les premières interactions qui sont essentielles à la construction du lien d'attachement.

3. La relation parent-enfant

Pendant plusieurs mois, la mère et l'enfant ne faisaient qu'un. Une grossesse s'accompagne toujours d'une préparation émotionnelle dans laquelle les parents s'imaginent l'enfant idéal. Au fil des semaines, l'image de leur bébé se précise. Cette naissance prématurée vient perturber toutes les représentations construites et les attentes, que s'en étaient faites les parents de l'enfant. La plupart du temps, l'apparence du nouveau-né diffère de celle qu'en avaient les parents et ils doivent apprendre à en faire le deuil. Les parents peuvent également faire face à plusieurs types de deuils au-delà de l'enfant imaginé : fin de la grossesse, deuil de

l'accueil de son bébé en salle d'accouchement, deuil de l'allaitement voulu, deuil de la grossesse parfaite, deuil du retour à la maison sans le nouveau-né et des premiers jours de vie imaginés par les parents. Il va de soi que tout cela a des conséquences aussi bien sur les parents que sur le bébé, davantage sur l'investissement affectif des parents envers leur nouvel enfant (Lemay et al., 2019).

En effet, une grossesse interrompue devient un événement générateur de stress et d'inquiétude auquel les parents ne sont pas préparés. Une séparation aussi précipitée, sans même qu'une première rencontre n'ait eu lieu après l'accouchement, prive la mère et le père d'émotions intenses positives, comme la joie, la fierté ou l'émerveillement, habituellement ressenties par les parents lors d'un accouchement d'un enfant né à terme (Allemon, 2006). Au lieu de cela, se crée une séparation brutale entre la mère et son enfant.

4. La séparation

La naissance prématurée entraîne souvent une rupture entre la mère et son enfant formé pendant la grossesse. Elle est accompagnée d'un stress important, freinant la mise en place d'une relation sécurisante et harmonieuse (Lemay, et al., 2019). Toujours selon Lemay, après l'accouchement, un sentiment intense d'attachement se crée entre le parent et son bébé et une forte envie de pouvoir enfin interagir avec lui. Le rapprochement avec nouveau-né né à terme semble plus facile, qu'avec un bébé prématuré. La naissance prématurée de l'enfant engendre une séparation précoce de ses parents, afin de permettre une prise en charge rapide. Cette douloureuse séparation est vécue comme un déchirement pour certains parents, qui comprennent cependant très vite la nécessité des soins spécifiques de leur enfant avant de pouvoir envisager un retour à domicile (Lemay et al., 2019). Dans ce contexte, il devient important de soutenir le développement du lien parent-enfant. L'ergothérapeute peut donc intervenir en proposant son accompagnement, son soutien dans l'implication parentale dans les soins quotidiens, et ses enseignements aux parents comme les soins du peau-à-peau (Devouche, et al., 2017).

B. LA PRISE EN SOIN EN ERGOTHÉRAPIE

1. L'ergothérapie

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute ou de son nom anglais *Occupational therapist*, est un professionnel de santé collaborant avec une équipe pluridisciplinaire. Il est défini comme le "Spécialiste du rapport entre l'activité (ou

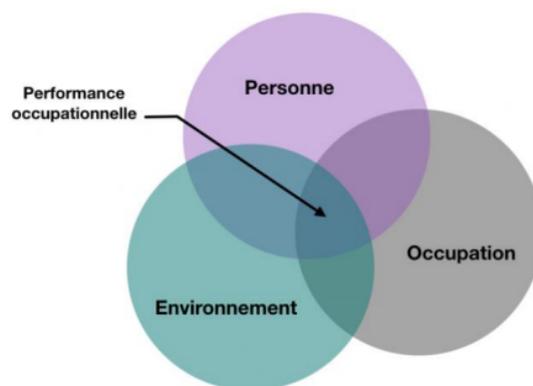
occupation en lien avec la terminologie internationale désignant l’ergothérapie) et la santé, il mène des actions d’une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d’autre part pour assurer l’accès des individus aux occupations qu’ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace. L’ergothérapeute peut aussi permettre de prévenir un problème ou d’en réduire les effets” (ANFE, s.d.).

L’accompagnement en ergothérapie s’appuie généralement sur des modèles conceptuels.

2. Personne - Environnement - Occupation

Selon Morel-Bracq (2017), les modèles conceptuels sont définis comme une “représentation mentale simplifiée d’un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l’épistémologie et la pratique”. Concrètement, il s’agit de guider la pratique professionnelle, en comprenant compte des différents systèmes qui composent la vie de la personne. Plusieurs modèles tentent de représenter l’organisation humaine afin d’établir des liens entre les divers éléments qui la constituent, dans le but de proposer un accompagnement adapté à chaque personne (Morel-Bracq et al., 2017).

Lors de sa pratique, l’ergothérapeute utilise des modèles pour orienter son intervention et son raisonnement. Le modèle du PEO (Personne-Environnement-Occupation) est un modèle de pratique en ergothérapie. Il émerge directement d’une approche basée sur la personne, de sorte que la conceptualisation de la relation entre la personne et son environnement se retrouve au centre des considérations (Morel-Bracq et al., 2017).



Modèle Personne-Environnement-Occupation (Law et al., 1996)

Selon Morel-Bracq et al. (2017) une définition des concepts clés du modèle du PEO :

“Personne : C’est l’individu dans sa globalité, incluant ses dimensions physiques, psychiques, cognitives et sociales. La personne est considérée comme un être unique, porteur d’histoire, de besoins, de capacités et de motivations.

Occupation : Il s’agit des activités et tâches significatives que la personne réalise dans sa vie quotidienne. L’occupation regroupe les actions, rôles et engagements qui donnent un sens à la vie et contribuent à l’épanouissement et au bien-être.

Environnement : C’est l’ensemble des éléments physiques, sociaux, culturels et institutionnels qui entourent la personne et influencent son fonctionnement et sa participation aux occupations. L’environnement peut faciliter ou entraver la réalisation des activités” (Morel-Bracq et al., 2017).

3. L’ergothérapie dans un service de néonatalogie

L’ergothérapeute est un professionnel que l’on trouve rarement dans les unités néonatales. Il travaille sur la prévention de la douleur et le stress, dans le but de favoriser le bon développement de l’enfant. Cependant, la médecine s’est grandement améliorée afin de diminuer au mieux les répercussions sur le nouveau-né, mais aussi sur la famille (Boussard, et al., 2019). Dans cet environnement de réanimation, les ergothérapeutes peuvent mettre à contribution un ensemble de compétences. Ils sont les experts pour évaluer la manière dont l’environnement de l’enfant influence son développement : la façon dont son corps bouge, ses réactions et la façon dont les occupations de la vie quotidienne, comme l’alimentation, peuvent être utilisées pour traiter efficacement et naturellement leur douleur. De plus, l’intervention de l’ergothérapeute, en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire, concerne autant l’enfant que le parent dans leurs occupations et leur rôle parental, (Holsti, 2012). En effet, l’ergothérapeute peut conseiller et guider les parents pour les soins à réaliser avec leur enfant ainsi qu’une adaptation de l’environnement néonatal pour rendre celui-ci moins stressant et de sorte faciliter le retour à domicile (Jadouille et al., 2021). De plus, son intervention doit être individualisée auprès de chaque nouveau-né puisqu’un prématuré de 24 SA ou de 37 SA aura des besoins différents et spécifiques en raison de la divergence de leurs capacités (Matt et al., 2019).

En effet, l'ergothérapeute Ashlea D. Cardin, a mené une enquête auprès de parents d'enfants nés prématurément hospitalisés en unité néonatale. Celle-ci a mis en évidence l'importance de l'ergothérapeute dans ce domaine, notamment à travers ses différents accompagnements, facilitant l'existence de la famille dans leurs occupations pendant l'hospitalisation de leur nourrisson. Les interrogations de cette enquête reposent sur les différentes occupations que doivent réaliser les parents sur leur enfant en service de néonatalogie et leur ressenti (Cardin, 2020).

Dès l'admission du nourrisson, les familles sont accompagnées par une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels médicaux (médecins, sages-femmes) et paramédicaux (auxiliaires de puériculture, infirmiers, kinésithérapeutes, psychomotriciens...) est mobilisée pour assurer sa prise en soin. L'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARS) publie en 2018 un document énumérant les principales professions intervenant au sein de ces équipes en France. Toutefois, certains établissements hospitaliers mentionnent également la présence plus ponctuelle d'autres intervenants, comme les orthophonistes, psychologues ou encore ergothérapeutes. La présence de ces derniers reste cependant encore peu rependue (ARS, 2018). Cependant, le rôle de l'ergothérapeute peut jouer un rôle dans la définition des occupations entre le parent et son nouveau-né, comme par exemple les différents positionnements à réaliser avec l'enfant en fonction de ses occupations, que ce soit dormir, manger... (Cardin, 2020). Celles-ci sont à prendre en compte dans le but de soutenir au mieux le développement du nouveau-né.

3.1 Personne

3.1.a Le développement du fœtus

Selon le manuel MSD, les troubles du développement "sont des maladies neurologiques qui affectent l'acquisition, l'assimilation ou l'application d'aptitudes ou d'ensembles d'informations spécifiques. Ils peuvent impliquer un dysfonctionnement de l'attention, la mémoire, la perception, le langage, la résolution de problèmes ou l'interaction sociale". Les troubles du développement comprennent les troubles du spectre autistique, les troubles déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), des troubles d'apprentissages comme la dyslexie ou encore des déficits intellectuels (*Définition des troubles du développement—Problèmes de santé infantiles*).

La compréhension du développement neurologique du fœtus permet de mieux cerner les origines possibles des troubles du neurodéveloppement (TND), souvent liés à des perturbations précoces survenues in utero. Il est important de définir l'évolution des sens dans le but de mieux comprendre l'influence de l'environnement sur le développement du bébé. Les trois sens les plus importants chez le nouveau-né sont présentés dans l'ordre chronologique selon Milette.

Le toucher est le premier sens à se développer, soit dès la 7^e semaine de gestations et semble fonctionner dès la 24^e semaine. Il permet de percevoir son environnement in utero, comme les parois de l'utérus, le cordon ombilical ou les parties de son corps. Ce sens est donc essentiel, car il joue un rôle neurosensoriel associé à la perception de la douleur (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019).

Toujours selon Milette, l'audition est l'avant-dernier sens à se développer, soit vers la 8^e semaine de gestation. C'est uniquement vers le 5^e mois de grosses que le fœtus commence différencier certains sons, et ce sens continu de se développer après la naissance. L'ouïe est le sens le plus aiguisé, c'est pourquoi il est important de protéger au maximum l'audition du bébé lors de sa naissance (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019).

Le système visuel devient fonctionnel vers la 35^e semaine de gestations, et le fœtus peut percevoir la lumière d jour lorsque le ventre de la mère est exposé à un éclairage fort. Cependant, la rétine et les récepteurs visuels ne sont pas encore totalement développés à la naissance, ils continuent de se développer jusqu'à l'âge de 2 à 5 ans (Niessen, 2006).

Dans la continuité du développement neurologique du fœtus, il apparaît essentiel de s'intéresser à la manière dont s'élabore la perception de la douleur du nouveau-né lors de son arrivée en unité néonatale, en lien avec la maturation des structures sensorielles et nociceptives.

3.1.b Gestion du stress et douleur postnatale

Auparavant, la médecine pensait que les bébés nés prématurément n'avaient aucune sensation de douleur, à cause du manque de maturité de leur système nerveux. Ils étaient donc soumis à des manipulations de soins douloureuses sans précaution, engendrant de graves conséquences à long terme. Contrairement à ce que pensait la médecine d'autrefois, les nourrissons ressentent la douleur très tôt, soit vers la 24 ou 26^e semaine de gestation. Leur immaturité neurologique et l'absence de mécanismes de défense pleinement développés contre les

stimulations douloureuses les rendent même plus sensibles et vulnérables aux sensations douloureuses, qui peuvent être perçues de manière particulièrement intense (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019). Des gestes simples comme le changement de la couche peut être une procédure vécue comme douloureuse pour le tout petit. Lorsque ces gestes sont réalisés, l'absence de communication rend difficile l'évaluation et le traitement de la douleur (Holsti, 2012). Les pleurs et les comportements du bébé sont les seuls moyens de communication, c'est pour cela qu'ils doivent être pris en compte et respectés. Dans le cas contraire, cette communication est moins perceptible en raison de l'immaturation du nouveau-né. Cela peut être perçu comme de la négligence émotionnelle avec des répercussions dans sa vie future. À ce titre, il existe pas moins d'une quarantaine de grilles visant à évaluer les différents types de douleur, permettant de détecter les manifestations émotionnelles et neurosensorielles (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019). C'est la raison pour laquelle l'ergothérapeute Liisa Holsti en collaboration avec le Dr. Ruth E. Grunau ont mis en place une évaluation, dénommée "Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP) dans le but d'améliorer la précision de la détection de la douleur. En effet, cette évaluation permet d'observer la présence ou l'absence de cinq expressions faciales anatomiquement définies, de deux mouvements de la main et des états de sommeil et d'éveil" (Holsti, 2012).

Dans cette dynamique de gestion du stress chez le nouveau-né, le programme NIDCAP s'inscrit comme une approche individualisée centrée sur l'observation fine du comportement du bébé, dans le but d'adapter les soins et ainsi réduire son stress post-natal.

3.1.c Le programme du NIDCAP

Le programme du NIDCAP, de son nom en anglais *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program* est un programme individualisé d'évaluation et de soins du développement du nourrisson. Cette approche se base sur les observations du comportement du nourrisson en réponse à des stimulations. Celle-ci va permettre de proposer un plan de soin personnalisé pour chaque bébé et sa famille, pour ainsi mieux répondre à ses besoins et favoriser son bien-être en réduisant le stress post-natal. Dans cette perspective, l'ergothérapeute a un rôle central dans l'analyse fine du comportement du nourrisson prématuré à travers la lecture de ses signaux (Berne-Audeoud et al., 2018). Le NIDCAP étant le programme d'intervention le plus évalué, plusieurs pays ont testé son efficacité comme l'Amérique du Nord, la Suède et les Pays-Bas. Il en découle une amélioration du

neurodéveloppement des nouveau-nés prématurés. Des effets positifs à court et long terme ont été démontrés comme une amélioration de la fonction respiratoire, l'alimentation, la croissance ainsi qu'une diminution de la durée de l'hospitalisation du nouveau-né. Des impacts positifs ont également été observés en matière de communication mère-enfant, de langage et de comportements sur du plus long terme. L'ergothérapeute intervient comme facilitateur de la relation parent-enfant, en accompagnant les familles dans la compréhension des besoins de leur bébé et en les guidant dans les soins individualisés. (Sizun et al., 2017).

Cette approche a démontré également l'importance de l'autorégulation du nourrisson quant à son développement, autrement dit le fait de laisser le bébé gérer seul ses propres ressources (Rubio-Grillo, 2019). En effet, le concept du NIDCAP est basé sur la théorie synactive, démontrant que le nourrisson est l'acteur principal de son développement. Les comportements de l'enfant sont regroupés en cinq sous systèmes décrits dans cette théorie : autonome (ou végétatif), moteur/postural, états veille/sommeil, attention/interaction et autorégulation, qui lui régit l'équilibre entre tous ses systèmes. Chacun de ces sous-systèmes dépend des autres. En d'autres termes, s'il y a une perturbation de l'un de ses systèmes, les autres seront, eux aussi, déstabilisés (Philippot, 2020).

Malheureusement, l'immaturité ou la maladie du nourrisson entraîne une diminution de ses capacités d'autorégulation, augmentant ainsi son besoin d'accompagnement pour gérer ses réactions comportementales. Plus un enfant est immature et malade, plus il manifeste des réactions au niveau du système autonome ou moteur/postural. Par exemple, lors d'un examen médical comme une échographie, le nouveau-né est confronté à diverses surstimulations, qui seront davantage développées en 2.3.1 : Les lumières vives provenant de la pièce, le gel froid sur son thorax, les voix du personnel soignant, les changements de position, le réveil brutal déstabilisant l'autorégulation. Afin de compenser cela, le bébé va bâiller ou se mouvoir dans le but de trouver un appui autour de lui, lui rappelant les parois de l'utérus. Pour réduire cet effort d'autorégulation, le soignant peut parler à voix basse, prendre la main du tout petit dans le but de stimuler ses sens les plus développés tels que l'audition et le toucher, ce qui réduira l'effort d'autorégulation du nouveau-né. De ce fait, l'ergothérapeute, peut proposer des ajustements concrets dans l'environnement de soins, dans le but de préserver l'équilibre neurophysiologique du bébé. (Berne-Audeoud et al., 2018).

Ce programme nécessite que l'enfant soit éveillé et vigilant pendant les soins. En cas d'hyperactivité ou de pleurs, il est conseillé de lui accorder du temps pour le calmer avant de poursuivre les interventions. Il est donc important de s'adapter aux comportements du nouveau-né. L'approche du NIDCAP permet une communication non verbale avec le nourrisson en tenant compte de ses comportements durant les soins qui lui sont administrés et l'environnement dans lequel il évolue. Grâce à ses résultats positifs sur la réduction de la durée d'hospitalisation et la gestion de la douleur, le programme NIDCAP s'intègre de plus en plus dans les maternités européennes. (Philippot, 2020).

Dans ce contexte, l'ergothérapeute enrichit le programme NIDCAP, en apportant son expertise sur la mise en œuvre de soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille. Son intervention, basée sur l'observation du nourrisson, peut permettre de favoriser l'environnement sensoriel et en soutenant les premières occupations du nourrisson prématuré.

3.2. Occupation

2.1.a L'alimentation du tout petit

Pour un nouveau-né prématuré, apprendre à s'alimenter est une épreuve compliquée en raison du non-développement de certaines habiletés, comme l'engagement de l'allaitement et la participation active de celui-ci. Selon l'ergothérapeute Audrey Charpentier-Demers, lors de cette tâche complexe, le bébé doit coordonner sa succion avec sa respiration, tout en protégeant ces voies respiratoires pendant la déglutition. Cela lui permet d'éviter l'aspiration pulmonaire et de stabiliser sa respiration. Le réflexe de succion apparaît aux alentours des 28 semaines d'âge gestationnel chez les nouveau-nés prématurés. Afin de bénéficier d'une alimentation efficace, ils ont besoin d'une coordination succion/déglutition/respiration et cela n'apparaît qu'à la 32^e semaines de gestation (Charpentier-Demers, et al., 2019).

Comme nous le savons, l'alimentation du nouveau-né joue un rôle fondamental dans son bon développement. D'après les indications de l'HAS, les nouveau-nés ont besoin d'une nutrition optimale pour couvrir leurs besoins métaboliques de base, mais également pour obtenir une croissance satisfaisante. La voie entérale, qui comprend une alimentation par la bouche ou par un tube placé dans le nez ou dans l'intestin du bébé, doit toujours être privilégiée. Mais une nutrition parentérale est indiquée lorsque la nutrition entérale est impossible. La nutrition parentérale correspond à une alimentation directement administrée dans le sang du

nouveau-né, sans passer par son système digestif. Cette méthode est utilisée lorsque l'alimentation par voie orale ou entérale est impossible ou dangereuse pour sa santé (HAS, 2018).

Toujours selon l'HAS, la nutrition parentérale concerne donc les nouveau-nés :

- “d'âge gestationnel < 32 semaines d'aménorrhée (SA), qui définit le grand prématuré ;
- de poids de naissance < 1 500 g
- prématurés avec un petit poids pour l'âge gestationnel ou ayant eu une restriction de croissance intra-utérine sévère
- les nouveau-nés à terme présentant une pathologie médicale grave ou digestive nécessitant une intervention chirurgicale, contre-indiquant une nutrition entérale immédiate” (HAS, 2018).

Par ailleurs, la nutrition entérale (comprenant une alimentation par le tube digestif) inclut la nutrition par allaitement, et celui-ci comprend de nombreux bienfaits sur le développement du nourrisson. En effet, le lait maternel protège des infections et diminue la mortalité infantile. L'allaitement a pour effet de réduire le risque d'otite et de surpoids, de réduire également les risques d'infection gastro-intestinale et des voies respiratoires. Les nouveau-nés sont aussi moins susceptibles de développer un diabète lors de leur vie future. Grâce à l'allaitement, les mères établissent de meilleures interactions avec leur bébé, favorisant l'attachement (Charpentier-Demers, et al., 2019).

En raison de ces nombreux avantages, l'OMS recommande “un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois et la poursuite de l'allaitement (avec une alimentation complémentaire appropriée) jusqu'à deux ans” (OMS, s.d).

3.2.b Le sommeil

Dans le ventre maternel, le fœtus dort presque en continu, même pendant l'accouchement (Palix*, 2005). À 30 semaines de gestation, on relève seulement 5% du temps d'éveil sur une journée, et 10% vers les 42 semaines (Pierrat et al., 2012). Le sommeil est l'activité qui prend le plus de place dans sa nouvelle vie extra-utérine, puisqu'il dort 90% du temps, et celle-ci est primordiale dans le développement de son système nerveux. Un temps insuffisant de sommeil peut être nocif et peut avoir des conséquences à moyen et long terme sur le bébé, comme des troubles du comportement, un rétrécissement du cortex cérébral, un ralentissement de la

croissance, une altération du sommeil et du développement du cerveau (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019). Malheureusement, malgré toutes ces répercussions sur le nouveau-né, l'interruption du sommeil se fait régulièrement dans une unité néonatale suite aux soins à administrer à l'enfant, mais aussi l'organisation du travail des soignants qui est davantage axée sur la survie du nourrisson plutôt que sur ses besoins (Pierrat et al., 2012). In utéro, le nourrisson était sous le rythme de la mère. Après l'accouchement, le bébé se retrouve dans un environnement néonatal défavorable à son bon développement, en raison des éclairages inadaptés et les soins et alimentations à des heures strictes. C'est la raison pour laquelle, il est important de protéger et maximiser le sommeil des nouveau-nés, en se focalisant sur une expérience individuelle et subjective de chaque bébé (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019).

Le sommeil du nouveau-né est essentiel à son développement neurologique, mais peut toutefois être régulièrement perturbé par les soins personnels qui lui sont prodigués.

3.2.c Les soins personnels du nourrisson

L'évaluation et la protection de la peau reste importante dans les soins des nouveau-nés, puisque la peau est un organe complexe où se concentre la sensorialité du bébé. Grâce à sa barrière physique, elle le protège des menaces de l'environnement et est essentielle pour la survie des plus petits. Malheureusement, cette protection de la peau est un défi pour l'équipe soignante, en raison de nombreuses menaces qui émergent en unité néonatale : mécaniques, chimiques, thermiques, infectieuses, vasculaires... (Larone Juneau, et al., 2019). C'est pourquoi, les échelles d'évaluation de la peau, comme l'échelle de Braden, doivent être régulières lors des soins, de part la fragilité du nouveau-né. Sa faible épaisseur et son immaturité engendrent une cicatrisation plus longue ; une augmentation de l'absorption cutanée des produits appliquée sur bébé, donnant lieu à un risque d'intoxication ; une intense fragilité au niveau des zones de compression en raison des pansements adhésifs et attelle entraînant un décollement de l'épiderme et bien d'autres. (Sandre, 2019).

Selon les occupations et soins personnels du bébé réalisées, l'ergothérapeute peut apporter sa contribution dans son accompagnement dans la prise en compte de son environnement physique et humain.

C. L'ENVIRONNEMENT

Avec l'équipe soignante, l'ergothérapeute évalue dans un premier temps l'environnement du bébé, afin de comprendre comment cet environnement néonatal peut l'impacter au niveau de la douleur. Des modifications peuvent être suggérées, comme la réduction de la lumière, des changements de positions pour soulager la douleur, l'identification des mouvements manifestés par l'enfant indiquant le ressenti du stress (Holsti, 2012).

1. Environnement physique

L'unité néonatale représente un environnement sensoriel trop différent pour les nouveau-nés, avec des stimulations inhabituelles, pouvant perturber le développement de leur cerveau encore immature. L'adaptation du bébé à son environnement postnatal à son importance pour assurer sa survie, sa santé et son bien-être. L'ergothérapeute a une expertise spécifique sur les interactions entre la personne, l'environnement et les occupations. C'est pourquoi étudier l'environnement du bébé prématuré en service de néonatalogie peut permettre de mieux comprendre comment les stimulations sensorielles influencent son développement. (Mathelin, 2016).

En quittant son environnement intra-utérin familial et adapté à ses besoins sensoriels, le nouveau-né se retrouve plongé dans un environnement extérieur inconnu, perturbé par de riches stimulations intenses et déstabilisantes. Le contraste entre la vie intra-utérine et le monde extérieur est un vrai choc pour le bébé. D'un milieu aquatique et obscur, dans lequel les bruits sont atténués et les mouvements de l'enfant, peu influencés par la gravité, sont restreints par les parois de l'utérus. Le nouveau-né prématuré est brutalement exposé à un environnement auquel il n'a pas été préparé : le bruit, les lumières vives et colorées, les stimulations olfactives intenses et les nombreux stimuli douloureux surviennent de façon répétée tout au long de l'hospitalisation (Koenig-Zores & Kuhn, 2016). Le nouveau-né est confronté à de nombreuses surstimulations engendrant des expériences sensorimotrices inadaptées, causant ainsi des conséquences sur son développement. D'après Milette, Martel & Ribeiro da Silva (2019), il existe 7 surstimulations :

- Tactile
- Auditive
- Visuelle
- Olfactive
- Gustative

- Vestibulaire
- Motrice

1.1 La surstimulation tactile

Dans un premier temps, il convient d'évoquer la stimulation tactile. Ce stimuli permet le développement de la proprioception grâce au liquide amniotique, aux parois de l'utérus et au corps du fœtus lui offrant une sensation agréable, permettant au bébé de se mouvoir comme bon lui semble. La surstimulation tactile chez le nourrisson est présente aussi lors des manipulations pour ses soins routiniers comme le repositionnement, le changement de couche, l'alimentation, la pesée, les examens radiologiques, l'aspiration orale... et sont soumis en moyenne à 113 contacts quotidiens. Ce chiffre peut par ailleurs atteindre 164 chez les plus malades. La couveuse, quant à elle, peut aussi être perçue comme une sous stimulation pour le nourrisson. Celle-ci, destinée à recréer l'environnement utérin, est beaucoup plus vaste que l'utérus et les contacts avec ses parois y sont presque inexistantes. Le nouveau-né prématuré, en quête de la sécurité de cette enveloppe qu'il connaît bien, cherche instinctivement à toucher tout ce qui pourrait lui rappeler cette barrière protectrice (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019). Il a également été constaté, que les prématurés, allongés sur le dos dans leur incubateur, effectuaient de petits mouvements de reptation, se caractérisant par de minuscules mouvements lents similaires à ceux du reptile. Les nourrissons se rapprochaient souvent de la paroi de la couveuse, comme pour retrouver la sensation de contact et de délimitation spatiale qu'ils avaient connu pendant sa vie intra-utérine (Sandre, 2019).

Toutes ces manipulations pendant l'hospitalisation dans une unité de soin néonatale, auxquelles le bébé n'est pas habitué, peut développer une association entre tout type de toucher et la douleur. Cela peut se manifester par des pleurs, des tortillements ou un repli des membres pour échapper à tout contact (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019).

1.2 La surstimulation auditive

La surstimulation auditive, quant à elle, peut également être nocive pour le nouveau-né en raison de son intensité. L'utérus, par ses tissus et la présence du liquide amniotique, agit comme un filtre atténuant les sons de hautes fréquences. Dans le ventre maternel, le bébé perçoit des sons de basse fréquence, soit entre 40 et 60 décibels (dB) (Koenig-Zores & Kuhn, 2016). Lors de son arrivée dans l'unité néonatale, le bébé ressent entre 50 et 90 dB pouvant aller jusqu'à 125 dB correspondant à des sons de hautes fréquences. Pour mieux se rendre

compte, les sons que l'humain peut entendre et considérer comme sécuritaires, se situent entre 1 et 80 dB dans un environnement dit « normal » (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019). Selon l'OMS, le niveau sonore autorisé en diurne doit être inférieur à 45 dB et 35 dB la nuit dans un milieu hospitalier. L'apparition de stimuli sonores déclenche des réponses physiologiques de stress chez le nourrisson comme l'augmentation de sa fréquence cardiaque. Cela peut perturber le sommeil de l'enfant et la découverte de ses sens, pourtant importants dans son développement (Lejeune, 2018). Au fil du temps, le bébé peut associer une réduction de la sensibilité à la surstimulation auditive, l'acuité auditive ou la perte complète de l'ouïe. Celle-ci touche 10 fois plus les prématurés que les bébés nés à terme (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019).

1.3 La stimulation visuelle

La stimulation visuelle est presque inexistante dans le ventre maternel en raison des parois de l'utérus filtrant la lumière, soit environ 50 lux en fonction de l'épaisseur des tissus. Cela correspond à un faible éclairage d'une rue la nuit (Koenig-Zores & Kuhn, 2016). Le nourrisson, à son arrivée dans une unité néonatale, peut percevoir entre 236 et 1485 lux et cette surstimulation est quasiment continue et intense, parfois fluorescente (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019). L'APP (American Academy of Pediatrics) recommande une luminosité ne dépassant pas les 648 lux dans un service de néonatalogie (Lejeune, 2018). En guise d'exemple, une lampe de photothérapie, en plus des ondes qu'elle émet, projette de fortes lumières bleues afin de prendre les mesures du bébé. À elle seule, elle peut émettre jusqu'à 3000 lux, en comparaison avec la lumière du jour qui elle varie entre 1080 et 2000 lux. Les conséquences de cette surstimulation peuvent engendrer des problèmes d'acuité visuelle ou même une perte complète de la vue. De plus, les expositions soudaines de lumières peuvent stresser le nouveau-né et perturber son cycle du sommeil. Un effet néfaste a également été démontré quant à la libération de l'hormone de croissance et de la mélatonine pouvant avoir des répercussions sur la croissance de l'enfant (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019).

1.4 La surstimulation chémosensorielle

La surstimulation chémosensorielle comprend les sens olfactifs et gustatifs. «La perception olfactive et gustative provient d'une stimulation de nature chimique des récepteurs transmembranaires émergents de la surface de cellules sensorielles situées dans la cavité

nasale ou orale” (Bouyssert, 2021). Toujours selon Bouyssert, l’odorat permet de détecter les substances chimiques se trouvant dans l’air, tandis que le goût permet la détection des substances chimiques dissous dans notre salive (Bouyssert, 2021). Avant la naissance, le goût et l’odorat sont communément stimulés par le liquide amniotique. Le bébé expérimente très tôt les sensations gustatives : avale le liquide amniotique changeant de saveur au fur et à mesure de la grossesse. Celui-ci est composé de saveurs (comprenant les sensations gustatives et olfactives) en fonction de l’alimentation de la maman, créant ainsi des préférences chez le fœtus. Lorsqu’un bébé naît prématurément, ses stimulations s’arrêtent (Koenig-Zores & Kuhn, 2016). En unité néonatale, ses sensations deviennent désagréables, voire douloureuses autour de la bouche. Le bébé goûtera le plastique des tubes, les désinfectants, l’eau stérile... Plusieurs matériels médicaux peuvent engendrer des réactions orales d’hypersensibilité compliquant la succion et la déglutition telle que l’insertion du tube gastrique ou l’aspiration trachéo-bronchique (sonde introduite dans le nez ou la bouche). En grandissant, le bébé peut développer des troubles de l’alimentation comme l’aversion orale se caractérisant par une répulsion liée à l’acte de manger, boire ou un long stockage de la nourriture dans les joues sans avaler (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019). Le nez et la bouche du nourrisson sont quotidiennement exposés à des aspirations buccales et nasales pendant les soins. Lors de son premier mois en unité néonatale, le nouveau-né est confronté en moyenne entre 1 320–1 800 fois à une odeur nosocomiale (odeur associée à l’environnement hospitalier). Les odeurs superficielles s’ajoutent aux odeurs naturelles : compresses et pansements avec stérilisant, produits pour les soins, ou encore des odeurs agressives telles que des produits hydroalcooliques pour la désinfection des mains, dissolvant ou lubrifiant pour la sonde. Les parfums et odeurs corporelles du personnel soignant ainsi que celle des parents s’y ajoutent (Koenig-Zores & Kuhn, 2016). La plupart de ces odeurs sont irritantes pour le bébé. Cela peut engendrer une altération du rythme respiratoire du bébé et une accélération du rythme cardiaque avec des efforts physiques associés pour fuir ces stimulations (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019).

1.5 La surstimulation vestibulaire

Le sens vestibulaire se développe en apesanteur dans le ventre maternel grâce au liquide amniotique et aux oscillations de la maman et du fœtus, stimulant la sensation du mouvement (stimulation vestibulaire). Bien que cette fonction arrive à maturité à la fin de la grossesse, c’est à la 4^e et 5^e semaine de gestation que le nerf vestibulaire se développe, et à la 25^e semaine que les réflexes vestibulaires apparaissent (Baraër-Mottaz, 2020). “La sensation

vestibulaire permet à l'humain de développer son équilibre et de déterminer ou d'influencer la perception de la position ou de l'orientation de son corps dans l'espace (position gravitationnelle)". À son arrivée en unité néonatale, le nourrisson passe d'un milieu aquatique en apesanteur à un environnement aérien contraint à la force gravitationnelle, et peut donc avoir des difficultés à se positionner comme bon lui semble après un changement des positions par l'équipe soignante. (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019). Sans l'apesanteur, le bébé se trouve bloqué sur le dos et ramener sa main à sa bouche par exemple lui demande beaucoup d'effort physique pour y parvenir. Le cerveau informe la position et les mouvements du corps et de la tête du bébé grâce au système vestibulaire, jouant un rôle important dans la perception de son corps. C'est donc à travers des réponses motrices que le nouveau-né essaye d'adapter ses mouvements. Il est alors possible que sa tolérance au toucher puisse varier selon la manière dont il est mobilisé, porté ou soutenu par l'équipe soignante ou ses parents (Baraër-Mottaz, 2020).

1.6 La surstimulation motrice

In utéro, le fœtus peut étendre ses membres jusqu'à la rencontre des parois de l'utérus, et grâce à l'apesanteur créée par le liquide amniotique, ses mouvements sont doux et lents. Au fur et à mesure de la grossesse, l'espace devient plus étroit, et le fœtus se met dans une position dite de flexion naturelle. À son arrivée dans l'unité néonatale, le nourrisson n'a plus ce confort intra-utérin et se retrouve allongé sur le dos. Le tonus musculaire et la maturité du bébé, encore trop faibles, lui demanderont beaucoup d'énergie lorsqu'il tentera tant bien que mal de retrouver cette position fœtale (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019). De plus, en raison de l'apesanteur, de la flexion et de la rotation extrême de ses membres inférieurs, associées à de l'hypotonie, le nouveau-né prend la position dite de "grenouille".



Posture de la "grenouille"
(Milette, Martel, Ribeiro da Silva, 2019)

Si cette position est prolongée dans l'incubateur, le bébé risque des postures futures inadaptées ainsi que des conséquences ostéoarticulaires et musculaires dues à un rétrécissement des muscles fléchisseurs et des adducteurs des hanches (Vaivre-Douret, 2014). Les muscles encore flasques du bébé et un positionnement inadapté lors de ses premiers mois de vie pourront avoir des répercussions motrices, incluant la posture, le tonus musculaire, la coordination des mouvements et les réflexes. À cela, il a été estimé que près de 46% des nourrissons prématurés, âgés de 18 mois, ont présenté une rétraction scapulaire suite à un mauvais positionnement dans l'incubateur (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019).

L'environnement physique de l'unité néonatale a un impact sur le développement sensoriel, moteur et émotionnel du nouveau-né prématuré. À son arrivée en unité néonatale, le bébé se retrouve confronté à des stimuli qu'il n'est pas encore capable de gérer. Celles-ci peuvent engendrer du stress, perturber son développement neurologique et sensorimoteur. L'ergothérapeute a cette expertise de lien entre la personne, son environnement et ses occupations, essentiel pour identifier ces surstimulations sensorielles et ainsi proposer des aménagements adaptés. Son rôle est de favoriser un environnement respectueux de la sensorialité et du rythme du bébé, en collaboration avec l'équipe soignante, afin de prévenir les conséquences développementales à long terme.

Maintenant que nous avons étudié l'environnement physique et sensoriel, il est tout aussi important de s'intéresser à l'environnement humain, qui constitue une dimension fondamentale dans la prise en soin du nouveau-né prématuré.

2. Environnement humain

2.1 Accompagnement de la famille vers le retour à domicile

Les durées d'hospitalisation deviennent de plus en plus courtes. C'est l'une des raisons pour lesquelles un suivi en ergothérapie serait important dans l'accompagnement et le soutien des familles, afin de faciliter cette transition et éviter les récives. Le rôle de l'ergothérapeute est d'améliorer l'engagement occupationnel des parents dans leurs tâches avec leur bébé, telles que l'alimentation, le sommeil, les soins personnels... et ainsi orienter les parents dans l'observation de ses comportements et les aider à s'adapter à ses besoins. L'ergothérapeute peut réfléchir également à des adaptations de l'environnement par rapport aux capacités sensorielles telles que l'intensité lumineuse, le niveau sonore, etc. Mais, avant de pouvoir

s'occuper de leur nourrisson, il est en outre vivement conseillé aux parents de prendre soin d'eux, d'entretenir une alimentation saine, de préserver leurs activités significatives et de dormir dès que possible, ceci afin de rattraper la fatigue accumulée pendant la période d'hospitalisation (Boussard et al., 2019).

En vertu de ses nombreux bienfaits, il serait par ailleurs important d'intégrer la méthode kangourou lors du retour à domicile, développé ci-dessous.

2.2 Les soins kangourous

“La méthode kangourou (MK) est une méthode de portage du nouveau-né prématuré permettant un contact précoce en peau à peau avec l'un de ses parents” (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019). La méthode kangourou, originaire de Colombie à Botoga, est lancée depuis une trentaine d'années afin de désengorger les pouponnières et pallier le manque de matériel médical rare et coûteux comme les incubateurs, dans les pays à faible revenu. Les soins kangourous, principalement utilisés pour les bébés prématurés de faible poids, avaient pour principal but de réduire le taux d'infection et de mortalité néonatale. Aujourd'hui, son efficacité est telle, que cette méthode s'est répandue partout dans le monde (Jefferies, 2012). Cette méthode permet un contact en peau à peau avec le parent, soutenir l'attachement mère-enfant et diminuer le stress et la douleur provoquée par l'unité néonatale, tout en soignant et nourrissant le nouveau-né. De nombreux bienfaits ont été montrés sur les soins du peau-à-peau et ce qu'ils peuvent procurer chez l'enfant et les parents. Par ailleurs, c'est aussi le seul soin où les parents sont les principaux acteurs du soin de leur enfant, offrant au bébé un environnement idéal lui rappelant son enveloppe maternelle (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019). La prématurité entraîne une perturbation dans le bon développement neuro-comportemental ainsi qu'une désorganisation du système nerveux de l'enfant. Il a été constaté que la MK a comme bénéfices une stabilité de la température corporelle et une régulation cardiorespiratoire, grâce aux bruits du battement du cœur et du rythme respiratoire de la maman, qui apaisent l'enfant. En effet, 23 études ont été réalisées auprès de 326 nouveau-nés prématurés, montrant une augmentation de leur chaleur corporelle de 0,22° en moyenne et une stabilité de leur fréquence cardiaque. De plus, les soins kangourou augmentent le temps de sommeil, à contrario des bébés n'ayant pas bénéficié de la MK pendant leur séjour à l'unité néonatale. Leur cycle de sommeil serait plus long, régulé et plus paisible et moins sujet à être irritable (Jefferies, 2012). Un nourrisson à un temps d'éveil de 10% et le sommeil joue un rôle

important dans son bon développement cérébral, lors des derniers mois de gestation et des premiers mois de vie (Exhenry et al., 2018).

Il a également été prouvé que les soins kangourou amélioreraient la qualité du lait maternel, et en plus grande quantité, entraînant plus de départ de l'hôpital des nouveau-nés sous allaitement. Cet avantage est un réel atout, puisque le lait maternel est reconnu comme ayant de nombreux bienfaits sur les nourrissons, en particulier les prématurés, comme développé plus haut (Jefferies, 2012).

Suite à l'accouchement prématuré, la séparation entre la maman et son bébé est brutale, et la méthode kangourou permet de renforcer et d'encourager l'attachement parent-enfant (Jefferies, 2012). Lors des moments de contact en peau-à-peau, se déclenche une multitude d'hormones dont celle de l'amour, l'ocytocine. Celle-ci favorise le rôle parental ainsi que la relation entre le parent et son enfant (Exhenry et al., 2018). À l'approche du retour à domicile, il a été constaté que les mères avaient un regard et un toucher plus fréquent, plus doux et protecteur envers leur nourrisson. Les parents observaient et s'adaptaient aussi plus facilement aux signaux du bébé, à contrario des parents n'ayant pas bénéficié de la MK. Pour renforcer cette liste non exhaustive sur les bienfaits de cette méthode, rappelons-nous les conséquences des surstimulations en unité néonatale sur le nourrisson développé plus haut. Lors du peau-à-peau, de nombreuses stimulations sont ressenties : tactiles, thermiques, vestibulaires, auditives pouvant modifier sa perception à la douleur et ainsi aider à réguler les réactions physiologiques et comportementales à la douleur (Jefferies, 2012). De plus, selon Holsti, une ergothérapeute et chercheuse a démontré que la méthode kangourou réduisait efficacement la douleur perçue par le nourrisson. L'ergothérapeute travaille sur les occupations significatives du nourrisson et de sa famille. C'est pourquoi la méthode kangourou peut s'intégrer comme une occupation thérapeutique : un moment d'interaction corporelle et affective qui a du sens pour les parents et soutient la transition vers les soins quotidiens à la maison. L'accompagnement des familles offrirait un soutien dans l'utilisation de la MK, afin de favoriser le bon développement de leur enfant en atténuant les douleurs vécues pendant les procédures de soins comme les prises de sang ou les changements de couches par exemple (Holsti, 2012). Les soins kangourous sont conjointement liés au positionnement du nourrisson.

2.3 Le positionnement

En réponse aux risques développementaux auquel fait face le nouveau-né, le bon positionnement de l'enfant joue un rôle important pendant son hospitalisation, favorisant un alignement postural approprié à son âge gestationnel (Matt et al., 2019).

Toujours selon Matt et al., (2019), de nombreux nouveau-nés rencontrent des problématiques concernant la morphologie craniofaciales, comme la dolichocéphalie (allongement antéropostérieur du crâne et un aplatissement des côtés), la plagiocéphalie (aplatissement asymétrique postérieur du crâne) et la brachycéphalie (aplatissement symétrique de la zone postérieur du crâne). Ces problématiques s'expliquent par la malléabilité des os crâniens ainsi que la faiblesse de la musculature au niveau des cervicales (Matt et al., 2019).

L'ergothérapeute positionne l'enfant de manière à éviter le développement de mauvais schèmes posturaux permanents et de lésions cutanées (Case-Smith et O'Brien, 2010). De plus, certains enfants prématurés présentent un patron d'extension au niveau de leurs membres. C'est pourquoi, la présence d'un ergothérapeute en unité néonatale, soutiendrait les bonnes postures, ainsi que l'amélioration du contrôle moteur de l'enfant (Legendre et coll., 2011).

2.4 Les adaptations possibles

Toute maternité peut être traumatique, les conditions d'une naissance prématurée sont si violentes que les effets sur les parents prennent une importance particulière. Ils ont du mal à réaliser ce qui leur arrive et à se positionner comme parents de ce bébé minuscule (Mathelin, 2016). C'est pourquoi les parents d'un nouveau-né prématuré ont besoin d'être accompagnés dans leur rôle et leurs occupations parentales. Ils ont aussi besoin d'être conseillées et coachées non seulement pour les soins à prodiguer, mais également pour l'adaptation de leur environnement afin de faciliter leur retour à domicile (Holsti, 2012).

Suite à une naissance prématurée, la séparation entre la maman et le bébé est brutale, car le pronostic vital du nouveau-né est engagé. La dureté de l'accouchement est intensifiée par la brutalité de l'urgence hospitalière, ce qui provoque une séparation prématurée pouvant durer trois à quatre mois si la situation est stable, et bien plus longtemps en cas de complications. (Mathelin, 2016)

L'environnement et la présence de la mère et du père sont les deux choses conjointement liées lors des premiers jours de vie du bébé. Il a été recommandé d'éviter le plus possible les

transferts couveuses-monde extérieur du nourrisson, tout en lui apportant les soins nécessaires auprès de sa mère en maternité. Un énorme effort a été réalisé dans les services de néonatalogie pour améliorer le contact des parents avec leur nouveau-né. En effet, la création de chambre « mère-né » a été mis en place dans le service de néonatalogie à l'hôpital Saint Vincent de Paul. Elles offrent aux parents la possibilité de rester auprès de leur enfant transféré, tout en bénéficiant de la surveillance de l'équipe soignante habituelle, et des conseils prodigués par l'ergothérapeute (Dehan et al., 1993).

Après avoir établi les fondements théoriques et conceptuels de la recherche, il est maintenant essentiel d'évoquer la méthodologie d'enquête utilisée afin de mener à bien cette étude.

3. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

Au travers de mon cadre conceptuel, en découlent des recherches qui tendent à répondre à la problématique suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute intervient-il dans l'environnement physique et humain des nouveau-nés prématurés hospitalisés en service de néonatalogie afin de réduire les risques d'apparition de trouble de développement ?

Pour cela, une hypothèse est relevée :

Les conseils d'aménagement de l'ergothérapeute en service de néonatalogie réduisent les risques des troubles de développement des nouveau-nés prématurés.

4. MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE ENVISAGÉE

A. CHOIX DE L'OUTIL

Selon Tétréault (2014), l'entretien est une méthode de collecte de données pouvant se réaliser en présentiel, en visioconférence ou par téléphone. Il existe trois types d'entretien : l'entretien structuré, l'entretien semi-structuré et l'entretien libre. Pour mener à bien cette étude, j'ai opté pour cette approche qualitative, utilisant des entretiens semi-directifs comme méthode principale de collecte des données, et de préférence en visioconférence, en raison de la rareté de l'ergothérapie en néonatalogie en France. En effet, les entretiens semi-directifs offrent une flexibilité permettant d'explorer en profondeur les expériences et les perspectives des participants. L'intérêt pour moi de cet outil est de pouvoir découvrir les idées des

professionnels interrogés en leur offrant la possibilité de s'exprimer et échanger de manière interactive sur ce sujet.

B. POPULATION CIBLÉE

Dans le cadre de mon enquête, j'ai fait le choix d'interroger des ergothérapeutes diplômés exerçant ou ayant exercé en néonatalogie. Compte tenu de la faible étendue de cette spécialisation en France, je me suis vue élargir ma population d'enquête jusqu'à l'international comme le Québec, la Belgique ou la Suisse, afin d'enrichir mon analyse par une diversité de pratiques. Mes critères d'inclusions englobent également des ergothérapeutes en reconversion professionnelle, ceux ayant changé de service ou encore des professionnels aujourd'hui à la retraite.

Mes critères de non-inclusion regroupent des ergothérapeutes intervenant auprès des parents avant la naissance de l'enfant.

De plus, les ergothérapeutes n'ayant aucune expérience auprès des bébés prématurés, ceux ayant un conflit d'intérêt, comme des liens professionnels ou commerciaux avec des fabricants d'équipements sensoriels ou des thérapies non basées sur l'environnement sensoriel, ont été exclus de mon enquête.

Toutes personnes ayant participé à l'enquête et souhaitent retirer son consentement, sera automatiquement exclue de l'étude, garantissant ainsi le respect de leur volonté et de leurs droits.

C. CONSTRUCTION DE L'OUTIL

D'après Tétreault (2014), l'élaboration d'un guide d'entretien structuré comprenant des questions prédéterminées dans un ordre chronologique, est essentiel dans le but d'assurer une collecte de données continue et cohérente. En d'autres termes, le bon déroulement de l'entretien repose sur une préparation soignée et une connaissance préalable de la problématique explorée. Afin de répondre à ma question de recherche, j'ai donc établi mon guide d'entretien comprenant 19 questions. Celui-ci me servira de support lors de mes échanges avec les ergothérapeutes. Ce guide comprend une série de questions préparées, que j'ai l'intention d'aborder avec eux (Cf. Annexe II). Il se définit en 3 grands thèmes principaux :

- **Présentation de la personne** : Cette partie me donne l'occasion de mieux connaître le profil du professionnel interrogé. En effet, cela m'aide à mieux interpréter les réponses de manière plus juste et précise, puisqu'un ergothérapeute avec 20 ans d'expérience n'aura pas la même vision qu'un professionnel venant de débiter dans ce milieu. De plus, la néonatalogie est un domaine si peu convoité en France, qu'explorer leur motivation à travailler dans ce domaine m'apporterait un regard plus qualitatif. Comprendre les raisons qui les ont poussés à choisir cette population précoce, me permet d'enrichir l'analyse des discours, en tenant compte de leurs valeurs, leurs représentations et leurs sensibilités professionnelles.
Autrement dit, cette introduction me sert à instaurer un climat de confiance pour la suite de l'entretien.
- **L'ergothérapie et son intervention auprès des nouveau-nés prématurés** : Ces questions me permettent d'explorer l'intervention de l'ergothérapeute de manière générale. Toutes ses questions sont posées dans un ordre très précis : du début (naissance) jusqu'à la fin (retour à domicile) de la prise en charge du nouveau-né.
- **Conclusion** : Pour clôturer mon entretien, je voulais donner la possibilité aux professionnels d'ajouter des informations supplémentaires, de poser d'autres questions, si nécessaire et de s'exprimer librement sur des éléments auxquels je n'avais pas pensé. Cette approche vise à favoriser un échange ouvert et enrichissant tout au long de l'entretien. De plus, cela peut m'apporter de nouvelles informations précieuses pour l'analyse, et ouvrir des pistes pour la discussion.
Étant donné que la pratique de l'ergothérapeute en néonatalogie étant très restreinte, leur demander s'ils connaissent d'autres professionnels, peut me permettre d'obtenir de nouveaux contacts. Cela augmente mes chances de trouver d'autres professionnels spécialisés en néonatalogie, pour enrichir mon enquête et diversifier les points de vue. C'est pourquoi j'ai fait le choix d'interroger des professionnels de nationalité différente.

D. PRISE DE CONTACT

Comme énoncé précédemment, les ergothérapeutes dans le domaine de la néonatalogie sont rares. Afin de trouver les professionnels répondant à mes critères, j'ai élaboré une liste d'ergothérapeutes, basée sur plusieurs appels passés à des hôpitaux, incluant des professeurs

et chercheurs en ergothérapie, travaillant en pédiatrie, ayant une spécialisation dans la néonatalogie. J'ai, à ce jour, réussi à trouver trente-neuf professionnels dans le domaine ciblé.

Face à ce constat, j'ai alors élargi mon champ de recherche en laissant des messages sur des groupes Facebook et me tournant vers des ergothérapeutes intervenant précocement auprès d'enfants sans expertise particulière en néonatalogie, ou encore des formatrices spécialisées dans le portage des bébés et les soins du nouveau-né en unité néonatale, dans l'espoir de trouver d'autres contacts. J'ai alors obtenu six professionnelles et cette démarche m'a amené à trois retours positifs.

E. MODALITÉ DE PASSATION

Mon objectif était d'interroger trois ergothérapeutes. Suite à mes nombreux appels et mails envoyés, 3 professionnels ont répondu favorablement à ma demande, et les entretiens ont eu lieu au mois de mai 2025 en visioconférence en raison de la localisation des ergothérapeutes interrogés. Ils ont été réalisés de manière individuelle et ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Le consentement de l'ergothérapeute a été obtenu avant tout enregistrement vocal. Les entretiens ont duré entre 40 et 50 minutes, au-delà de ce temps, la personne risque de se fatiguer et de perdre de l'intérêt à l'entretien (Tétreault, 2014).

Pour des questions d'éthique et de déontologie, l'anonymat des professionnels interviewés sera respecté et leur consentement libre et éclairé sera demandé pour enregistrer les entretiens (Tétreault, 2014). C'est pourquoi, avant tout entretien, le formulaire de consentement était transmis par mail et devait être retourné et signé avant l'entretien (Cf. annexe III). Celui-ci comportait l'objet de la recherche, l'anonymat des données, les modalités de passation, le traitement des données et le mode de stockage des données recueillies.

F. CHOIX DE L'ANALYSE DE L'ENQUÊTE

Dans un premier temps, l'objectif de l'analyse des résultats était d'identifier les informations des entretiens qui pourraient apporter des éléments de réponse à ma question de recherche (Morel-Bracq, 2016).

Afin de mettre en lien mes entretiens et les éléments importants de ces derniers, une analyse catégorielle avait été mise en place. L'analyse catégorielle "fonctionne par opérations de

découpage du texte en unités puis classification de ces unités en catégories selon des regroupements analogiques” (Bardin, 2013). Pour ce faire, une retranscription intégrale a été faite de tous les entretiens, afin d’éviter d’écarter les éléments essentiels pour l’analyse thématique. Un tableau a été réalisé dans le but d’y recenser et de trier les affirmations des professionnels interrogés, jugés pertinents, facilitant l’organisation et une meilleure lisibilité de tous les propos recueillis. Celle-ci comprenant 4 grands thèmes :

- La place de l’ergothérapeute en unité néonatale
- La prise en soin du nouveau-né
- l’aménagement de l’environnement
- L’accompagnement des parents

5. RÉSULTATS ET ANALYSE DE L’ENQUÊTE

A. PRÉSENTATION DES ERGOTHÉRAPEUTES

Suite à mon enquête, trois entretiens ont été retranscrits. Afin de garantir le respect de l’anonymat des ergothérapeutes, aucune information permettant leur identification, comme leur lieu précis d’exercice, n’est mentionné. Les seules informations fournies sont : le sexe de l’ergothérapeute, l’année d’obtention de son diplôme, le service dans lequel il travaille ainsi que son année d’expérience dans l’unité néonatale. Pour les désigner et faciliter la lecture, l’utilisation des abréviations E1, E2 et E3 sera appliquée pour désigner les ergothérapeutes 1, 2 et 3. Concernant le lieu d’exercice, seulement deux ergothérapeutes qui ont été interrogés travaillent dans le même hôpital, mais pas dans le même service. Le troisième ergothérapeute travaille dans une structure et un pays différents.

Le tableau ci-dessous présente les profils des ergothérapeutes interrogés dans le cadre de l’enquête de ce mémoire :

Tableau I. : Profil des ergothérapeutes interrogés

	Sexe	Diplôme	Lieu d’exercice	Année d’expérience
E1	Femme	Diplômée en 2018	Interne à l’unité de soins intensifs au Québec. Formation dans l’alimentation et en dysphagie	2 ans

E2	Femme	Diplômée en 2016	Clinique externe de suivi néonatal au Québec. Travaillait auparavant en interne dans un autre hôpital	6 ans
E3	Femme	Diplômée en 1992	Mi-temps en CAMPS et dans un hôpital français en service de néonatalogie. Formation de soins du développement	8 ans

Quatre grands axes thématiques ont émergé suite à mes entretiens qui seront développés ci-dessous:

- La place de l’ergothérapeute en unité néonatale
- La prise en soin du nouveau-né en ergothérapie
- L’aménagement de l’environnement
- L’accompagnement des parents

B. LA PLACE DE L’ERGOTHÉRAPEUTE EN UNITÉ NÉONATALE

La pratique de l’ergothérapeute est en constante évolution. Il est important de noter dans un premier temps que les ergothérapeutes travaillant en unité néonatale sont peu nombreux, particulièrement en France. En effet, peu d’ergothérapeute exerçant dans ce domaine, et peu d’entre eux ont documenté sur leur pratique en France “Je pense que chacune dans notre petit coin personne n’a jamais publié en France par rapport à ça” (E3). Toujours selon E3 “On n’a jamais été très nombreuses en France à pratiquer en néonatalogie. On a été jusqu’à six et nous sommes encore moins maintenant”(E3). Au Canada, les ergothérapeutes sont également de cet avis “Dans plusieurs pays, comme la France par exemple, l’intégration de l’ergothérapie dans les unités de néonatalogie est encore limitée” (E2). Cela peut s’expliquer par plusieurs raisons.

Mes entretiens ont permis de faire émerger des freins et des facilitateurs quant à l’intégration de l’ergothérapeute dans ce domaine qui reste malgré cela compliquée :

Freins	Facilitateurs
<ul style="list-style-type: none"> - La méconnaissance du métier (E2) - Devoir se vendre auprès des équipes (E2) - Ressources humaines limitées (E2) - Manque de formation spécifique en néonatalogie (E3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborer avec l'équipe et transmettre nos plans (E3) - Parler et promouvoir notre rôle (E1) - Participer à des projets d'équipe pour faire connaître le rôle de l'ergothérapeute et réussir à s'implanter dans l'équipe ou dans les unités néonatales (E2)

Le principal frein mis en avant par les trois ergothérapeutes est la méconnaissance du métier “Il faut vraiment que l'équipe médicale sache bien notre rôle. Si c'est flou, ils ne savent pas la plus-value de notre profession” (E1). C'est pourquoi, les ergothérapeutes se forment beaucoup entre eux afin d'enrichir leur pratique et faire valoir le métier le plus possible : “On fait des formations complémentaires, beaucoup de mentorats entre pairs, nous nous formons beaucoup entre nous” (E2). Elles relèvent toutes les trois une nécessité de "se vendre" auprès des équipes médicales, ce qui indice sur une place qui n'est pas encore légitime dans les soins néonataux. Elles mentionnent à l'unanimité vouloir être davantage présentes dans l'accompagnement des nourrissons “On aimerait être plus impliqué auprès de certains patients, offrir plus de soutien à l'équipe, ou des outils pour les soins du développement” (E1, E2 et E3). Pourtant, la spécificité de l'ergothérapie est souvent reconnue une fois la collaboration établie.

En effet, nous pouvons voir que la collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire est un point fort. La place de l'ergothérapeute se construit autour de cette complémentarité avec les autres professionnels, dans l'adaptation aux besoins du service, mais aussi la nécessité d'une reconnaissance et d'une légitimité du métier. C'est pourquoi E2 mentionne “Il y a une ergothérapeute qui a un poste dédié sur l'implantation des pratiques sur l'unité de soins qui lance des projets, améliorer les pratiques” (E2). Celui-ci constitue un levier essentiel pour faire évoluer les soins en unité néonatale. L'ergothérapeute devient un véritable acteur dans les pratiques néonatales, favorisant l'intégration dans les équipes pluridisciplinaires.

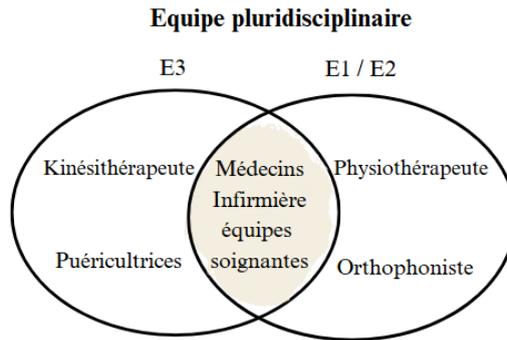


Figure 1 : Équipe pluridisciplinaire

Les entretiens mettent en lumière que l’intervention de l’ergothérapeute en néonatalogie, n’est pas toujours systématique pour chaque nourrisson. Au contraire, les demandes d’intervention sont souvent initiées par d’autres membres de l’équipe soignante, selon les besoins perçus. Au Canada notamment, tous les professionnels utilisent les mêmes outils afin de partager ce langage, particulièrement précieux en néonatalogie. Les équipes soignantes s’appuient sur des outils partagés qui favorisent une communication interdisciplinaire fluide, comme le soulignent plusieurs professionnels “Entre professionnels, on utilise tous les mêmes outils pour parler le même langage” (E1 et E2). Dans ce contexte, l’importance d’un langage commun entre professionnels devient crucial permettant une approche collaborative.

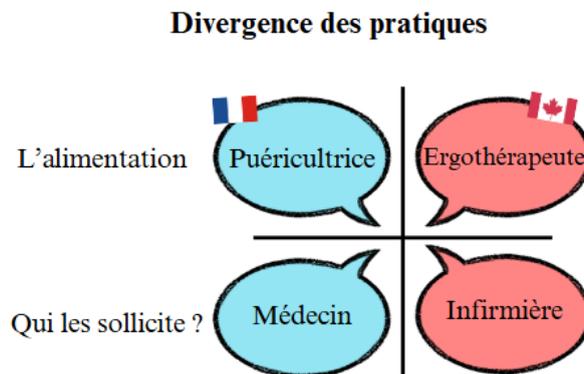


Figure 2 : Divergence des pratiques

Grâce au schéma n°2, nous pouvons voir que l’ergothérapeute travaille en partenariat avec les professionnels du service. Nous repérons cependant une divergence des pratiques entre ces derniers en fonction du pays de chacun. La collaboration de l’ergothérapeute, variant d’un pays à l’autre par rapport à l’organisation des soins et la répartition des compétences entre professionnels. Cette variabilité influence directement les champs d’action de l’ergothérapeute, en particulier dans le domaine de l’alimentation. Au Canada, c’est plutôt

l'ergothérapeute qui va prendre en charge le bébé “On a un rôle important au niveau de l'alimentation et du développement, on ne les voit pas dès la naissance” (E1), “L'orthophoniste s'implique pour les difficultés au niveau du langage autour de 18 mois” (E2). Tandis qu'en France, les ergothérapeutes ne prennent pas en charge l'alimentation du nourrisson, ce sont plutôt les puéricultrices “Nous n'avons pas d'orthophoniste, mais des puéricultrices du service qui sont formées pour l'alimentation pour accompagner les mamans dans la mise au sein” (E3).

Cette variation influence également la communication interdisciplinaire. En effet, ce n'est pas le même professionnel qui va solliciter l'ergothérapeute. Au Canada, ce sont plutôt les infirmières qui vont faire appel aux ergothérapeutes “Les infirmières sont vraiment des bonnes ressources : si on n'entretient pas de bonnes relations avec les infirmières, elles vont être moins portées à nous appeler quand il y a des enjeux. Ce sont elles qui remarquent les difficultés et jugent notre aide utile, car ce sont elles qui vont appliquer les recommandations, faire les soins avec les patients (E1 et E2). Tandis qu'en France, nous pouvons voir que ce sont davantage les médecins qui les sollicitent “Je participais au staff avec les médecins. Ils m'interpellent pour certains enfants pour lesquels ils avaient des questionnements” (E3).

Néanmoins, on remarque que certaines pratiques se ressemblent comme les physiothérapeutes/kinésithérapeutes ciblant leur intervention sur la respiration du nourrisson “Les physiothérapeutes sont aussi impliqués plutôt au niveau physio-respiratoire et interviennent auprès des plus petits” (E1 et E3).

D'un point de vue général, l'ergothérapeute exerçant en France soulève que nous avons un vrai retard sur la pratique au regard des autres pays “Il y a des pays plus en avance que nous” (E3). En effet, si nous comparons avec la pratique à l'étranger comme au Canada, celle-ci est davantage tournée vers une évolution des pratiques “Y a une ergothérapeute qui a un poste dédié sur l'implantation des pratiques sur l'unité de soins qui lance des projets et améliore les pratiques” (E1 et E2). Cela démontre que la place de l'ergothérapeute au sein de ces unités reste peu développée.

Dans de nombreux hôpitaux, l'ergothérapie est encore peu identifiée comme une profession “prioritaire” en néonatalogie, contrairement aux kinésithérapeutes ou aux psychomotriciens. Pour autant, chaque professionnel à son champ d'intervention que chacun respecte, puisque leur objectif commun à tous est d'assurer la survie du bébé. “On est là justement pour voir comment on peut accompagner au mieux ces bébés, avec bien-sûr tout le côté médical, car il y

a toute une phase qui importe la survie de l'enfant" (E2). "On est là pour faire ensemble et ces enfants ne seront pas hospitalisés tout le temps. Ils auront un avenir après et que c'est important de prendre soin dès maintenant" (E3). C'est pourquoi la prise en charge du nouveau-né par l'ergothérapeute en unité néonatale a son importance.

C. LA PRISE EN SOIN DU NOUVEAU-NE

Les entretiens mettent en avant l'intervention de l'ergothérapeute en unité néonatale auprès d'une population caractérisée d'une grande vulnérabilité "On accueille des patients en (très) grandes prématurités, des naissances difficiles, ils sont annexés à la naissance. Mais aussi des patients qui naissent avec des malformations, des syndromes génétiques" (E2), "Des bébés qui ont fait un AVC à la naissance" (E1).

Population prise en soin en ergothérapie



Figure 3 : Population prise en soin en ergothérapie

De plus, plusieurs professionnelles évoquent une temporalité décalée de leur prise en charge "Un bébé de 25 SA, on va le voir beaucoup plus tard" (E1), "On ne descendait pas sous 25 SA, maintenant, on prend plutôt à partir de 23 SA" (E3). Cette temporalité est souvent liée à l'état clinique du nouveau-né ou à des besoins spécifiques par les autres professionnels, dits "prioritaires" : "On va se faire interpellé vraiment quand il y a un besoin. C'est l'équipe médicale ou les infirmières, généralement dans un premier temps" (E1, E2 et E3). Bien que

l'accompagnement se concentre généralement sur les très grands prématurés, défini par un âge gestationnel inférieur à 32 SA, ou un poids de naissance très faible, les critères d'admission en ergothérapie ne sont pas toujours figés "Parfois, il y a des exceptions, des admissions spéciales parce que l'équipe médicale va juger que l'enfant est à risque sur le plan développemental, donc il y a une nécessité d'avoir des besoins spécifiques" (E1). Cela démontre les priorités d'intervention en ergothérapie, dans une logique de prévention des risques développementaux. C'est pourquoi certains ergothérapeutes interviennent même après l'hospitalisation des nouveau-nés pour les accompagner lors des éventuelles séquelles, comme les troubles du développement qu'ils peuvent avoir sur le long terme "Je suis en ergothérapie des jeunes avec des troubles d'apprentissage et de développement suite à leur prématurité, qui sur le plan moteur et autres vont très bien. Il y a des situations où ils peuvent s'en sortir" (E3). "Il y a des moments clés pour s'assurer que le retour à la maison se passe bien : deux semaines après sa sortie, à deux mois, à quatre mois, puis 8-9 mois. Tout dépend de l'évolution du patient, ça varie un petit peu. Et enfin une visite à 18 mois, trois ans, quatre ans et cinq ans" (E2).

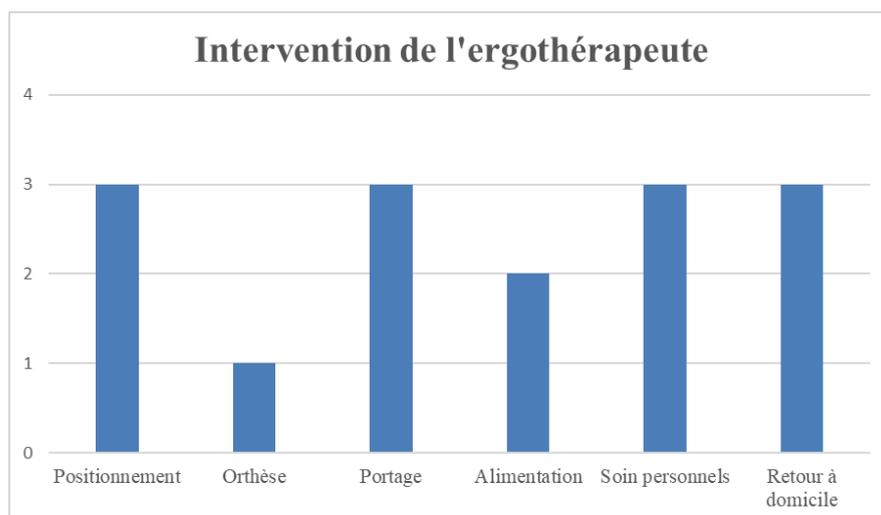


Figure 4: Intervention de l'ergothérapeute

Cependant, pendant l'hospitalisation, l'état de santé du bébé est variable. D'après ce graphique, nous pouvons voir que l'intervention de l'ergothérapeute est basée sur des besoins spécifiques adaptés au nourrisson. L'intervention la moins pratiquée est la réalisation d'orthèse sur les tous petits "On ne fait pas d'orthèse, mais on a des ergothérapeutes spécialisés dans les atteints au niveau de la main et des malformations. Parfois on les interpelle. C'est plus rare les orthèses, mais il faut que ce soit des cas extrêmes ou en prévention, mais ce n'est pas systématique" (E2). La confection d'orthèse ne fait pas partie

des interventions les plus fréquentes en ergothérapie, et davantage en unité néonatale. Bien que ces derniers aient cette compétence nécessaire pour les réaliser, la prise en soin reste minoritaire dans ce cadre spécifique.

L'importance du positionnement

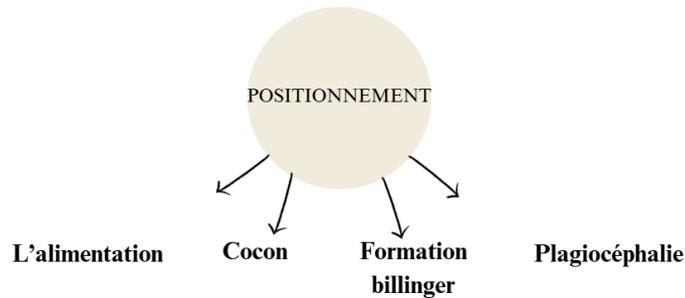


Figure 5 : L'importance du positionnement

Cependant, les trois ergothérapeutes interrogées s'accordent donc de manière unanime sur le positionnement du nouveau-né, en lien avec son développement sensorimoteur, qui constitue le premier besoin identifié dans le service. Comme le souligne E3, la gestion de la posture représente la demande principale formulée par l'équipe médicale «La première mission que le médecin du service m'avait demandée, c'était qu'il ne voulait plus voir d'enfants avec des plagiocéphalies, donc les déformations au niveau crânien (de face ou sur les côtés), qui sont liées à la pesanteur sur la tête de l'enfant qui appuie sur le lit, souvent esthétique. C'est par le positionnement qu'on arrive à remodeler assez rapidement en 48 heures quand c'est pris à temps» (E3). Pour palier cela, l'ergothérapeute intervient de manière concrète sur celui-ci «Je réalisais le positionnement avec des langes, je les installais, pour former un boudin à l'arrière du dos» (E3). Toujours selon E3 «Un enfant qui a la tête plate à droite, clairement, il faut le mettre en appui sur le sens opposé à la déformation. Le périmètre crânien, il grossit tous les jours. Donc l'intérêt, c'est que s'il est plat là, c'est qu'on va appuyer de l'autre côté et que la tête, en grossissant, va reprendre de manière naturelle sa position. Si c'est plat à l'arrière de façon symétrique, l'idée, c'est de le positionner une fois à droite, une fois à gauche» (E3). Ces déformations, souvent d'ordre esthétique, mais révélatrices d'un déséquilibre postural, qui peut être évité ou corrigé précocement. «Mon rôle, c'était aussi de vérifier qu'un enfant qui a une déformation n'est pas de tensions au niveau du cou qui se mettent en place, et pouvoir le détendre aussi» (E3). C'est pourquoi le positionnement n'est pas seulement une question de confort, mais bien de prévenir des complications posturales et de soutenir son développement sensorimoteur global comme le souligne E3. Ce travail de positionnement dépasse les

déformations, car il s'agit également de prévenir les désorganisations toniques. De plus, comme l'a soulevé une ergothérapeute, il y a une méconnaissance des équipes médicales quant aux principes de positionnement adapté des nouveau-nés prématurés, en particulier en ce qui concerne la posture en cocon : "Quand je suis arrivée, le personnel soignant disaient qu'ils les mettaient en cocon pour ne pas glisser sous la couette, mais quand ils les mettaient en turbulette, ils étaient plus en cocon. Donc, il a fallu reprendre du temps avec eux pour expliquer l'intérêt et les bienfaits du cocon" (E3). Cela démontre une confusion entre le maintien physique du nourrisson et une posture thérapeutique. En effet, le cocon ne sert pas uniquement à empêcher que l'enfant glisse, mais surtout à soutenir une posture enroulée qui favorise les appuis physiologiques, éviter les troubles de posture et du tonus du nouveau-né. C'est pourquoi, il semble essentiel de poursuivre la formation des soignants sur ces sujets, dans le but de garantir des soins de qualité dès les premiers jours de vie.

L'une des ergothérapeutes travaillant en néonatalogie explique : "La formation Bullinger, dans le service permet de cibler les intérêts, des points d'appui, du cocon, de pourquoi l'installer comme ça et ne pas juste éviter que les bébés glissent sous la couette et lutter contre ces chaînes d'hyperextensions" (E3). L'ergothérapeute devient alors un acteur-clé, non seulement dans l'accompagnement des nourrissons, mais aussi dans la transmission de savoirs au sein de l'équipe. Par son regard spécifique, il aide à harmoniser les pratiques pour que chaque geste de soin, contribue au développement optimal de l'enfant prématuré. L'enseignement est important auprès des équipes médicales, mais aussi auprès des parents "On fait des enseignements sur le bébé secoué, donne le bain..." (E2). L'intervention de l'ergothérapeute en néonatalogie ne se résume pas uniquement au positionnement. Elle comprend également un travail important autour de la sensibilisation sur la bonne manipulation de ces bébés encore fragiles, accentuée par leur prématurité. Comme le rappelle E2, cet accompagnement prend tout son sens dans un contexte aussi délicat.

Le positionnement du nouveau-né à son importance lorsqu'il est dans sa couveuse, dans son lit, ou encore lors du portage. En effet, il s'étend à des moments importants privilégiés comme l'alimentation. "J'intervenais, dans les positionnements de l'enfant, tout ce qui est portage et installation au moment de la tétée, que ce soit au sein ou au biberon et aborder aussi le retour à domicile" (E1, E2 et E3). En effet, comme énoncé dans la partie précédente, l'ergothérapeute peut intervenir sur l'alimentation du nourrisson, et le discours des trois ergothérapeutes convergent sur cet aspect de la pratique. Ce soin, à la fois sensoriel, moteur et relationnel, demande une attention particulière quant aux installations proposées, pour

respecter la physiologie et le confort du bébé. Dans cette perspective, le moment de se nourrir devient une occasion précieuse pour observer la posture du nourrisson, son tonus, ses appuis, mais aussi sa stabilité et sa régulation. Un mauvais positionnement pendant ce moment peut avoir des répercussions sur la succion, la digestion, la respiration, l'autorégulation et même sur la sécurité de l'enfant, comme par exemple le risque de fausse route.

Utilisation d'outils en ergothérapie pour le soin des nourrissons



Figure 6 : Utilisation d'outils en ergothérapie pour le soin des nourrissons

Pour tous les accompagnements cités précédemment, les entretiens nous montrent une différence quant à l'utilisation de certains outils. Certains ergothérapeutes en utilisent principalement basés sur la douleur du nouveau-né, dans le but d'enrichir leur prise en soin "Nous avons le programme SENSE qui est un outil maison, qu'on ne trouve pas dans la littérature" (E2). D'autres outils standardisés, comme l'échelle de Hammersmith est utilisée de manière systématique pour tous les enfants "L'échelle Hammersmith, on le fait d'emblée à tous les patients" (E2). PIPP (Premature Infant Pain Profile) : mesurer la douleur aiguë chez les nouveau-nés prématurés est utilisé systématiquement avec tous les enfants" (E1 et E2). Tandis que d'autres n'utilisent pas d'outils et se basent uniquement sur l'observation du

nourrisson “Je n'utilise pas d'outil, mais seulement l'observation. Je n'ai pas fait de formation sur l'échelle de la douleur ou autre” (E3).

Toutes les prises en soins de l'ergothérapeute en unité néonatale, que ce soit pour le positionnement, l'alimentation ou les soins personnels du bébé, nécessite une adaptation continue et les trois ergothérapeutes expriment un avis similaire à ce sujet. “Des fois, on est limités par les appareils de respirations, mais on peut toujours s'adapter à l'état clinique et ce plusieurs fois par jours par rapports à leurs examens : évaluer ou intervenir, mais souvent, ce n'est pas un bon moment, il faut s'ajuster, on regroupe nos soins pour aussi ne pas réveiller le patient” (E1, E2 et E3). De manière unanime, les professionnels soulignent l'importance de regrouper les soins afin de minimiser les stimulations et respecter le rythme du bébé “C'est pouvoir s'adapter déjà à son rythme, et puis l'observer” (E1, E2 et E3).

Observer, ajuster, respecter les temps de repos, anticiper les inconforts sont des actions qui montrent que l'ergothérapeute ne fait pas qu'agir ; il apporte une attention constante portée à l'état global de l'enfant. Cette manière de travailler, centrée sur l'adaptation, illustre bien la complexité et le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement en néonatalogie auprès des nouveau-nés prématurés.

L'action de l'ergothérapeute dans l'environnement physique immédiat du nouveau-né devient un levier clé dans la réduction des risques de troubles du développement. C'est pourquoi un bon aménagement de celui-ci pourrait réduire ses risques au long terme.

D. L'AMÉNAGEMENT DE L'ENVIRONNEMENT

Au-delà de toutes les adaptations quant au positionnement du bébé, il est important de noter que l'aménagement de l'environnement néonatal, en particulier au niveau sensoriel, joue, lui aussi, un rôle sur le bon développement du nouveau-né. Comme le souligne une E3, le bébé prématuré est constamment en développement, et a besoin d'un environnement ajusté à sa fragilité “Je veillais toujours au comportement du bébé avant d'aménager son environnement. Parce que c'est lui qui nous prouve ces indices de “je suis bien, je ne suis pas bien, pourquoi je ne suis pas bien alors que j'ai mangé, j'ai été changé, a priori mon lit est propre et autre” (E3). Puisqu'en effet, l'environnement sonore, lumineux, thermique, tactile ou encore gustative du nourrisson a une influence directe sur son niveau de stress, son rythme d'éveil, son autorégulation.

Les stimulations sensorielles rencontrées pendant l'hospitalisation des nouveau-nés

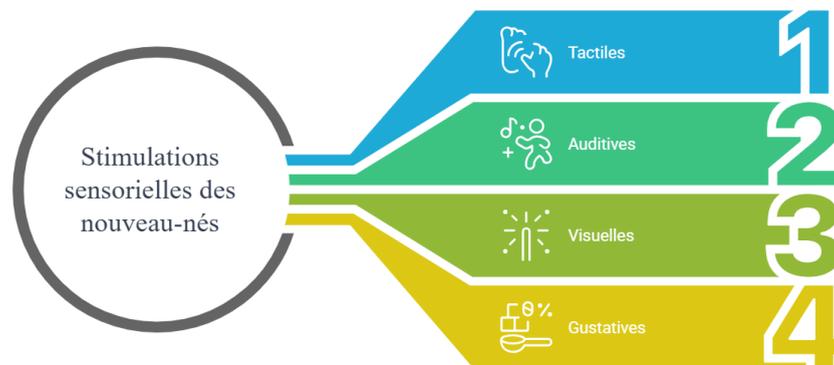


Figure 7 : Les stimulations rencontrées pendant l'hospitalisation des nouveau-nés

D'après les entretiens réalisés et le schéma représenté ci-dessus, nous pouvons voir que les nouveau-nés sont confrontés à plusieurs stimulations comme le tactile, l'audition, la vue ou encore le goût. Afin de réduire celles-ci, les ergothérapeutes interviennent de façon préventive dans l'aménagement d'un environnement sensoriel propice au développement.

Concernant le toucher, une ergothérapeute mentionne que la sortie de la couveuse marque une étape physiologique pour le bébé. En effet, pendant la couveuse, les bébés ont une dépense énergétique importante, pouvant avoir un impact sur son développement global. C'est pourquoi il existe des lits chauffants permettant de mieux gérer la transition entre la couveuse et le lit en chambre avec les parents "Nous avons des matelas chauffants pour leur permettre de maintenir leur température corporelle en transition de la couveuse, parce que c'est aussi une des phases où ils perdent beaucoup en énergie pour se réchauffer même avec leur triple, quadruple épaisseur de vêtements. Parce qu'ils ont besoin d'énergie pour faire toutes les autres actions, ces autres occupations. Ils ont besoin d'énergie pour tout" (E3).

Bien que ce changement d'environnement soit une bonne transition thermique pour le nouveau-né, cela impacte cependant son audition "Ils sont confrontés à tous les bruits environnants lorsqu'ils passent en lit chauffant" (E3). C'est pourquoi, l'adaptation de l'environnement auditive a également son importance afin de réduire le stress post-natal, et tous les ergothérapeutes interrogés partagent ce point de vue, quant à la sensibilisation de l'équipe pluridisciplinaire sur cette problématique "Faire prendre conscience à toute l'équipe de l'importance du bruit" (E1, E2 et E3). Pour sensibiliser davantage sur ce point, la présence constante d'une ergothérapeute dédiée aux soins du développement, souligne l'importance

accordée à l'environnement sensoriel "Y a toujours une ergothérapeute qui participe aux soins du développement, que ce soit dans les politiques d'éclairage, store dans les chambres, méthode de retour au calme, reconnaissance des signes de stress et former les infirmières à le reconnaître" (E1). Cette sensibilisation permet de mieux percevoir les besoins du nourrisson, et ainsi favoriser la prise en charge de manière plus respectueuse de son développement.

D'un point de vue plus pratique, des adaptations ont été mises en place "On a mis en place des oreilles dans les couloirs qui détectent le niveau sonore (coupe de temps en temps), afin que l'équipe prenne conscience du bruit environnant" (E1 et E3). Cet outil visuel agit comme un rappel environnemental permanent, favorisant une culture du soin plus douce et adaptée au rythme des bébés. Cela rappelle également la sensibilisation faite par les ergothérapeutes sur les conséquences du bruit sur le nouveau-né en unité néonatale.

En effet, le bruit "Adapter sa parole quand on est auprès de l'enfant. Bien sûr qu'il faut lui parler, le prévenir, lui raconter ce qu'on lui fait au moment où on lui fait. Il y a une façon de s'adresser à lui, modulation de la voix, calme, voire chuchoter" (E1, E2 et E3). En complément de l'ambiance sonore de la pièce, la manière dont les professionnels s'adressent verbalement à l'enfant, fait aussi l'objet d'une attention particulière. Les trois ergothérapeutes insistent sur l'importance de la modulation de la voix : avec douceur et calme tout en respectant le rythme du bébé. Ces éléments sont essentiels pour instaurer un cadre sécurisant au nourrisson. Certaines ergothérapeutes mettent en avant une approche sensorielle plus douce comme la musicothérapie, dans le but de réduire le stress post natal "On commence à l'exposer à la musique, on le met en place pour détendre le patient" (E2).

Dans cette continuité, la dimension gustative est à prendre en considération selon E2. L'ergothérapeute contribue à familiariser l'enfant à des goûts et des odeurs qu'il connaît, et ainsi renforcer ses repères sensoriels "On soutient aussi l'allaitement maternel quand cela est possible, car le lait maternel permet de familiariser le bébé avec des goûts et des odeurs familiers. On évite aussi l'exposition à des parfums ou désinfectants qui sont trop forts" (E2).

Dans cette logique d'attention aux stimulations, visuelle est également à prendre en compte. Plusieurs adaptations peuvent être mises en place dans les unités néonatales à cet effet comme l'explique E3 "On a mis en place des caches couveuses pour la luminosité" (E3). Selon les trois professionnels interrogés, faisant encore une fois l'unanimité à ce sujet "Durant le jour, on s'assure que les lumières soient allumées dans la chambre du patient. À partir d'une certaine heure, on les éteint" (E1, E2 et E3), une attention particulière est aussi portée sur les

protocoles de luminosité dans le service “pendant la journée, on a des protocoles d’éclairage cyclique quand les bébés ont atteint 32 SA” (E1). Cela permet d’intégrer progressivement des repères temporels et un rythme pendant la journée.

Toutes ces stimulations citées ci-dessus peuvent avoir des conséquences à long terme sur le bon développement du nouveau-né. “Les enfants que je voyais à l’IEM avec des postures et des conséquences des installations qu’on pouvait mettre en place en néonatalogie. Notre intervention précoce, de manière préventive, ont un effet sur leur développement moteur et la représentation corporelle qui vont avoir de leur propre corps” (E3). Ce témoignage met en lumière toute l’importance de la prise en charge précoce du nouveau-né. E3 souligne le lien direct entre les pratiques d’installation posturale mises en place dans les premières semaines de vie et les répercussions que cela peut avoir plus tard dans le développement de l’enfant.

En accompagnant le bébé dans l’adaptation de son environnement et en sensibilisant les soignants à l’importance de ces gestes quotidiens, l’ergothérapeute agit de manière concrète sur le développement global de l’enfant à court et long terme. En revanche, l’environnement humain, incluant l’accompagnement des parents, représente à lui seul 80% des soins à prodiguer au nouveau-né.

E. L’ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS

En unité néonatale, les parents sont mis à distance de leur enfant, et sont confrontés à un environnement médical technique qui stresse autant le bébé que la famille. D’après les entretiens, nous observons une perturbation du côté des parents pendant l’hospitalisation “Les parents rapportent souvent la perte de rôle-là, c’est important pour nous que le parent fasse. Ils perdent un peu tout leur repère et la confiance en leur capacité à répondre aux besoins de leur bébé, qui sont complexes” (E1, E2 et E3). Pourtant, les entretiens mettent en lumière que la présence parentale à une grande importance quant au bon développement du nouveau-né, et les trois ergothérapeutes sont unanimes à ce sujet “Que le parent soit présent pour qu’il communique avec son bébé et c’est 80% des soins” (E1, E2 et E3).

L'accompagnement des parents en unité néonatale

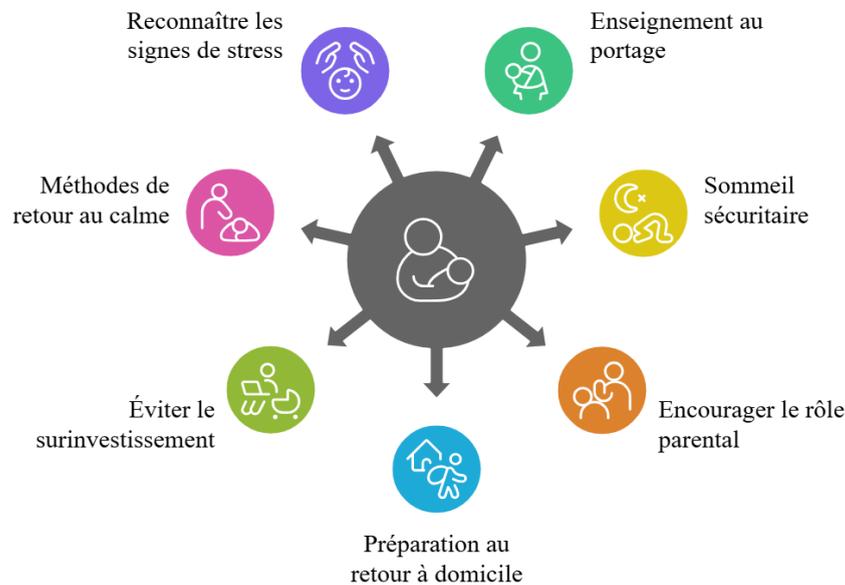


Figure 8 : L'accompagnement des parents en unité néonatale

Face à ce constat, l'intervention de l'ergothérapeute vise essentiellement à réinstaurer ce climat de confiance entre le parent et son bébé à travers un accompagnement personnalisé "On collabore avec eux pour qu'ils s'impliquent le plus possible et se sentent le plus à l'aise pour intervenir avec leur enfant" (E1, E2 et E3). Pour ce faire, deux des ergothérapeutes interrogées ont mis en place des ateliers destinés aux parents "On a commencé à faire des ateliers pour les parents récemment pour les encourager à s'impliquer dans leur rôle parental" (E1 et E2). Cette démarche permet de transmettre des connaissances sur le développement sensoriel du nourrisson, à travers des supports adaptés à l'âge gestationnel du bébé "Pour les ateliers parents, on crée des fiches de développements pour enfants prématurés qui fonctionne par âge, qu'est-ce que les parents peuvent faire au niveau de l'odorat, du goût... en fonction de l'âge" (E1 et E2). Ces ateliers parents sont également un bon moment pour leur enseigner le portage en peau-à-peau comprenant de nombreux bienfaits sur le bébé "Le bébé peau contre peau sur le parent pour qu'il n'est pas froid et très souvent les enfants régulent parfaitement leur température quand ils sont sur le parent par rapport aux moments passés dans la couveuse" (E3). L'intervention de l'ergothérapeute a une visée sécurisante auprès des familles, en valorisant tous les bienfaits de cette méthode. Le peau-à-peau peut parfois être compliqué compte tenu de la difficulté à manipuler l'enfant du fait de tous ces branchements dans la couveuse. Le peau-à-peau devient ainsi un véritable outil thérapeutique au niveau

sensoriel, renforçant le lien d'attachement entre le parent et son enfant. Afin de développer et renforcer davantage cette méthode, des services mettent également en place des journées entières dédiées à cela "On a sur l'unité des journées de sensibilisation sur les soins kangourou" (E2).

L'ergothérapeute s'inscrit dans un soutien à la parentalité concernant le contact corporel, mais il joue aussi un rôle bienveillant dans l'accompagnement des parents n'ayant pas encore eu le temps d'investir leur rôle de parent "Comme ils sont souvent nés très tôt, les parents n'ont pas encore investi. Ça ne sert à rien de surinvestir sur des matériels dont ils auront besoin pendant trois semaines et qu'ils n'auront pas besoin après" (E3). Dans cette continuité, en complément de l'accompagnement des familles, des temps de groupes sont mis en place dans le but de soutenir les familles dans leur transition vers le retour à domicile. L'ergothérapeute joue un rôle clé, dans la sensibilisation des familles aux risques de certains équipements "On a des réunions dans le service avec les parents abordant le retour à la maison sur ce qu'on peut mettre en place, ce qui est important de mettre en place et ce qui est à ne surtout pas mettre en place comme les youpalas ou des transats usés par les fratries" (E3). Dans cette dynamique de préparation au retour à domicile, l'ergothérapeute veille à instaurer de bonnes habitudes de vie au bébé "On fait le sommeil sécuritaire qui est le positionnement pour représenter le dodo comme à la maison" (E1). Les entretiens nous ont démontré que la pratique de l'ergothérapeute repose sur l'observation du bébé. C'est pourquoi, l'enseignement sur le retour au calme ou montrer aux parents les signes de stress ressentis par le bébé sont des éléments à prendre en compte, et ce sujet fait l'unanimité chez les trois ergothérapeutes interrogés "On peut faire des soins pour mettre en place des méthodes de retour au calme, montrer les signes de stress, faire des enseignements à ce niveau-là" (E1, E2 et E3). Ces gestes du quotidien, bien que parfois discrets, participent pleinement à la qualité de la prise en soin du bébé. C'est également le cas concernant une bonne posture du bébé pendant son alimentation, qui est une des occupations principales du bébé avec le sommeil "Les aider pour le positionnement pendant l'alimentation, les techniques comme le pacing. C'est une intervention lors de l'alimentation qui consiste à donner des pauses au bébé lorsqu'ils ne sont pas bien coordonnés. C'est un enseignement qui doit être fait et qui doit être pratiqué avant de bien le maîtriser" (E1 et E2). Ce type d'intervention ne s'improvise pas. L'ergothérapeute évalue l'enfant dans sa globalité et cela requiert une fine observation des signaux de l'enfant, et doit faire l'objet d'un enseignement spécifique, à la fois théorique et pratique.

Les entretiens réalisés nous montrent une réalité fréquente pendant l'hospitalisation des nouveau-nés. De nombreuses familles sortent de l'unité néonatale sans avoir été suffisamment préparées pour retourner à la maison. C'est pourquoi, tous ces enseignements faits aux parents ont une importance dans le bon développement du nourrisson "Pour certains patients, quand ils sortent trop vite et n'ont pas eu le temps d'avoir ses enseignements par l'ergothérapeute pendant qu'il a été hospitalisé, je dois reprendre la base (les positionnements, l'alimentation, respecter les signes de l'enfant, enseigner aux parents tel signe, ça signifie telle chose)" (E2). Cela souligne également l'importance d'une intervention précoce et continue, dès le début de l'hospitalisation, pour permettre aux familles d'être progressivement outillées et rassurées.

L'intervention de l'ergothérapeute a donc toute son importance pendant l'hospitalisation "On s'assure que le parent fasse le plus possible, on l'accompagne, car ils ont besoin qu'on partage, qu'on les rassure, ils ont toujours plein de questionnements sur le retour à la maison. Le rôle ne s'arrête pas non plus aux portes du service" (E3). Selon les trois ergothérapeutes interrogées, travaillant en unité néonatale, les enjeux du retour à domicile sont souvent source de stress pour les familles et jouent donc un rôle de passerelle, garantissant une continuité des soins par les parents "On fait des parallèles quand les parents seront à la maison et on les laisse faire le plus possible comme s'ils étaient à la maison, intégrer et enseigner le portage, les aider à positionner leur bébé. On les encourage à se mettre en peau-à-peau en portage" (E1, E2 et E3).

Les entretiens ont démontré que l'intervention de l'ergothérapeute en unité néonatale trouve pleinement sa place dans un contexte marqué par la séparation précoce entre le parent et son bébé, pouvant fragiliser le lien d'attachement avec ce dernier, et altérer les compétences parentales. L'accompagnement et le rôle de l'ergothérapeute ne se limitent pas à des interventions de technicité. Il s'agit d'une véritable démarche dans le soutien parental, essentielle au développement harmonieux de l'enfant prématuré et ainsi réduire les troubles du développement à long terme.

6. DISCUSSION

A. MISE EN RELATION AVEC LA LITTÉRATURE

Tout au long de ce travail de recherche, l'objectif était de répondre à la problématique suivante : De quelle manière l'ergothérapeute intervient dans l'environnement physique et

humain afin de réduire les risques des troubles de développement des nouveau-nés prématurés hospitalisés en service de néonatalogie ?

Cette enquête m'a permis de mettre en avant la plus-value de l'ergothérapeute en unité néonatale.

1. Comparaison avec l'intervention de l'ergothérapeute en unité néonatale

L'analyse des résultats met en lumière un rôle de l'ergothérapeute trop peu développé, particulièrement en France, comme le souligne E3 "On n'a jamais été très nombreuses en France à pratiquer en néonatalogie" (E3). Ce propos rejoint l'Agence Régionale de Santé (ARS) de l'Ile-de-France expliquant que certains professionnels interviennent de manière plus ponctuelle comme les orthophonistes, les psychologues tout comme la présence d'ergothérapeutes, bien que cela reste encore très rare (ARS, 2018). Par ailleurs, les entretiens rapportent que la littérature en France sur la pratique en unité néonatale est rare "Je pense que chacune dans notre petit coin personne n'a jamais publié en France par rapport à ça" (E3).

La médecine en néonatalogie a cependant connu des progrès considérables ces dernières années, réduisant les répercussions à la fois sur le nouveau-né et sur sa famille. Cela peut s'expliquer par une amélioration de l'intégration de l'ergothérapeute dans les unités néonatales, comme nous l'explique E2 "Il y a une ergothérapeute qui a un poste dédié sur l'implantation des pratiques sur l'unité de soins qui lance des projets, améliorer les pratiques" (E2). Celui-ci constitue un levier essentiel pour faire évoluer les soins en unité néonatale. L'ergothérapeute devient alors un véritable acteur dans les pratiques néonatales, favorisant l'intégration dans les équipes pluridisciplinaires. Dans ce contexte, une approche collaborative entre les professionnels se révèle nécessaire. En effet, les entretiens et la littérature s'accordent sur le fait que l'ergothérapeute s'engage dans un travail pluridisciplinaire. Tout au long de la prise en soin du nourrisson, les familles sont accompagnées par une équipe pluridisciplinaire (Cardin, 2020).

En somme, le rôle de l'ergothérapeute reste peu développé en France. La littérature et l'analyse thématique sont conjointement liées par sa pratique, s'organisant autour d'une collaboration pluridisciplinaire centrée sur la prise en soin du nouveau-né.

2. Comparaison avec la prise en soin du nouveau-né prématuré

L'analyse thématique met en lumière toutes les interventions que peut réaliser l'ergothérapeute, principalement basées sur le positionnement du bébé et les douleurs post-natales que celui-ci peut causer.

La littérature et l'analyse thématique convergent sur les problématiques morphologiques, notamment la plagiocéphalie facilement modifiable grâce à un bon positionnement du bébé, lorsque celui-ci est pris à temps "La première mission que le médecin du service m'avait demandée, c'était qu'il ne voulait plus voir d'enfants avec des plagiocéphalies". En effet, selon Matt et al., (2019), mentionne que de nombreux nouveau-nés rencontrent des problématiques concernant leur morphologie craniofaciales comme la plagiocéphalie, évoquée dans l'entretien. Ces déformations ne sont pas douloureuses pour le nouveau-né, mais certaines de ses occupations comme l'alimentation peuvent lui en procurer si celles-ci ne sont pas adaptées au bébé. C'est ce que rapportent unanimement les trois professionnels interrogés "J'intervenais, dans les positionnements de l'enfant, tout ce qui est portage et installation au moment de la tétée, que ce soit au sein ou au biberon et aborder aussi le retour à domicile" (E1, E2 et E3). Selon l'ergothérapeute Audrey Charpentier-Demers, pendant l'alimentation, le bébé doit coordonner sa succion avec sa respiration, tout en protégeant ces voies respiratoires pendant la déglutition (Charpentier-Demers, 2016). Le positionnement du nouveau-né prématuré mis en place par l'ergothérapeute du bébé, représente un défi développemental majeur, car elle mobilise une coordination fine entre plusieurs fonctions vitales.

Si une alimentation adaptée est essentielle au développement du nouveau-né prématuré, il est tout aussi important de prendre en compte la douleur qu'il peut ressentir. La littérature, conjointement liée à l'analyse thématique, met en lumière le travail de l'ergothérapeute sur la prévention de l'alimentation, dans le but de favoriser le bon développement de l'enfant. L'absence de communication rend difficile l'évaluation et le traitement de la douleur (Holsti, 2012). C'est pourquoi, selon les ergothérapeutes interrogés, leur pratique se base principalement sur l'observation du nouveau-né "C'est pouvoir s'adapter déjà à son rythme, et puis l'observer" (E1, E2 et E3).

Dans les entretiens réalisés, les professionnels portent une attention particulière sur les signaux comportementaux du nourrisson, ce qui rejoint la philosophie du NIDCAP. En effet, ce programme se base sur l'observation du nouveau-né, a démontré également l'importance de l'autorégulation du nourrisson quant à son développement. En d'autres termes, laisser le

bébé gérer seul ses propres ressources (Rubio-Grillo, 2019). Bien que cette approche n'ait pas été évoquée lors des entretiens, elle serait intéressante à utiliser puisque celle-ci se concentre sur l'observation fine du comportement du nourrisson, afin d'obtenir un plan de soin plus personnalisé pour chaque enfant et sa famille. L'intervention de l'ergothérapeute passe par l'observation comme évoqué précédemment, mais également sur l'aménagement de l'environnement néonatal.

3. Comparaison avec l'aménagement de l'environnement néonatal

Les ergothérapeutes interrogés et la littérature s'accordent sur le fait que la qualité de l'environnement dans lequel évolue le nouveau-né prématuré joue un rôle important sur son développement à long terme. "Les enfants que je voyais à l'IEM avec des postures et des conséquences des installations qu'on pouvait mettre en place en néonatalogie" (E3). Les résultats obtenus concordent avec l'étude EPIPAGE-1 qui a été menée en France montrent que les enfants nés prématurément présentent des troubles moteurs, sensoriels ou cognitifs à l'âge de cinq ans. Cette réalité justifie la nécessité d'un accompagnement en ergothérapie sur un bon positionnement pendant l'hospitalisation du nouveau-né.

Cependant, le milieu hospitalier constitue un environnement riche en stimulation comme le bruit, les lumières vives et colorées, les stimulations olfactives intenses et les nombreux stimuli douloureux, survenant de façon répétée tout au long de l'hospitalisation comme le mentionne Koenig-Zores & Kuhn (2016). C'est pourquoi les ergothérapeutes insistent sur l'aménagement concret de celui-ci, de manière plus respectueuse aux capacités de l'enfant, en mettant plusieurs adaptations en place. Ces aménagements passent par la réduction auditive comme des "oreilles dans les couloirs qui détectent le niveau sonore afin que l'équipe prenne conscience du bruit environnant" (E1 et E3). En effet, l'apparition de stimuli sonores déclenche des réponses physiologiques de stress chez le nourrisson (Lejeune, 2018). Les ergothérapeutes mettent aussi en place des "caches couveuses pour la luminosité" (E3), ce constat rejoint l'APP (American Academy of Pediatrics) recommandant une luminosité ne dépassant pas les 648 lux dans un service de néonatalogie.

En somme, l'intervention de l'ergothérapeute vise à créer un cadre stable et sécurisant pour le bébé dans le but de soutenir ses compétences sensorimotrices. Il est essentiel de considérer l'environnement physique en lien avec l'environnement humain comprenant l'accompagnement des parents.

4. Comparaison avec l'accompagnement parental

L'analyse met en évidence la perte de repère et de confiance des parents en leur capacité à répondre aux besoins de leur bébé, qui sont complexes, et les ergothérapeutes interrogés sont unanimes à ce sujet "On collabore avec eux pour qu'ils s'impliquent le plus possible et se sentent le plus à l'aise pour intervenir avec leur enfant" (E1, E2 et E3). Face à ce constat, la littérature souligne que le rôle de l'ergothérapeute est d'améliorer l'engagement occupationnel des parents dans leurs tâches avec leur bébé, telles que l'alimentation, le sommeil, les soins personnels... et ainsi orienter les parents dans l'observation de ses comportements, en les aidant à s'adapter à ses besoins (Boussard et al., 2019).

C'est pourquoi plusieurs adaptations peuvent être mises en place comme le soin du peau-à-peau, similaire aux soins kangourous, cette méthode est évoquée à plusieurs reprises dans les entretiens, "Le bébé peau contre peau sur le parent pour qu'il n'est pas froid par exemple" (E3). Il apparaît comme un soin central pouvant être davantage valorisé dans la période post-hospitalière. Celui-ci devient ainsi un véritable outil thérapeutique sensoriel, renforçant le lien d'attachement entre le parent et son enfant. En effet, la littérature est conjointement liée à l'analyse puisque cette méthode des soins kangourou permet un contact en peau à peau avec le parent, soutenir l'attachement mère-enfant et diminuer le stress et la douleur provoquée par l'unité néonatale, tout en soignant et nourrissant le nouveau-né (Milette, Martel & Ribeiro da Silva, 2019). L'ergothérapeute, en tant que professionnel des occupations, est légitime pour soutenir et encourager la mise en place de ces moments de peau à peau.

Ainsi, la convergence entre les propos des professionnels rencontrés et les données théoriques issues de la littérature confirme que les parents d'un nouveau-né prématuré ont besoin d'être accompagnés et conseillés dans leur rôle et leurs occupations parentales (Holsti, 2012). Puisqu'en effet, les entretiens, conjointement lié à la littérature, démontrent que selon E2, certains patients sortent trop vite de la maternité et n'ont pas eu le temps de bénéficier des enseignements de l'ergothérapeute pendant leur hospitalisation, et le professionnel doit alors reprendre la base comme les positionnements, l'alimentation, le respect des signes de l'enfant... Cela souligne l'importance d'une intervention précoce et continue par l'ergothérapeute, dès le début de l'hospitalisation, permettant aux familles d'être progressivement outillées et rassurées, et ainsi réduire les troubles du développement du nouveau-né dans le futur.

B. VALIDATION DE L'HYPOTHÈSE

Pour rappel, l'hypothèse élaborée au regard de la question de recherche est la suivante : Les conseils d'aménagement de l'ergothérapeute en service de néonatalogie réduisent les risques des troubles de développement des nouveau-nés prématurés. Cette hypothèse semble être validée, mais étant donné le nombre d'ergothérapeutes interrogés, nous ne pouvons la valider que partiellement. Cependant, les conseils d'aménagement proposés par l'ergothérapeute en service de néonatalogie participent à la réduction des risques de troubles du développement chez les nouveau-nés prématurés. Les ergothérapeutes interviennent précisément dans ces dimensions, en proposant des ajustements de l'environnement matériel (lumière, bruit, positionnement) et en guidant les soignants et les parents vers des pratiques favorisant le confort, l'autorégulation et le développement de l'enfant. Ainsi, cette hypothèse s'insère de manière cohérente dans une dynamique de soins individualisés et de collaboration interdisciplinaire, où l'aménagement réfléchi de l'environnement devient un levier thérapeutique.

À travers leurs recommandations en matière d'aménagement, les ergothérapeutes en néonatalogie contribuent à limiter les risques de troubles du développement chez les nouveau-nés prématurés. Leur rôle consiste notamment à ajuster l'environnement physique – en tenant compte, par exemple, de la lumière, du bruit ou encore du positionnement – tout en accompagnant les soignants et les parents dans des pratiques qui soutiennent le confort, l'autorégulation et le développement global de l'enfant. Mon hypothèse s'inscrit donc dans une approche de soins personnalisés et de collaboration interdisciplinaire, où l'aménagement de l'environnement devient un véritable outil au service du bien-être et du développement du bébé.

C. LIMITE ET LEVIER DE LA RECHERCHE

L'une des principales limites de cette recherche concerne le nombre restreint d'ergothérapeutes interrogés. Décrocher plus d'interview m'aurait permis d'avoir plus de données pour cette étude. Malheureusement, la rareté de ces professionnels dans ce domaine, ne m'ont pas permis de réaliser un plus grand nombre d'entretiens. De plus, deux des professionnelles interrogées travaillent dans le même hôpital, mais dans un service différent, ce qui biaise la pratique de l'ergothérapeute et la culture institutionnelle.

Concernant les leviers de cette étude, j'ai pu remarquer que les trois ergothérapeutes interrogées étaient très complémentaires et partageaient une vision commune de leur rôle et leur pratique en unité néonatale, bien que celles-ci n'exercent pas dans le même pays. J'ai pu donc utiliser les données de manière équivalente dans l'analyse, en mettant en évidence les points de concordance autour de la posture professionnelle, du soutien à la parentalité et les modalités d'accompagnement du nouveau-né prématuré par rapport à l'aménagement de l'environnement de celui-ci.

7. CONCLUSION

Ce mémoire a eu pour but d'explorer la manière dont l'ergothérapeute intervient dans l'environnement physique et humain de l'unité de néonatalogie afin de prévenir les risques de troubles du développement chez les nouveau-nés prématurés. À travers une approche combinant un cadre conceptuel centré sur les besoins spécifiques du bébé prématuré et une analyse qualitative d'entretiens avec des ergothérapeutes, ce travail a permis de mettre en évidence l'importance de l'adaptation sensorielle, de l'accompagnement familial, du positionnement individualisé, de la gestion de la douleur et de la qualité des interactions précoces.

Les données recueillies confirment partiellement mon hypothèse en raison du nombre d'ergothérapeutes interrogés, selon laquelle leurs conseils d'aménagement proposés participent à la diminution des facteurs de risque développementaux. Qu'il s'agisse d'adapter l'environnement physique, d'optimiser le positionnement du bébé, de soutenir l'alimentation ou encore d'accompagner les parents dans leurs interactions avec leur enfant, il a été démontré que l'ergothérapeute peut soutenir les soins centrés sur le développement du nouveau-né.

Malheureusement, cette recherche révèle aussi certains freins persistants, notamment en lien avec la reconnaissance du rôle de l'ergothérapeute dans ces services et la nécessité de renforcer le travail en interdisciplinarité. Elle ouvre ainsi la voie à de futures réflexions sur la place de l'ergothérapie dans les soins précoces, dans le cadre du suivi post-hospitalisation et de l'accompagnement à domicile par exemple, afin d'assurer une continuité de la prise en soin centrée sur les besoins du bébé et de sa famille.

Pour ouvrir ce mémoire d'initiation à la recherche vers de nouvelles pistes de réflexion, il serait pertinent de mener une seconde étude ayant pour objectif de comparer la place de l'ergothérapeute en France avec celle des autres pays. Les études canadiennes nous ont montré que leur pratique était plus avancée que les articles français encore trop peu nombreux. Une étude comparative permettrait ainsi d'identifier les écarts en termes de reconnaissance professionnelle. Cela ouvrirait également la voie à une réflexion sur les leviers permettant de faire évoluer la pratique française, en s'inspirant des modèles déjà bien établis à l'international.

8. BIBLIOGRAPHIE

Agence régionale de santé Ile-de-France. (s. d.). Consulté 30 mars 2025, à l'adresse https://www.iledefrance.ars.sante.fr/recherche-globale?search_ars=n%C3%A9onatalogie+%C3%A9quipe+pluridisciplinaire&submit_search=Rechercher&submit_search=Rechercher

Allemon, M. C. (2006). Émotions autour du bébé prématuré. In *Les émotions (autour) du bébé* (pp. 137-141). Érès.

Arial, C. (2019). L'intégration sensorielle : l'approche et son efficacité auprès d'enfant présentant un trouble du développement. *La revue française de l'ergothérapie*, (75), 23-34.

Baraër-Mottaz, A. M. (2020). *Prendre soin du nouveau-né grand prématuré : enaction d'un dialogue corporel co-construit par l'articulation de ressources multimodales* (Doctoral dissertation, Université Montpellier).

Bardin, L. (2013). Chapitre premier. L'analyse catégorielle. *Quadrige*, 207-207.

Berne-Audeoud, F., Marcus, L., Epiard, C., Debillon, T., & Ode, C. (2018). Le NIDCAP : des soins sur mesure pour les bébés prématurés et leur famille, car leur avenir est un défi. *ANAE Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, (152), 63-69.

Boussard, M., Tétreault, S., Sénéchal, A.-M., & Huguenin, M. (2019). Favoriser l'engagement occupationnel des parents d'enfants prématurés lors de leur retour à domicile. *La revue française de l'ergothérapie*, (75), 15-22.

Bouyssert, C. (2021). Bases moléculaires de la perception chimiosensorielle [These de doctorat, Université Côte d'Azur].

Brun, P. D., Méline, K. B., & Mellier, D. (2018). Développement cognitif et émotionnel des enfants nés grands prématurés. *ANAE Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, (152), 33-41.

Cardin, A. D. (2020). Parents' Perspectives : An Expanded View of Occupational and CoOccupational Performance in the Neonatal Intensive Care Unit. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 7402205030p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.034827>

Case-Smith, J., & O'Brien, J. C. (2010). *Occupational therapy for children* (6th edition). Missouri (USA): Elsevier editions.

Charpentier-Demers, A., Loisel, M-E., Milette, I., Martel, M.-J., & Ribeiro da Silva, M. (2019). L'alimentation basée sur les compétences. Les soins du développement : assurer la neuroprotection des nouveau-nés. (p.265-297). *CHU Sainte-Justine*.

Définition des troubles du développement—Problèmes de santé infantiles. (s. d.). Manuels MSD pour le grand public. Consulté 20 mai 2025, à l'adresse <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/problèmes-de-santé-infantiles/troubles-de-l-apprentissage-et-du-développement/définition-des-troubles-du-développement>

Dehan, M., Magny, J.-F., Zupan, V., Vial, M., Jean-Louis, C., & Gabilan, J. (1993). Recent progresses in neonatology. *Archives françaises de pédiatrie*, 50, 163-170.

Devouche, E., Buil, A., Genet, M. C., Bobin-Begue, A., & Apter, G. (2017). Soutenir l'élaboration de la relation parent-enfant en cas de prématurité. *Soins de Puériculture et Pédiatrie*. Nov/Dec.

Druhen, G. (2023, mai 10). 150 millions de bébés sont nés prématurés au cours de la dernière décennie. UNICEF.

<https://www.unicef.fr/article/150-millions-de-bebes-sont-nes-prematures-au-cours-de-la-derniere-decennie/>

Entérocolite nécrosante—Pédiatrie. (s. d.). Édition professionnelle du Manuel MSD. Consulté 28 décembre 2024, à l'adresse <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/pédiatrie/troubles-gastro-intestinaux-chez-le-nouveau-né-et-chez-le-nourrisson/entérocolite-nécrosante>

Exhenry, C., Christen, L., Kedy Koum, D., & Pfister, R. E. (2018). Intégration sociétale du peau-à-peau chez l'enfant prématuré et de petit poids pour réduire la mortalité et la morbidité. *ANAE Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, (152), 71-80.

Jadouille, M., Bouteiller, M., & Gonzalès, A. (2021). Les axes d'interventions possibles de l'ergothérapeute auprès des parents et de leur nouveau-né prématuré dans un service de néonatalogie en Belgique. *Revue des Questions Scientifiques*.

Jefferies, A. L., Société canadienne de pédiatrie, & Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né. (2012). La méthode kangourou pour le nourrisson prématuré et sa famille. *Paediatrics & Child Health*, 17(3), 144-146.

Haute Autorité de Santé. (2020). *Troubles du neurodéveloppement – Repérage et orientation des enfants à risque*.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque

Holsti, L. (2012). Les ergothérapeutes jouent un rôle déterminant dans la gestion de la douleur chez les bébés dans les unités de soins intensifs en néonatalogie (p.8). *Actualités ergothérapeutiques*, vol. 14.5.

Huguier, S., & Moulin, G. (2016). Dans l'intimité d'un service de néonatalogie. *Dialogue*, 212(2), 93-104.

Koenig-Zores, C., & Kuhn, P. (2016). Les unités de néonatalogie, un environnement inhospitalier ? Perceptions et attentes sensorielles du nouveau-né prématuré hospitalisé. *Revue de Médecine Périnatale*, 8(3), 141-148. <https://doi.org/10.1007/s12611-016-0374-8>

Larone Juneau, A., Milette, I., Martel, M.-J., & Ribeiro da Silva, M. (2019). La méthode kangourou. Les soins du développement : assurer la neuroprotection des nouveau-nés. (p.155-171). *CHU Sainte-Justine*.

Larone Juneau, A., Milette, I., Martel, M.-J., & Ribeiro da Silva, M. (2019). Les soins de base et de la peau. Les soins du développement : assurer la neuroprotection des nouveau-nés. (p.297-312). *CHU Sainte-Justine*.

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. et Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23.

Lebel, V., Milette, I., Martel, M.-J., & Ribeiro da Silva, M. (2019). La protection du sommeil. Les soins du développement : assurer la neuroprotection des nouveau-nés. (p.177-197). *CHU Sainte-Justine*.

Lejeune, F., & Gentaz, E. (2015). *L'enfant prématuré : développement neurocognitif et affectif*. Odile Jacob.

Lejeune, F., Gentaz, E. (2018). L'enfant prématuré en 2018 : multiplicité des enjeux. *ANAE Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, (152), 17-26.

Lemay, C., Martel, M.-J., Milette, I., & Ribeiro da Silva, M. (2019). Les soins centrés sur la famille. Les soins du développement : assurer la neuroprotection des nouveau-nés. (p.319-333). *CHU Sainte-Justine*.

L'hospitalisation en néonatalogie. (s. d.). *Sparadrap*.

<https://www.sparadrap.org/parents/le-bebe-la-prematurite/lhospitalisation-en-neonatalogie>

Mathelin, C. (2016). La relation entre les parents et le bébé prématuré. *Topique*, 135(2), 69-73. <https://doi.org/10.3917/top.135.0069>

Matte, C., Lauzon-Vincent, A., Milette, I., Martel, M.-J., & Ribeiro da Silva, M. (2019). La prématurité. Les soins du développement : le positionnement thérapeutique. (p.39-46). *CHU Sainte-Justine*.

Milette, I., Martel, M.-J., & Ribeiro da Silva, M. (2019). La prématurité. Les soins du développement : assurer la neuroprotection des nouveau-nés. (p.39-46). *CHU Sainte-Justine*.

Milette, I., Martel, M.-J., & Ribeiro da Silva, M. (2019). L'environnement de l'unité néonatale et ses conséquences. Les soins du développement : assurer la neuroprotection des nouveau-nés. (p.73-90). *CHU Sainte-Justine*.

MI Périnatalité : Compte rendu de la semaine du 25 mars 2024. (s. d.). Sénat. Consulté 1 mai 2025, à l'adresse

https://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20240325/mi_sante_perinatale.html

Mon enfant est né trop tôt. (s. d.). *Sparadrap*.

<https://www.sparadrap.org/parents/le-bebe-la-prematurite/mon-enfant-est-ne-trop-tot>

Morel-Bracq, M. C., Margot-Cattin, P., Margot-Cattin, I., Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, É., ... & Rousseau, J. (2017). Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (pp. 51-130). De Boeck Supérieur.

Morel-Bracq, M. C. (2016). L'entretien en recherche qualitative en ergothérapie. *ergOTHérapiques*, 62, 78-80

Naissances – Fécondité—France—TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE. (s. d.). Consulté 20 octobre 2024, à l'adresse

https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/22_NAI

Niessen, F. (2006). Développement des fonctions visuelles du fœtus et du nouveau-né et unités de soins intensifs néonataux. *Archives de pédiatrie*, 13(8), 1178-1184.

Nutrition parentérale en néonatalogie—Recommandation de bonne pratique. (s. d.). *Haute Autorité de Santé*. Consulté 7 juillet 2024, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_2859140/fr/nutrition-parenterale-en-neonatalogie-recommandation-de-bonne-pratique

Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Naissances prématurées*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Palix*, C. (2005). Le sommeil à l'aube de la vie : le prématuré. *spirale*, (2), 071-086.

Pierrat, V., Zaoui-Grattepanche, C., Rousseau, S., & Truffert, P. (2012). Quels sont les bénéfices de l'implication précoce des parents en néonatalogie : le point de vue du bébé. *Devenir*, 24(1), 35-44.

Philippot, V. (2020). *Impact des stimulations sensorimotrices sur le développement de l'enfant prématuré* : Revue de littérature [Mémoire masso - kinésithérapie]. Université école des sciences de la réadaptation Aix Marseille.

Qu'est-ce que l'ergothérapie. (s. d.). ANFE. Consulté 26 février 2025, à l'adresse https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

Ratynski, N., Minguay, S., & Kerleroux, B. (2017). Les soins de développement au nouveau-né prématuré. *Soins PédiatriePuériculture*. nov, 38(299), 32-5.

Rubio-Grillo, M. H. (2019). Performance of an occupational therapist in a neonatal intensive care unit. *Colombia Médica*, 50(1), 30-39. <https://doi.org/10.25100/cm.v50i1.2600>

Sandre, D. (2019). La peau du bébé né prématurément : Une enveloppe si fragile. *Spirale - La grande aventure de bébé*, 89(1), 107-115. <https://doi.org/10.3917/spi.089.0107>

Sizun, J., Olivard, I., & Ratynski, N. (2017). Une intervention précoce, individualisée et centrée sur la famille : Le programme NIDCAP. *Devenir*, 29(1), 5-15. https://doi.org/10.3917/dev.171.0005*

Tétreault, S. (2014). Entretien de recherche. In *Guide pratique de recherche en réadaptation* (pp. 215-245). De Boeck Supérieur.

Vaivre-Douret, L., & Sizun, J. (2014). Postures en incubateur du nouveau-né prématuré. In

Soins de développement en période néonatale (pp. 87-96). Springer, Paris.

9. ANNEXES

ANNEXE I : BEHAVIOURAL INDICATORS OF INFANT PAIN (BIIP)

ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN

ANNEXE III : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

ANNEXE IV : MAILS ENVOYÉS

ANNEXE V : TRANSCRIPTION D'ENTRETIEN

ANNEXE I : BEHAVIOURAL INDICATORS OF INFANT PAIN (BIIP)

Behavioural Indicators of Infant Pain (BIIP): Preterm and Full term

	TIME								
	SITUATION [e.g. Post-op; Procedure (e.g. suction, blood work, IV start)]								
SCORE	STATE								
0	Deep Sleep								
0	Active Sleep								
0	Drowsy								
0	Quiet Awake								
1	Active Awake								
2	Agitated/Crying								
	FACE								
1	Brow bulge								
1	Eye squeeze								
1	Naso-labial furrow								
1	Horizontal mouth stretch								
1	Taut tongue								
	HAND								
1	Finger splay								
1	Fisting								
	TOTAL SCORE								
NOTES									
Heart Rate (no change, increase, decrease)									
O ₂ Saturation (no change, increase, decrease)									
Environmental Support									
Analgesia									
Sedation Given									

Holsti, L., & Grunau, R. E. (2007). Initial Validation of the Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP). *Pain*, 132(3), 264-272. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.01.033>

ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN

PARTIE 1 : Description/ narration	
Thèmes	Questions
<p>Présentation de la personne</p> <p><u>Objectifs :</u> Présentation du professionnel : année dans le service, modèle conceptuel utilisé...</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous vous présenter brièvement : Combien de temps que vous travaillez en unité néonatale ? Votre année d'obtention du diplôme ? - Pourquoi avoir choisi de travailler dans un service néonatal avec une population si précoce ?
PARTIE 2 : Précision/ argumentation	
Thèmes	Questions
<p>Intervention auprès des nouveau-nés prématurés</p> <p><u>Objectifs :</u> Identifier les moyens thérapeutiques utilisés dans l'accompagnement et l'adaptation de l'environnement néonatal</p> <p>Comprendre l'impact de l'environnement sur le prématuré</p> <p>Identifier les difficultés environnementales de l'unité néonatale</p> <p>Comprendre la place de l'ergothérapeute au sein d'une équipe</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est la première chose que vous faites lors de l'arrivée du nouveau-né prématuré en tant qu'ergothérapeute ? - Est-ce que votre intervention en ergothérapie est systématiquement proposée ? - Intervenez-vous uniquement sur les nouveau-nés prématurés, ou aussi les nouveau-nés malades ? - Comment identifiez-vous une situation de surstimulation ou d'inconfort sensoriel chez un bébé prématuré ? <ul style="list-style-type: none"> - <u>Question de relance</u> : Utilisez-vous des outils (bilans, échelles, ...) ? Si, oui, lesquelles et pourquoi ? - Quelles sont les stratégies que vous mettez en place pour moduler l'environnement (sensoriel : surstimulations) pour un prématuré ? - Quels sont les aménagements que vous mettez en place afin de rendre l'environnement du bébé plus agréable ? - Comment accompagnez-vous les parents pendant l'hospitalisation de leur enfant ? - Rencontrez-vous des difficultés ou limites dans l'aménagement de l'environnement néonatal ? - Quelles améliorations pourraient être apportées afin d'optimiser l'accompagnement

<p><i>pluridisciplinaire en UNN</i></p>	<p>des prématurés en néonatalogie en général (pour réduire les potentiels troubles du développement chez l'enfant) ? En tant qu'ergothérapeute ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment collaborez-vous avec les autres professionnels de santé, de quelles manières ? - Comment avez-vous réussi à intégrer votre poste d'ergothérapeute en néonatalogie et qui vous sollicite ? - Pouvez-vous me citer des freins et facilitateurs sur l'intégration des ergothérapeutes en néonatalogie ? - Savez-vous s'il existe des suivis à long terme permettant d'évaluer l'impact des interventions sur ces enfants après leur sortie de l'hôpital ? <ul style="list-style-type: none"> - <u>Question de relance</u> : Préconisez-vous des AT ou des aménagements lors du retour à domicile ? - Avez-vous constaté, dans votre expérience, que les prématurés ayant bénéficié d'une intervention en ergothérapie basée sur la modification de l'environnement, présentent moins de séquelles à long terme, moins de troubles du développement plus tard ? Si oui, quelle est cette différence avec un enfant n'ayant pas bénéficié de cette prise en charge ? - Est-il possible d'identifier des troubles du développement si tôt chez l'enfant ? Si oui, réalisez-vous des mises en situations permettant de l'évaluer lors de son hospitalisation dans ses occupations (l'alimentation, le sommeil, les soins personnels ...) ?
---	---

PARTIE 3 : Conclusion

Thèmes	Questions
<p>Conclusion</p> <p><u>Objectifs :</u> <i>Clôturer l'entretien</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comment voyez-vous l'évolution de l'ergothérapie dans les soins aux prématurés dans les prochaines années et pensez-vous que l'intervention des ergothérapeutes sur l'environnement sensoriel devrait être davantage développée dans les unités de néonatalogie ? Si oui, pourquoi ? - Voulez-vous ajouter d'autres choses que nous n'avons pas abordées dans l'entretien qui serait pertinent dans la suite de mes recherches ?

ANNEXE III : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie
Institut de Formation en Ergothérapie - 52, rue Vitruve - 75020 PARIS
Tél : 01 43 67 15 70 - Courriel : adere@adere-paris.fr

FORMULAIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT

Ce formulaire vise à obtenir votre accord (consentement) pour votre participation et la collecte de données vous concernant dans le cadre du travail d'initiation à la recherche intitulé "l'intervention de l'ergothérapeute en unité néonatale". Ce projet est mené par PERONNE Anna étudiante à l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'ADERE, situé au 52 rue Vitruve, 75020 Paris, dirigé par Madame Yolaine ZAMORA.

Je soussigné(e) :

Cochez les cases vous concernant :

- J'accepte librement et volontairement de participer à ce projet d'initiation à la recherche.
- J'autorise l'étudiante à enregistrer des audios et à exploiter les enregistrements uniquement dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche pour faciliter la transcription et l'analyse de l'entretien.
- J'autorise l'étudiante à me citer de façon anonyme dans son travail d'initiation à la recherche afin de soutenir ses propos.

Il est entendu que le projet d'étude m'a été présenté. J'ai bénéficié d'un temps de réflexion pour prendre ma décision. Il m'a été précisé que j'étais en droit d'accepter ou de refuser de participer à cette étude/ces entretiens, sans aucunes conséquences pour moi.

Je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette étude et demander la destruction des supports audios, quelles que soient mes raisons, sans devoir me justifier, ni supporter aucunes conséquences en contactant l'étudiante :

L'étudiante menant cette étude s'engage à :

- Garantir mon anonymat, en attribuant un identifiant identique et non nominatif aux données me concernant.
- Stocker de manière sécurisée les données recueillies.
- Conserver les données recueillies seulement pendant la période d'étude qui prendra fin à l'issue de la soutenance de son mémoire.
- Utiliser et diffuser les informations recueillies uniquement dans le cadre de son travail d'étude.
- Détruire l'ensemble des données recueillies à l'issue de l'obtention de son diplôme d'ergothérapeute

Toute utilisation ou diffusion des données recueillies en dehors du cadre décrit ci-dessous est interdite.

Le présent formulaire est délivré en deux exemplaires.

Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je dérive mon consentement libre et éclairé

Fait à :, le

Signature du participant :

Signature de l'étudiante :

ANNEXE IV : MAILS ENVOYÉS

Bonjour Madame,

Je m'appelle Anna, je suis étudiante en 3^e année d'ergothérapie à Paris. Je me permets de vous écrire concernant mon travail de fin d'étude. Dans le cadre de mon mémoire portant sur l'intervention de l'ergothérapeute en unité néonatale auprès des nouveau-nés prématurés, je suis à la recherche d'ergothérapeute exerçant en néonatalogie, qui accepteraient de partager son expérience et répondre à mes questions afin d'enrichir mon mémoire.

Si mes recherches sont exactes, j'ai pu voir que vous êtes spécialisée dans la néonatalogie. Afin de mieux comprendre la place de l'ergothérapeute en unité néonatale, je voulais savoir si vous accepteriez de répondre à mes questions à travers un entretien dans le cadre de mon mémoire. En effet, vos expériences dans ce domaine seraient d'une grande richesse pour moi, dans le but d'alimenter ma réflexion et approfondir mes recherches.

D'autre part, les professionnels dans ce domaine sont rares. Si vous connaissez d'autres personnes qui répondent à ses critères, je serai ravie d'avoir votre retour ainsi que leurs coordonnées !

Je vous remercie par avance pour votre attention et votre disponibilité.

Bien cordialement,

Anna PERONNE

Étudiante en ergothérapie – Promotion 2025

ANNEXE V : RETRANSCRIPTION D'ENTRETIEN

Anna : Bonjour !

E3 : Bonjour ! C'était juste, je viens juste d'arriver.

Anna : Il n'y a pas de problème. Est-ce que vous êtes toujours d'accord pour que j'enregistre l'entretien ?

E3 : Bien sûr, pas de soucis.

Anna : Ok, super. Du coup, pour commencer, je veux bien que vous vous présentiez : l'année d'obtention de votre diplôme, pourquoi vous avez choisi l'unité néonatale à l'époque ...

E3 : Alors, je suis vieille ergothérapeute diplômée en 1992 de l'école de XXX. Moi, j'ai débuté suite à un stage que j'avais fait en deuxième année à l'IEM de XXX. J'ai débuté là-bas, aussitôt après le diplôme. Et pendant que j'ai travaillé là-bas, j'ai commencé à temps plein puis après, je suis passée à temps partiel parce que la personne que je remplaçais revenait petit à petit un peu plus. Et j'ai eu l'occasion pendant que j'étais à XXX de faire le DU, le DU Bobath, ce qui est sur la prise en charge et l'accompagnement et le dépistage surtout du bébé à risque. Ça a de l'importance pour la suite et pour ça je le dis. J'ai commencé à l'IEM, on était une grosse équipe d'ergothérapeutes, parce qu'on a été jusqu'à 11 ergothérapeutes, donc tout avec un travail de recherche et autres qu'on menait au sein même de l'établissement. Puis en 1994 j'ai fait l'ouverture d'un SESSAD Handicap moteur et des apprentissages, donc là j'avais deux mi-temps, je gardais le mi-temps à XXX et un mi-temps SESSAD. Et en 2000 j'ai quitté l'IEM, donc XXX, pour faire l'ouverture du CAMPS de XXX à l'époque. Donc j'avais du mi-temps SESSAD et CAMPS. Et en 2016, je suis passée à plein temps au CAMPS. Donc au SESSAD, j'étais seule, puis on a été deux, puis trois. Au CAMPS, je suis toute seule. À plein temps maintenant. Donc depuis 2016, je suis à plein temps. Et c'est lors de mon passage à plein temps, le fait d'avoir le DU formé au dépistage précoce et à l'accompagnement du nourrisson, que ma directrice m'a proposé, via une convention, de pouvoir intervenir dans le service de néonatalogie de l'hôpital de XXX. Enfin voilà, je pense qu'on aura l'occasion de développer après mes missions. Depuis je suis, non depuis le mois de septembre, donc en novembre 2022, j'ai dû arrêter pendant 20 mois pour des raisons personnelles. Et là, j'ai repris au mois de septembre. Et c'est à mon retour au mois de septembre que je n'ai pas retrouvé ma

place en néonatalogie, sachant que j'y allais une demi-journée par semaine. Ce n'étaient pas non plus énormes, mais c'étaient déjà des vraies missions et un rôle à jouer au sein du service.

Anna : Et qu'est-ce qui fait que vous n'avez pas pu récupérer ce poste ?

E3 : Il y a eu plusieurs choses. Pendant mon absence, j'ai été remplacée par la kiné du CAMPS et l'éducatrice de jeunes enfants. L'éducatrice avait dit d'emblée qu'à mon retour, elle me laissait retourner au CAMPS en néonatalogie. La kiné était beaucoup plus partagée parce qu'entre temps, elle a fait aussi une petite formation sur l'accompagnement et le dépistage précoce du nourrisson. Elle souhaitait poursuivre dans le service. Au final, parce qu'en fait la convention qui liait le CAMPS et l'hôpital disait que l'hôpital devait aussi redonner quelques heures de puéricultrice au CAMPS, ce qui avait du mal à mettre en place. Du coup vu l'insistance de nos directeurs côté CAMPS l'hôpital a préféré mettre fin à la convention. Donc du coup même la kiné n'y va plu. Alors on est en train d'essayer de réfléchir à comment on pourrait parce que côté CAMPS ce serait que ça nous manque vraiment quand même ce lien qu'on avait. On a un lien trimestriel avec les médecins néonates, les psychomotriciennes, kinés du service pour les enfants qui passent de l'un à l'autre ou les présentations de dossiers des enfants qu'elles souhaitent qu'on accompagne. Mais voilà, ce n'est plus du tout les mêmes. Donc là, on est en train de réfléchir à comment pouvoir réinvestir ce biais-là. Et forcément, moi, je suis très tenté de pouvoir y retourner.

Anna : Oui, donc ça veut dire qu'aujourd'hui, il n'y a plus d'ergothérapeute là en unité non néonatale ?

E3 : Non en unité néonatale non non en tout cas c'est vrai que quand moi j'ai débuté en 2016, alors sur la région parisienne de XXX on est le dernier département à avoir mis en place le réseau périnatal donc avec l'équipe pluridisciplinaire qui accompagne les enfants nés prématurés ou vulnérables à risque de développer des pathologies. Quand j'ai débuté, moi ça c'était pas ouvert encore. Ça a ouvert que six mois après. Donc c'est vrai qu'il n'y avait pas non plus de psychomotricien dans le service quand j'ai commencé. Et du coup j'avais un de mes collègues qui avait été très jaloux de la position qu'on avait faite et qui du coup l'avait obtenu de pouvoir venir avec moi en néonate. Du coup c'était intéressant parce qu'on avait ce double regard psychomot-ergo. On faisait nos journées ensemble. Et du coup, c'était assez intéressant. Puis, assez rapidement quand même, le service avait eu une stagiaire en psychomotricité. Ils avaient trouvé de l'intérêt à pouvoir avoir ce profil de poste. Et du coup,

ils ont ouvert un mi-temps de psychomotricité qui s'est prouvé être une ancienne collègue à moi, avec qui on a bien travaillé, sans se chevaucher, sans se marcher sur les pieds, sans avoir de guerre de ... Entre guillemets. Autant, elle a été très mal vécue de la part des kinés quand elle est arrivée dans le service. Voilà, elle a eu beaucoup, beaucoup de mal à faire sa place. Autant, toutes les deux, il n'y avait pas de souci parce qu'on savait très bien comment l'une et l'autre travaillaient. On avait déjà travaillé ensemble au SESSAD. Et voilà, on était très complémentaires, mais, mais on ne se marchait pas sur les pieds quoi.

Anna : Oui ok bah tant mieux du coup. Est-ce que vous avez besoin que je vous rappelle mon sujet avant que je redéveloppe mes questions si vous voulez orienter vos réponses ?

E3 : Oui oui avec plaisir.

Anna : Du coup, j'écris un mémoire sur l'intervention de l'ergothérapeute et la place qu'il a en unité néonatale par rapport aux aménagements qu'il peut faire, que ce soit dans son incubateur, la relation qu'il peut avoir avec les parents, le rôle parental, etc. Globalement, c'est sur l'aménagement d'environnement du nourrisson.

E3 : Clairement les missions que je pouvais me mener dans le service.

Anna : Ah bah super, vous allez totalement pouvoir répondre à mes questions alors !

E3 : Oui oui, je pense fin j'espère.

Anna : Du coup je voulais savoir c'était quoi la première chose que vous faites lorsqu'il y a une naissance prématurée et qu'est-ce que vous faites en tant qu'ergothérapeute dès l'arrivée du nouveau-né ?

E3 : Alors, la manière dont s'était organisé dans le service, ce n'est pas tout à fait comme ça, ça va forcément bien répondre à la question. Je ne suis pas forcément, je n'étais pas forcément dans les premiers à rencontrer. Déjà, je n'y allais qu'une matinée par semaine. Je ne suis présente qu'une matinée par semaine. Il y a des arrivées tous les jours dans le service. Il faut savoir que très souvent quand même, tous ces grands prématurés, quand on prend vraiment les seuils de prématurité, on est descendu quand même très bas en termes de grossesse parce que là moi je suis actuellement un petit garçon qui va avoir 6 ans, il est né à 23 semaines et 6 jours donc c'est vraiment très maturissime donc on descend maintenant beaucoup plus moi en 2016 quand j'ai commencé on descendait pas sous 25 semaines aménorrhées. Puis il y a 2 ans quand

j'ai terminé on descendait à 24 et là ce petit garçon du fait qu'ils soient d'origine africaine et que ce soit un garçon et qu'il a un bon poids de naissance parce qu'il faisait plus de 500 g à 25 SA, euh à 23 semaines mais on lui a quand même donné sa chance et voilà. Je le suis en ergothérapie à des troubles d'apprentissage mais c'est un petit garçon qui sur le plan moteur et autre va très très bien. Il y a des situations où ils peuvent s'en sortir. C'est vrai que ce n'est pas à l'ergothérapeute qu'on fait appel dans un premier temps. Moi, quand j'arrivais dans le service le matin, je me mettais en tenue forcément et je participais au staff avec les médecins. Donc là, les médecins pouvaient m'interpeller pour certains enfants pour lesquels ils avaient des questionnements, mais plus côté réa et soins intensifs. Tout le côté néonate, je le voyais dans un second temps, en fait, dans la matinée. Et là, réa et soins intensifs, j'intervenais moins fréquemment que sur toute la partie néonate. Même si je pouvais intervenir quand eux avaient des questionnements, soit par rapport à la motricité libérée d'un bébé, même si elle a fait pauvre quand même, quand ils sont à ces termes-là. Soit parce qu'ils se questionnaient sur un fonctionnement X ou Y, mais rarement sur les positionnements finalement. Donc c'est vrai qu'après, une fois qu'on avait passé le staff, moi, j'allais en néonate et là, je commençais au bout du couloir, je passais chambre par chambre. La première mission que le médecin du service m'avait demandé quand j'ai commencé, c'était qu'il ne voulait plus voir d'enfants avec des plagiocéphalies, donc les déformations au niveau crânienne, qui sont liées en fait à la pesanteur sur la tête de l'enfant qui appuie sur le lit. Donc ça peut être vraiment de face, mais ça peut être d'un côté ou de l'autre qui est beaucoup plus disgracieux. C'est souvent que l'esthétique à ce stade-là, mais c'est vrai qu'ils sont nés avec une tête bien ronde, autant qu'ils gardent une petite tête bien ronde. C'est vrai que là c'est vraiment par le positionnement qu'on arrive à remodeler assez rapidement en 48 heures généralement c'est remodeler quand c'est pris à temps et donc il me demandait notamment voilà. Lui ça a été une de ses premières demandes et forcément dans les chambres moi je revoyais donc je surveillais le crâne du bébé donc je regardais au dessus si c'était déformé d'un côté ou de l'autre, je le positionnais dans son lit d'une telle manière, en notant sur le tableau, en étant sur la fiche de suivi de soins et en voyant avec la puéricultrice qui s'occupait de lui ce jour-là, l'intérêt de l'installation et autres, on voyait ensemble pour refaire l'installation pour qu'au tour d'après, il soit réinstallé comme je le souhaitais pour modifier la forme du crâne. Après forcément, ça a été veillé à l'installation de manière générale des bébés. Quand j'ai commencé dans le service en 2016, ils étaient en cocon, certains, pour ne pas glisser sous la couette. C'était ce que les personnels soignants me disaient. Dès lors qu'ils les passaient en turbulettes, ils n'étaient plus en cocon. Donc là c'est très étonnant. Il a fallu reprendre là aussi, il a fallu prendre du temps aussi avec

les équipes soignantes. En plus ça tourne énormément quand même dans ces services-là, on va assez nombreux. Le pourquoi et l'intérêt du cocon. Donc on a fait une formation, alors moi j'ai fait la formation aux soins de développement, que font les personnels du service, pour qu'on puisse parler du même langage. Et c'est vrai qu'il est arrivé aux psychomotriciennes après, on a monté la formation bullinger, alors pas le DU, mais en raccourci, dans le service, pour qu'elles entendent aussi parler de notre langage à nous, et de l'intérêt, des points d'appui, de l'intérêt du cocon, de pourquoi l'installer comme ça, pourquoi, voilà. Donc là effectivement, on a pu reprendre que le cocon avait un tout autre intérêt que simplement ne pas glisser sous la couette. Et que l'intérêt, c'était vraiment le sens du regroupement, c'était vraiment lutter contre ces chaînes d'hyperextensions que certains ont de défense. Ça a été la mise en place des caches couveuses pour la luminosité. Oui. Ça a été, et là aussi, faire prendre conscience à toute l'équipe de l'importance, le bruit. On a mis en place des oreilles dans les couloirs qui détectent le niveau sonore. Il y a trois oreilles vertes quand tout va bien, puis ça passe aux orange et aux rouges quand le niveau sonore est important, que les gens prennent conscience du bruit environnant aussi, alors qu'on ne laisse pas allumer tout le temps parce que sinon on s'habitue et on la voit plus. Donc on coupe de temps en temps et de temps en temps, on la remet pour que, voilà. Donc tout ça, c'est effectivement l'aménagement de l'environnement que je veillais au travers du comportement du bébé toujours. Parce que c'est lui qui nous prouve ces indices de « je suis bien, je ne suis pas bien, pourquoi je ne suis pas bien alors que j'ai mangé, j'ai été changé, a priori mon lit est propre et autre ». Voilà. Toutes ces notions-là. Et puis tout le lien avec les parents pour leur expliquer tout ça. L'intérêt de poursuivre le dépistage des plagiocéphalies même de retour à la maison parce que jusqu'au 8 mois de l'enfant quand les os ne sont pas solidifiés le crâne peut se déformer et ça je pense que toutes les maternités devraient avoir une information là-dessus parce que quelque part on voit énormément d'enfants maintenant depuis les recommandations sur le couchage sur le dos et bien les bébés ont toujours la tête à plat dos et forcément en appuie pour peu que le lit soit toujours placé de la même façon ou l'enfant toujours dans le même sens dans son lit. Les parents arrivent toujours du même côté donc l'enfant toujours la tête du même côté et toujours en appuie du même côté. Mon rôle, c'était aussi de vérifier qu'un enfant qui a une déformation qui se met en place et bien qu'il n'est pas des tensions au niveau du cou qui se mettent en place, pouvoir le détendre aussi. Je pense que je suis allée un peu trop loin dans la question.

Anna : Non mais c'est super, vous répondez à d'autres questions en même temps, mais c'est trop bien.

E3 : Je me répète, ce n'est pas grave.

Anna : Mais du coup, comment vous faisiez pour le positionnement du bébé ? Qu'est-ce que vous mettiez en place justement pour qu'il soit plus confortable ?

E3 : Alors, moi, j'utilisais... Alors, un enfant qui a la tête plate à droite, clairement, il faut le mettre en appui sur le sens opposé. Le périmètre crânien, il grossit tous les jours. Donc l'intérêt, c'est que s'il est plat là, l'intérêt, c'est qu'on va appuyer de l'autre côté et que la tête, en grossissant, va reprendre de manière naturelle sa position. Donc l'idée, c'est de le positionner sur le côté opposé à la déformation. Si c'est plat à l'arrière de façon symétrique, l'idée, c'est de le positionner une fois à droite, une fois à gauche. Ce qui est fait pour le contraire aux recommandations, où sont maintenant complètement pour le dos. Un bébé si petit, couché sur le côté, il est recroquevillé, il n'y a aucune raison qu'il bascule sur le ventre. Et de toute manière, ils sont tous avec le monitoring et autres, ils sont tous branchés de partout, et donc il y a une surveillance de tous les instants, donc il n'y a aucun risque. Du coup, c'est simplement avec des langes, très souvent, que je les installais, pour former un boudin à l'arrière du dos. Alors, soit je le mettais contre le lit, avec simplement ce petit boudin, ce lange, puis il était regroupé de toute manière. Et ce que j'expliquais aux parents aussi, comment l'installer alors je leur dis bah vous voulez une serviette de toilette que vous mettez dans son dos et puis vous glissez sous le drap comme ça il n'y a rien qui bouge non plus dans le lit contre le barreau du lit et puis il est maintenu sur le côté alors après dès lors qu'un bébé se retourne et autres c'est plus compliqué mais en tout cas à cet âge-là c'est très facile. Mais c'est généralement des langes que j'utilisais ou des draps des petits draps et autres pour le faire parce que c'est bien plus facile et même un cocon au final, il s'en fait des tout faits on a jamais le cocon parfaitement adapté à l'enfant et rien de tel que voilà c'est dans un jersey on perd de chaque côté mais un drap par le haut un drap par le bas qui permet de régler l'ouverture de remonter sous les jambes et d'avoir ce côté de protection et en roulement en fait c'est plus facile de fabriquer soi-même que d'avoir une chose toute faite. C'est plus facile de le fabriquer soi-même que d'avoir une chose toute faite.

Anna : Oui, c'est vrai. Comme ça, ça suit la morphologie de l'enfant aussi, j'imagine.

E3 : Exactement.

Anna : Et vous suiviez que des bébés prématurés ou vous aviez aussi des enfants malades nés avant terme ?

E3 : Même nés à terme, ça pouvait. Parce que notamment les enfants qui sont hospitalisés dans le service, parce qu'ils ont fait un accident vasculaire à la naissance et ils ont eu un protocole d'hypothermie. Donc là, moi, j'avais l'impression qu'ils étaient géants, ceux-là, à côté des autres. Ils étaient géants. Et potentiellement, c'est des enfants que je pouvais voir aussi et pouvoir donner mon avis aussi sur, justement, là aussi, par rapport à la motricité libérée, par rapport, voilà, à des questionnements qu'il peut y avoir de la part des médecins, même si je ne prenais pas part à toute la discussion éthique sur le... la possibilité de poursuivre ou non les traitements actifs pour des enfants, c'est arrivé qu'ils me demandaient mon avis, parce que moi j'avais un regard sur le devenir de ces enfants après hospitalisation. Et ce qui a été très riche aussi, c'est que le médecin responsable de Néonatal, à cette époque-là, a fait un petit remplacement au CAMPS. Il a permis d'avoir un regard sur le "après" hospitalisé. Ce qu'ils n'ont pas eux quand ils sont dans leur propre service. Depuis, avec le réseau périnatal, avec l'hôpital de jour, ils ont des enfants qui revoient à des âges clés. Et maintenant ils vont les revoir jusqu'à 7 ans. Mais c'est pas la majorité. Et pour le coup, ils n'avaient pas ce regard-là encore à l'époque sur le devenir de ses enfants.

Anna : Est-ce que vous utilisez des outils ou des échelles pour voir pour évaluer le stress post natal du bébé ?

E3 : L'observation, c'est déjà respecter le rythme de l'enfant et le revoit dans les soins du développement vraiment, quand on fermait un enfant qui dormait profondément, quand je rentrais dans la chambre, je n'allais pas le réveiller ou le bouger pour regarder la forme de son crâne. Je voyais au niveau de l'enregistrement, de ses séquences cardiaques et autres, un bébé qui est dans un sommeil profond, ça se voit, on ne le réveille pas. C'est pouvoir s'adapter déjà à son rythme, et puis l'observer. C'est vraiment l'observation. Moi, je n'ai pas fait de formation genre... Échelle de la douleur, sur pitler et autres, sur l'observation du nourrisson. Mais c'est vrai que dans mon DU, j'ai pu observer et j'ai appris à observer déjà le développement normal du nourrisson, du nourrisson prématuré. Donc après, tout ce qui est mouvement archaïque, tout ce qui est dysfonctionnement, c'est vraiment par l'observation. Je ne vais pas utiliser d'échelle comme ce soit, c'est l'observation. Donc ça, on a la connaissance de comment il est censé faire, on voit très facilement comment il s'organise, et après c'est de le mettre en relation à ce qui s'est passé dans son environnement, ou au niveau interne, dans son propre intérieur, qu'est-ce qui s'est passé à ce moment-là ? Qui a créé ce dysfonctionnement-là sur la manière qu'il a à ce moment-là, en fait ? Est-ce que c'est un reflux ? Est-ce que c'est... Voilà, parce qu'il y a eu une douleur ? Parce que... Enfin voilà, tout ça, c'est de l'observation.

Anna : Est-ce qu'au-delà de ce que vous m'avez expliqué par rapport aux oreilles que vous avez dans les couloirs, est-ce que vous avez d'autres aménagements que vous faites ? Est-ce que par exemple, il existe des couveuses qui atténuent le bruit aussi ? Je ne sais pas trop ce qui peut exister.

E3 : Malheureusement, tant qu'ils sont en couveuse, il y a énormément de bruits de machines, surtout en réa et en son intensif. Donc, quand ils sont dans la couveuse, ça atténue un tout petit peu le bruit. Dès lors qu'ils passent en lit, en lit chauffant, puis en lit, ils sont là confrontés à tous les bruits environnants. Donc, une personne qui parle, une personne qui marche, tous les bips des machines, c'est des cris très stridents. Donc, ils ont des réglages quand même au niveau des sons de toutes ces machines, sachant qu'ils ont les moniteurs de surveillance dans leur salle de soins, les médecins, donc ils ne sont pas obligés d'avoir tout le temps des machines qui les alertent. Donc il y a possibilité de baisser un petit peu le son des machines, mais ça reste des bruits très stridents et très soudains. C'est aussi adapter sa parole quand on est auprès de l'enfant. Bien sûr qu'il faut lui parler, qu'il faut le prévenir, qu'il faut lui raconter ce qu'on lui fait au moment où on lui fait, mais il y a une façon de s'adresser à lui, bien sûr, on ne va pas lui crier dessus. Il y a une modulation de la voix, c'est vrai que si on a un collègue qui rentre, on ne pense pas à parler avec le collègue, on essaie de parler, pas forcément à voix chuchotée, mais à voix quand même relativement calme.

Anna : Et c'est quoi les lits chauffants ?

E3 : Les lits chauffants en fait c'est comme un lit, mais c'est un matelas chauffant en transition de la couveuse pour leur permettre de maintenir leur température corporelle. Parce que c'est vrai que de la couveuse où c'est très chauffé à un lit ordinaire, il y a souvent ce passage en lit chauffant pour leur permettre de parce que c'est aussi une des phases où ils perdent beaucoup en énergie pour se réchauffer. Donc, on les aide un petit peu au départ. Alors ils ont triple, quadruple épaisseur de vêtements. Donc ils sont comme ça, ils peuvent plus bouger. Mais c'est aussi ce matelas chauffant pour leur permettre de maintenir et de ne pas trop dépenser en énergie. Parce qu'ils ont besoin d'énergie pour faire toutes les autres actions. Ces autres occupations. Ils ont besoin d'énergie pour tout.

Anna : Et comment vous collaborez avec les autres professionnels dans l'hôpital ?

E3 : Alors en fait, tous les médecins, je les voyais au staff le matin. En fin de matinée, on avait un staff en néonatal, et après, c'était en fonction des enfants. Moi, j'allais sur le tableau,

j'allais voir la référence de ce jour-là. Moi, je remplissais la feuille de suivi des soins. Je notais sur le tableau dans la chambre de l'enfant si je mettais quelque chose en place. Je mettais qu'elle avait observé le plagio de tel côté, que je demandais l'installation de telle façon pendant 48 heures. Et j'allais lui transmettre ce que je venais de faire ou ce qu'on allait faire ensemble parce que c'est mieux aussi. L'idée, c'est aussi de transmettre et qu'elle soit affûtées un peu, qu'elles aient l'œil et qu'elles soient sensibles à ça aussi. Une plage de céphalie, c'est très simple à observer. Il suffit de regarder le crâne du bébé par le dessus et puis on voit bien si c'est bien symétrique ou pas à l'arrière. C'est très simple. Je comprends qu'elles aient pas forcément le temps, dans tous leurs soins médicaux purs, d'observer ça. Mais franchement, ça prend quelques secondes.

Anna : Est-ce que votre intervention est systématique pour chaque nouveau-né ? Ou pas forcément? Est-ce qu'il y a des nouveaux-nés prématurés où vous n'avez pas spécialement besoin d'intervenir ?

E3 : Quand ils arrivaient en néonate, je les voyais tous de manière régulière. Je les voyais tous, sachant que... Ou pas forcément. Ça m'est arrivé, quand je faisais mon rapport d'activité en fin d'année, de me rendre compte qu'il y a une journée, j'ai vu qu'un seul enfant dans la matinée. Mais parce que c'est une enfant qui était gravement malade, la maman était là quand je suis arrivée dans la chambre, et puis on a commencé à discuter. Et cette maman, elle avait besoin ce jour là qu'on partage, que je lui évoque le CAMPS, parce que c'est une enfant qui a rentré au CAMPS ensuite. Puis, elle avait besoin de rassurer, elle avait plein de questionnements sur le retour à la maison. Le rôle ne s'arrêtait pas non plus aux portes du service. J'avais cet avantage par rapport aux personnels de soignant, c'est que si dans la matinée je ne voyais que deux ou trois enfants que je n'avais pas vus depuis les chambres, c'est n'est pas grave, je les revois la semaine d'après. Si la psychomotricienne ou l'équipe avait envie que je vois spécifiquement un enfant, je ratais les premières chambres, j'allais voir directement cet enfant-là. Sur le tableau, elle me le notait. Avec la psychomotricienne, on avait mis en place un petit cahier parce qu'au départ, on était là le même jour, puis après, on n'était plus le même jour. Donc, on transmettait, voilà, moi, je remettais les enfants que j'avais vus, ce où tout allait bien, ce où j'avais observé quelque chose, ce qui lui permettait, elle, qui était là à mi-temps, de reprendre les jours d'après et voir s'il y avait nécessité de poursuivre une installation spécifique ou pas. C'est vrai que moi, les parents qui étaient là, déjà je leur transmettais la surveillance de la plagio ou quand ils seraient de retour à la maison et très souvent ils se saisissaient de ma présence parce que j'avais le temps simplement, et puis après

il y avait tous ceux pour qui on préconisait un suivi au CAMPS à la sortie du service où là mon rôle c'était aussi de leur présenter ce qu'est le CAMS, le fonctionnement et de leur donner les coordonnées pour qu'ils puissent au plus vite prendre contact avec le CAMPS au moment de la sortie.

Anna : Et justement, au-delà de la réorientation que vous faites avec les parents par rapport à leurs enfants, comment vous les accompagnez pendant l'hospitalisation de leur enfant ?

E3 : Très souvent, c'est l'équipe médicale qui me disait, compte tenu de l'état de santé de cet enfant, sachant que tout au début, quand on a commencé, comme il n'y avait pas le RPVO, tous les enfants à risque de moins de 33 semaines rentraient de toute manière systématiquement au CAMPS en surveillance. Avec le réseau périnatal, ça a un petit peu changé, puisqu'ils étaient en surveillance au sein du réseau périnatal, donc ils n'entrent plus aux CAMPS de manière systématique. Entre cas, que ceux qui ont fait un AVC avéré et pour lesquels il y a encore une imagerie, voilà, qui nécessite, enfin, où on pense que ça nécessite un besoin d'accompagnement ou en tout cas de surveillance du développement que ceux qui ont une pathologie avérée mais toutes ces pathologies génétiques genre trisomie 21 ou d'autres trisomie ou autre comme pathologie cela entre directement au CAMPS et aussi tous les frères et soeurs jumeaux d'un enfant portant une pathologie vont entrer directement au CAMPS. Mais ce n'est plus tous les moins de 33 semaines. Ceux-là ne rentrent pas de manière systématique. Parce que c'est le réseau périnatal.

Anna : Par exemple, est-ce que vous enseignez aux parents comment porter leur bébé, comment les changer, etc ?

E3 : C'était fait par l'équipe soignante parce que ça fait vraiment partie des soins quotidiens comme donner le bain. Elles adoptent la technique du bain enveloppé avec ces bébés qu'elles montrent aux familles. Donc si moi j'étais là au moment où la famille change le bébé, et que je voyais qu'il se sentait pas à l'aise et autre, je peux accompagner, mais au moment des changes, c'est vrai que c'était plus le personnel soignant. Sauf si dans le temps, c'est un enfant qui présente vraiment une grande chaîne d'extension, qui est déjà à la marge de l'enfant dit normal, et pour lequel il est important de mettre en place des gestes un petit peu spécifiques mais sinon non. Par contre, j'intervenais, oui, dans les positionnements de l'enfant, tout ce qui est portage, tout ce qui va être portage et installation au moment de la tétée, que ce soit au sein

ou au biberon, parce qu'on sait bien que le bébé sera à l'aise si la maman est à l'aise et est décontractée aussi dans ces moments-là. Donc toutes ces notes-là oui. Et puis aussi parler du retour à domicile. J'ai participé quelques fois à la réunion qu'ils mettent en place dans le service avec les parents où là ils regroupent plusieurs parents sur le retour à la maison. Parce qu'on a aussi, qu'est-ce qu'on peut mettre en place, qu'est-ce qui est important de mettre en place et qu'est-ce qui est surtout à ne pas mettre en place, fin voilà ces notions-là

Anna : Et qu'est-ce qui est à ne surtout pas mettre en place justement par exemple ?

E3 : Les youpalas où ils sont incapables de tenir. On est beaucoup sur la motricité libérée. Donc on aime bien qu'il soit allongé au tapis sans rien et pas forcément dans le transat tout le temps. Le transat ça peut avoir un vrai intérêt, un enfant qui vient de manger, il ne faut pas le mettre complètement allongé. Au moment de la digestion, un petit peu, pourquoi pas un petit temps de transat. Le problème des transats si c'est le 3 ou 4e de la fratrie et que le transat est complètement défoncé, il va se retrouver complètement enfoncé dedans et il ne pourrait pas bouger. Mieux vaut une couverture ou un petit tapis au sol où l'enfant est libre de bouger comme il le veut. Un parc ou pas de parc comme le souhaite la famille, selon s'il y a un animal, des frères et sœurs, il n'y a rien d'obligatoires. On était là pour limiter un peu parce qu'il y a des parents qui nous disent fin voilà y en a qui lisaient le catalogue de maternité. Comme ils sont souvent nés très tôt, les parents n'ont pas encore investi, ça ne sert à rien de surinvestir sur des matériels dont ils n'auront pas besoin dont ils auront besoin pendant 3 semaines et qu'ils n'auront pas besoin après. C'est tous ces conseils-là aussi sur le côté variation des installations aussi, on a n'a pas une seule installation pour son enfant toute journée, l'importance, c'est qu'ils puissent jouer, ces adaptations dont ses points d'appui, ces mouvements aussi qui mettent en place la motricité volontaire. En même temps avec un enfant qui va être très en extension, on ne va pas forcément le mettre sur le dos tout le temps. et du coup le transat qui est peut-être défoncé dans le sens de l'enroulement, là peut avoir de l'intérêt. C'est un enfant qui pour le coup le cocon qui aurait peut-être un intérêt pour pouvoir rentrer à la maison et continuer à la maison après l'hospitalisation pour lutter contre ce schéma d'extension justement et aller dans le sens du regroupement parce qu'on ne se construit pas toujours autour de son axe et c'est important de favoriser ça. Attraper ses mains, les mettre à la bouche, la succion, les gestes orofaciales, c'est hyper riche et important de les mettre en place.

Anna : Est-ce que vous intervenez aussi autour de l'alimentation ?

E3 : Non. J'ai pu donner des conseils théoriques. C'est une formation que j'ai fait plusieurs fois intégrer à mon DU parce que en interne à l'IEM parce qu'on donnait à manger aux enfants. Ce n'est pas une rééducation que moi je me sens pas à l'aise avec cette rééducation. Je peux en théorie guider une personne, mais certainement pas fin voilà je ne suis pas suffisamment à l'aise pour mettre en place. Alors des petites stimulations au niveau des points cardinaux, l'adapter petit à petit la bouche à tétine du bébé sur des petites manœuvres très externe comme ça oui, mais pas plus.

Anna : C'était plus l'orthophoniste peut-être ?

E3 : Non, y avait pas d'orthophoniste mais des puéricultrices du service qui sont formées enfaite. Elles ont des équipes spécifiques pour accompagner les mamans dans la mise au sein et tout ça. c'est du personnel qui s'est formé de manière très spécifique donc il n'y a pas non plus d'intérêt à ce que j'intervienne aussi là-dessus alors qu'elles étaient déjà suffisamment. On va pouvoir échanger par rapport à certains enfants et se poser des questions, ça oui on l'a fait plusieurs fois. Sinon voilà avoir des regards croisés aussi on disant voilà ce que tu en penses là on s'en sort pas, on va faire forme de tétine, on va essayer et pour autant il ne prend pas donc voilà. Donc ça a pu m'arriver d'aller explorer un petit peu, mais rien de plus.

Anna : Est-ce que vous avez constaté dans votre expérience que les prématurés qui ont bénéficiés de votre intervention donc sur la modification de l'environnement et tout ça et le positionnement, au long terme il avait moins de séquelle que se soit des troubles du développement des apprentissages, qu'un enfant qui n'aurait pas eu cette intervention de l'ergothérapeute ?

E3 : Alors ça s'est compliqué parce qu'on a pas les deux stimulations différentes. Après outre mon intervention dans ce service-là, je pense quand même que tout ce qu'on met en place moi par rapport à ma pratique d'il y a 30 ans quand j'ai débuté fin même un peu plus que 30 maintenant et les enfants que je voyais à l'IEM avec des postures et des conséquences des installations qu'on pouvait mettre en place en néonats à l'époque je pense quand même que notre intervention précoce et de manière préventive ont un effet oui sur leur développement en tout cas sur le développement moteur et la représentation corporelle qui vont avoir de leur propre corps. À l'époque, c'était des enfants qu'on retrouvait et y a des photos quand on regarde un peu dans la littérature des photos qu'il y avait à l'époque, ces enfants on disait en batracien qui était complètement les bras écartelés et les jambes pareils plaqués contre le

matelas. Le fait de les positionner dans le regroupement ou autre on ne voit plus d'enfant qui se présente comme ça tout le temps parce que oui les premiers mois de vie ils étaient comme ça donc ils ont appris à fonctionner dans ce schéma-là et que bah c'est très compliqué ensuite de les ramener dans le sens du regroupement. Donc oui on n'en voit plus des enfants comme ça donc j'ai envie de dire bah oui bien-sûr c'est utile. Après est-ce que c'est spécifiquement l'ergothérapeute ou c'est la connaissance des équipes. Moi, j'ai un peu envie de dire pardon y a pas de mal à se faire un peu de bien de temps en temps parce qu'en 2016 quand j'ai commencé les cocons, c'était juste pour qu'ils ne glissent pas sous la couette. C'est pour ça je dis que oui on a fait évoluer la manière d'utiliser et la représentation que l'on a de cette installation-là. Et ça ça quand même un côté positif et ça c'est vraiment par mon intervention que ça a pu évoluer en tout cas dans ce service-là à cette date-là. Après, ce serait intéressant ça fait 2 ans que j'y suis pas allée je serais curieuse de voir comment avec le turn-over qu'elles ont au niveau des équipes comment s'est vécu maintenant même s'il y a 2 psychomotriciennes maintenant dans le service même s'il y a des kinés qui passent également, les kinés sont aussi souvent prises par la respiration, elles n'ont pas beaucoup de faire autre chose. Donc voilà, ce serait intéressant de savoir comment ça a évolué maintenant, comment ça perdure dans le temps. Il faudrait que j'interroge les psychomotriciennes, elles sont quand même garde-fous par rapport ça.

Anna : Comment vous avez réussi à intégrer votre poste en tant qu'ergothérapeute dans le service ?

E3 : Avec toute humilité. Je ne suis pas arrivée en disant je vais vous donner des leçons, non. Ça été vraiment on est là pour la même chose mais on est là pour faire ensemble. C'est vrai que c'est pour ça que je ne changeais pas une installation d'un bébé sans en informer la puéricultrice qui s'occupait de ce bébé et franchement y a vraiment qu'une personne dans le service qui avait vraiment un caractère très spécial qui était en fin de carrière à l'époque. Elle débarquait comme ça dans la chambre alors que j'étais comme ça auprès d'un bébé en me disant que c'est celle-ci qui arrive et qui va me donner des leçons. Non je ne suis pas là pour vous donner des leçons mais on est là justement pour voir comment on peut accompagner au mieux ces bébés comment outre tout ce côté médical pure qui est important et primordial pour eux car y a quand même toute une phase de ce qui importe c'est qu'ils vivent cet enfant. Quelque part on se préoccupe peut-être un petit peu moins de tout ce qui est installation et des conséquences de ces installations mais quand même on est là pour faire ensemble ces enfants ils seront pas hospitalisés tout le temps ils auront un avenir après et que c'est important de

prendre soin dès maintenant. Et d'ailleurs la première fois qu'on a fait le bilan des premiers mois dans le service, j'ai souvenir d'une grande tablée de médecin, moi toute petite ergothérapeute au bout de la table, et quand ils m'ont demandés de faire moi mon premier bilan et bah j'ai commencé par dire que j'étais surprise à quel point le service était pauvre. Alors là, j'ai senti tous les yeux se retourner vers moi et j'ai dit mais oui car vous avez des machines de hautes technologies à la pointe qui coute des millions et des millions mais à côté de ça quand on a besoin d'un drap pour installer un enfant on en a pas forcément d'un lange ou voila y en a pas de disponible. Donc oui toutes vos machines de hautes technicités c'est important et primordial on peut pas s'en passer pour la survie des bébés. Mais à côté de ça et là c'est vrai que ce jour-là je me suis dit oula. Mais voilà après ça été le partage aussi j'arrivais pas avec un savoir quelque part je me suis pas positionnée en tant que telle, j'arrivais pour échanger pour qu'on réfléchisse ensemble, que je n'avais pas toutes les réponses aux questions mais qu'en tout cas j'allais y réfléchir et qu'on aller trouver une solution. Et c'est comme ça aussi que je le présente auprès des familles et dans mon quotidien d'ergothérapeute je dis toujours que tous ces enfants qui sont dans le champ du polyhandicap au CAMPS où je suis amenée à rencontrer régulièrement et surtout pour les installations au domicile. Je dis toujours aux parents quand je rencontre une équipe de crèche ou des enseignants à l'école ou des AESH je dis toujours que j'ai pas forcément la solution mais au moins on va réfléchir à plusieurs et peut-être qu'à plusieurs on aura d'autres idées aussi. Et ça c'est quelque chose qu'ils apprécient et être capable de dire alors c'est pas forcément facile en début de carrière mais ça s'acquière de pouvoir dire face à des parents et bah là je ne sais pas mais on va réfléchir ensemble et on va trouver une solution. généralement c'est le cas mais forcément du premier essai parce qu'il y a des enfants qui nécessitent des installations et puis chaque semaine il faut revoir l'installation parce qu'ils ont réussi à détourner toute l'installation qu'on avait mis en place. Là j'extrapole sur les autres enfants mais c'est important de pouvoir dire nous en tant que professionnel là je ne sais pas, là tout de suite je ne vois pas la solution que je peux vous apporter, je vais faire des recherches on va réfléchir ensemble vous par rapport à vos besoins et ceux de votre enfant. Puis on on là pour construire ensemble de toute manière. Mais c'est pareil avec le personnel soignant du service. Toujours se rendre disponible quand il y a des questionnements et puis ils répondent comme je pouvais parfois on se questionnait à plusieurs on a des piques de fous rires par moment en ce disant bah voilà on essayait des trucs ça marchait vraiment pas. parce qu'il y a des enfants qui nous poussent dans nos retranchements aussi petits soit-il car y en a qui sont costauds quoi. Des

600g qui se relèvent complètement et qui sont basculés du rehausseur tellement ils sont toniques malgré leur 600g, c'est vrai que c'est impressionnant à voir.

Anna : est-ce qu'il y avait des choses qui vous empêchez d'intervenir auprès du nourrisson ou pas spécialement ?

E3 : Non si ce n'est qu'il est endormi profondément ou qu'il y a des soins médicaux qui étaient en train de se faire. Sinon non. C'est un service où dès le départ, aussi petit soit-il ont les met en peau-à-peau par exemple. On n'est pas à se dire, on les bonifie pas non. Ces bébés, on sait que 80% de leur soin en réa néonatal ça va être la présence du parent et donc le contact avec le parent et le peau-à-peau. Bien-sûr que non c'est pas une limite et du coup en tant qu'ergothérapeute alors je faisais pas du peau-à-peau sur moi mais là aussi l'installation en peau-à-peau sur le parent, si je rentrais au moment où le parent était là et avait envie qu'on le mette en peau-à-peau et se sentait pas encore très à l'aise et bah je pouvais le guider en plus quand ils sont branchés de partout il faut gérer les fils faut le sortir de la couveuse oui parfois c'est compliqué mais voilà ça je peux le faire sans aucun soucis.

Anna : Soins du peau-à-peau ce sont les soins kangourous ou ça n'a rien à voir ?

E3 : Ça en fait parti mais c'est le peau-à-peau c'est vraiment le bébé peau contre peau sur le parent pour qu'il n'est pas froid et très souvent les enfants régulent parfaitement leur température quand ils sont sur le parent, mais alors que des fois dans les couveuses y a des variations que quand ils sont sur le parent y en a pas. Très souvent c'est des enfants qui désaturent pas quand ils sont sur le parent. Fin voilà y a plein plein davantage, et puis que le parent soit présent pour qu'il communique avec son bébé et c'est 80% des soins. Soit on les laisse en couveuse soit on les met sur le parent. Quand ils peuvent être présent ouais c'est génial.

Anna : J'ai une dernière question. Comment voyez-vous l'évolution de l'ergothérapie dans les soins aux prématurés dans les prochaines années ?

E3 : Moi j'aimerais que ça se développe forcément, après comme à chaque fois j'ai jamais publié non plus sur mon action je sais qu'on a jamais été très nombreuse en France à pratiquer en néonatal on a été jusqu'à 6 et on est moins maintenant. Fin je dis encore "on" alors que j'y suis plus mais j'ai espoir d'y retourner, je pense qu'on est encore moins maintenant car la dernière étudiante que j'ai eu en avait trouvé 3. En tout cas y en a qu'il y a plus mais je

sais que vous vous refilez les noms entre vous. Mais il faut bien sûr mais c'est ça que moi je met un point d'honneur à répondre à toutes. Moi je trouve ça normal vous êtes nos futurs collègues et je me dis si ça peut intéresser des personnes à aller frapper aux portes des services, à proposer pourquoi pas leur aide et autres leur intervention je trouve ça très très bien. Après c'est vrai que j'ai jamais publié et je pense que chacune dans notre petit coin personne n'a jamais publié en France par rapport à ça. On a des écrits mais en France. Y a des pays où ils sont plus en avance que nous mais où il y a pas beaucoup de psychomotriciens donc c'est vrai que les places ne sont pas les mêmes. Je pense qu'il y a une vraie place de l'ergothérapeute dans ses services-là même s'il y a des psychomotriciens ou kinés on a pas la même formation on est pas formé à la même observation non plus et que du coup on ne voit pas les mêmes choses quand on observe un bébé et c'est vrai aussi pour les enfants plus grands quand on a un regard croisé pluridisciplinaire. On n'observe pas de la même façon on a et du coup c'est riche d'avoir ces regards croisés de toutes manières.

Anna : Oui, c'est vrai. J'ai plus de questions, je vous remercie vraiment d'avoir répondu à tout c'est vrai que c'était compliqué de trouver des ergothérapeutes dans ce domaine.

E3 : Oui oui, j'étais en vacances en plus pendant 10 jours. Mais faut pas hésiter s'il y a quoi que se soit s'il y a des précisions à apporter faut pas hésiter à me renvoyer un mail. Et je veux bien lire le mémoire une fois qu'il sera terminé.

Anna : Avec plaisir, je vous l'enverrai !

E3 : Merci beaucoup !

Anna : En tout cas, c'était un échange très agréable, j'ai beaucoup appris, ça m'a fait plaisir.

E3 : C'est le but, mais bon courage, c'est la dernière ligne droite.

Anna : Oui, c'est bientôt la fin.

E3 : Ça va bien se passer, il n'y a pas de raison.

Anna : Oui oui. Bon merci pour tout en tout cas.

E3: De rien bonne soirée.

Anna : Bonne soirée.

Résumé

Titre : L'intervention de l'ergothérapeute en unité néonatale.

Mots-clés : Néonatalogie, prématurité, ergothérapeute, environnement

L'environnement néonatal a une influence sur le développement du nouveau-né prématuré, notamment sur les stimulations sensorielles. Ces nouveau-nés sont particulièrement sensibles aux bruits, lumières, manipulations et mouvements fréquents en soins intensifs face à un environnement sensoriel inadapté. Ces stimulations peuvent compromettre leur stabilité, leur développement. L'ergothérapeute intervient dans l'adaptation de l'environnement, dans le but de moduler ces stimuli et soutenir l'autorégulation du bébé. En collaboration avec les familles, il contribue à créer un cadre sensoriel apaisant et stimulant, favorisant ainsi le développement global de l'enfant. Cela incite à se demander quant à l'impact réel de l'ergothérapeute dans la prévention des troubles du développement, et de son rôle central dans une approche globale du soin néonatal.

Title : Occupational therapy in the neonatal unit.

Key words : Neonatology, prematurity, occupational therapy, environment.

The neonatal environment influences the development of the premature newborn, particularly in terms of sensory stimulation. These newborns are particularly sensitive to the noises, lights, manipulations and movements frequently encountered in intensive care, in the face of an unsuitable sensory environment. These stimuli can compromise their stability and development. Occupational therapists intervene in the adaptation of the environment, with the aim of modulating these stimuli and supporting the baby's self-regulation. In collaboration with families, they help to create a sensory environment that is both soothing and stimulating, thus fostering the child's overall development. This begs the question as to the real impact of occupational therapy in preventing developmental disorders, and its central role in a comprehensive approach to neonatal care. the intervention of occupational therapists in neonatal units.