

Le développement psychomoteur du nourrisson : quand penser à une anomalie ?

Par **Max Budowski**,
PA-MG, UFR Denis-Diderot.

MBUDOW@aol.com

Avec la baisse importante du nombre de pédiatres libéraux, il est nécessaire de renforcer la formation des médecins spécialisés en médecine générale sur la surveillance du nourrisson en milieu ambulatoire. Une partie essentielle de ce suivi porte sur le développement psychomoteur (DPM) de l'enfant.

Avant d'envisager les différentes phases du développement psychomoteur du nourrisson et de débattre de ce qui doit être recherché aux différents âges, rappelons quelques notions fondamentales : les stimulus sensoriels pendant la grossesse sont indispensables au développement du fœtus. Ce dernier possède à partir du 5^e mois environ une activité motrice, une capacité d'audition, de gustation et d'émotivité. Au début des années 1960, des travaux ont démontré l'effet restrictif d'un manque de stimulus au moment du développement des systèmes sensoriels. Jusqu'à sa naissance, le fœtus vit en symbiose avec sa mère. La naissance correspond à une rupture. Le nouveau-né devient d'emblée une personne, qui reconnaît notamment la voix de sa mère, son odeur ; mais ses capacités se développent uniquement dans le cadre d'une relation parents-enfant. Il existe des interactions complexes entre le moteur et le psychisme. L'activité motrice du nourrisson est fonction des activités mentales mais aussi « *fonction de la qualité des échanges émotionnels entre la mère et l'enfant. Pour que le développement psychomoteur de l'enfant soit harmonieux, il est nécessaire que l'enfant se sente bien et qu'il éprouve du plaisir.* » Ce développement ne correspond pas à une simple maturation. Une privation sensorielle est responsable de troubles.

QUATRE GROUPES D'ACQUISITION CARACTÉRISENT UN DPM NORMAL

Il s'agit des acquisitions motrices et posturales (tonus), des acquisitions manuelles (préhension et graphisme), des acquisitions du langage (compréhension et expression) et des acquisitions oculomotrices et réactionnelles. Si une ou la globalité de ces acquisitions ne sont pas réalisées, on parle de retard de DPM.

Les trois partenaires de la consultation du nourrisson sont : le ou les parent(s), le nourrisson et le médecin. Cette relation triangulaire est nécessaire : les parents vivent avec l'enfant, l'observent, partagent ses émotions. D'une discussion banale peuvent découler des informations essentielles.

Développement de 0 à 6 mois

Réflexes archaïques. Les premières journées du bébé sont consacrées au repos : de longues périodes de sommeil alternent avec de courts instants de veille axés sur le remplissage de son estomac. En éveil, le nouveau-né a un comportement régi par des réflexes involontaires. Leur présence est recherchée lors des premiers mois de la vie. Ces réflexes primaires ne renseignent pas sur l'intégrité du cerveau supérieur mais sur celle du tronc cérébral. Les réflexes involontaires qui doivent être recherchés les 3 premiers mois sont les suivants :

- *Le réflexe de succion* est observé quand on caresse la joue du bébé ou lorsqu'on place l'auriculaire sur la langue ;
- *Le réflexe de marche automatique* est obtenu quand l'enfant est maintenu en position verticale sur le sol. Il peut effectuer quelques pas grâce à la contraction de muscles déclenchée par un contact cutané de la plante des pieds ;
- *Le réflexe dit « de défense » ou de « Moro »* est déclenché par un mouvement soudain de la tête vers l'arrière. Il peut être activé par un changement soudain de lumière, ou un bruit fort. L'enfant réagit en ouvrant les bras et en prenant une brusque inspiration, puis il rapproche les bras l'un de l'autre, comme s'il voulait attraper ou embrasser quelque chose. Ce réflexe disparaît généralement vers le 3^e mois ;

Atelier FORMUNOF
« Quand penser à une anomalie du développement du nourrisson ? », animé par Antoine Bourrillon et Max Budowski, le vendredi 13 octobre de 15h30 à 17 h.

Le développement psychomoteur du nourrisson

– le réflexe d'agrippement ou de « grasping » est recherché en plaçant un index dans la paume de l'enfant, provoquant une forte flexion des doigts. Quand cette manœuvre est effectuée simultanément des deux côtés, il est possible de soulever l'enfant et de l'amener en position assise.

Le tonus :

– à la naissance, l'hypotonie prédomine à la tête et au tronc. Lorsque le nouveau-né est tiré en position assise, la tête retombe en arrière et il existe une cyphose globale caractérisant une absence de tonus musculaire. Par contre, une hypertonie prédomine au niveau des muscles fléchisseurs des membres : lorsque le nouveau-né est en décubitus dorsal, il ne peut étendre ses 4 membres. Cette hypertonie s'atténue au cours des premiers mois. En décubitus ventral, il retrouve la position fœtale : ses genoux sont ramenés sous le ventre, son bassin surélevé et sa tête tournée sur le côté (il ne peut pas la soulever) ; – à trois mois, lorsque le nourrisson est « à plat ventre, en prenant appui sur ses avant-bras, il redresse sa tête selon un angle compris entre 45 et 90° ». S'il est maintenu assis, sa tête est droite, le dos et la nuque sont fermes : par contre, le tonus musculaire de la région lombaire est très faible. En décubitus dorsal, le nourrisson a le bassin à plat, les jambes en flexion ou semi-flexion. Il s'intéresse à son corps, c'est l'âge du « regard de la main ».

Les signes d'alarme :

– entre la naissance et 3 mois. Le fait de faire des roulades avant 3 mois peut caractériser une hypertonie. Des poings serrés persistants peuvent évoquer un trouble neuromoteur. Il est possible de craindre un trouble des organes des sens si on constate une absence de réaction aux stimulus visuels et/ou auditifs. Un comportement de retrait doit toujours être recherché. Ce retrait est défini comme « l'action de se replier sur soi, de se rétracter comme pour se défendre, préserver sa personnalité ». C'est un élément majeur de la réponse du bébé de 2 à 3 mois à l'altération de la relation qui se produit lors de la dépression maternelle. Ce signal d'alarme important intervient dans de nombreuses situations psychopathologiques précoces, de façon manifeste ou accessoire, qu'il s'agisse d'un trouble relationnel ou d'un trouble organique, comme dans la douleur intense et durable ;

– entre 4 et 6 mois. Un faible contrôle de la tête montrant une hypotonie persistante, une absence de sourire (perte de vision, retrait?) sont des signes d'alerte. Le nourrisson qui ne cherche pas à atteindre les objets vers 5 mois doit faire évoquer des troubles de la vision, de la cognition, un trouble moteur.

Développement de 6 mois à 24 mois

À six mois, en position ventrale, le nourrisson peut se relever sur ses mains : « il fait le phoque ». Il peut facilement faire usage de ses mains pour jouer. Il peut rouler du ventre sur le dos. En position dorsale, le nourrisson essaie de décoller la tête et les épaules

du plan du lit ; il aime jouer avec ses pieds. Maintenu en position debout, il saute et s'accroupit (bébé sauteur). La préhension volontaire globale est normalement acquise : le nourrisson peut tenir 2 cubes dans ses mains, mais si les cubes disparaissent, il ne les cherche pas.

Les signes d'alerte :

– entre 6 et 12 mois, une persistance de réflexes archaïques correspond souvent à une atteinte neurologique. Une absence de babil peut être la conséquence d'un trouble de l'audition.

– vers 7 mois, une position assise en lapin doit faire rechercher une hypotonie ou spasticité des abducteurs. L'absence de signe d'angoisse vis-à-vis d'une personne étrangère vers l'âge de 7 mois évoque deux situations possibles : trop de monde autour du nourrisson ou une absence de la mère qui ne lui consacre pas assez de temps ;

– vers 10 mois, il faut penser à un trouble unilatéral de l'audition si le nourrisson n'est pas capable de localiser un son.

À 9 mois, le nourrisson commence à ramper. Il se met debout en se tenant aux meubles et au parc. Il tient debout quelques instants puis tombe. Il peut saisir un objet de petite taille entre la base du pouce et celle de l'index. Il apprend à tendre un jouet à ses parents ;

– entre 11 et 14 mois, le nourrisson marche à 4 pattes, évoquant la « marche de l'ours ». Puis, il marche seul en prenant appui aux meubles ou tenu par les 2 mains de l'adulte. Il peut se lâcher d'une main. Il aime pointer son index inquisiteur vers les objets. Il explore la 3^e dimension, les trous, les fentes. Il peut envoyer la balle à un adulte. Le nourrisson aime emboîter les objets. Il est conscient du dedans et du dehors, du haut et du bas.

Acquisition du langage. Un manque de production de consonnes à 15 mois, une absence d'imitation à 16 mois peuvent être la conséquence d'un déficit auditif mineur. Une absence de pointage protodéclaratif, c'est-à-dire la faculté de montrer un objet en s'exprimant, évoque souvent un problème de communication sociale. Tout retard du langage doit être recherché : pas de mot isolé à 16 mois, absence de phrase de 2 mots à 24 mois. Enfin, l'écholalie (répétition involontaire et dénuée de sens des dernières syllabes ou des derniers mots entendus) doit faire penser à l'autisme.

CONCLUSION

Il faut repérer tôt pour intervenir rapidement. Un signe de retard net sur le développement précoce n'est jamais bénin : cela ne s'arrange pas tout seul. Certes, comme l'a signalé Anna Freud, il existe une variabilité, une dysharmonie normale du développement, et il ne faut pas se fixer au jour près aux étapes du développement du nourrisson. Les outils de dépistage comme le test de Denver (nombreux items) ou de Brazelton (27 items sur le comportement associés à un examen neurologique) peuvent être utiles mais d'usage malaisé en cabinet, car « chronophages ».