

## Périnatalité

# Positionnement thérapeutique, modes de déplacement et modes de portage des bébés

La prématurité d'un bébé ou son état de santé précaire – qu'il soit né prématurément ou à terme – sont deux situations qui nécessitent des précautions particulières pour son positionnement, son déplacement et son portage. Cet article aborde les principes à prendre en considération pour effectuer un positionnement thérapeutique, un déplacement et un portage sécuritaires.

Par **Catherine Matte**, physio., **Anouk Lauzon Vincent**, physio., **Isabelle Milette**, IPSNN, et **Marie-Josée Martel**, inf., Ph. D.



Olivia, née à 24 semaines de gestation, était âgée de 28 semaines et 4 jours au moment de la prise de cette photo.

**E**n néonatalogie, les changements de position sont nécessaires pour varier les points de pression sur le corps du bébé, favoriser un équilibre entre ses muscles extenseurs et fléchisseurs et pour prévenir les complications. Les positions prolongées et inadéquates en décubitus latéral, dorsal ou ventral du nouveau-né prématuré peuvent entraîner une hyperextension de tous les membres, une asymétrie posturale et des extrémités en abduction et rotation externe (Fern, 2011; Hunter, 2010; Sweeney et Gutierrez, 2010; Vaivre-Douret et Sizun, 2014).

## Positionnement thérapeutique

Habituellement, les infirmières, avec les parents comme partenaires de soins, changent la position du bébé (position latérale gauche ou droite, dorsale ou ventrale) toutes les trois heures environ (ce délai peut être plus court ou plus long, en fonction de l'horaire des soins, des périodes de sommeil et d'éveil ou du moment de la journée). Pour aider le bébé à garder cette position, les infirmières utilisent des outils de positionnement ou des petits rouleaux de couverture. Ces précautions ont pour but d'éviter les déformations des articulations et des muscles ainsi que les problèmes liés à la forme de la tête.

Il existe cinq grands principes à respecter pour le positionnement thérapeutique (Martel et Milette, 2017) :

### 1. La flexion

On cherche à maintenir la position fœtale. Les bras et les jambes doivent être près du corps et fléchis. Les articulations (épaules, coudes, poignets, genoux et hanches) doivent aussi être fléchies et regroupées près du corps.

### 2. L'alignement des membres inférieurs

Une attention doit être portée à l'alignement des hanches, des genoux et des pieds, car les bébés prématurés sont en développement. Leurs articulations et leurs muscles n'ont pas la capacité de combattre l'effet de la gravité. Les hanches doivent être fléchies mais pas ouvertes (sous l'effet, par exemple, d'une couche trop grande ou d'un rouleau placé entre les jambes), les genoux doivent être fléchis, et les pieds doivent être alignés avec les jambes (pas tournés vers l'extérieur).

### 3. L'alignement de la tête

Plus le bébé est prématuré ou malade, plus il a de la difficulté à maintenir sa tête alignée avec son corps. Très souvent, la tête tombe légèrement ou complètement sur le côté sous l'effet de la gravité. L'alignement de la tête avec le corps favorise le développement des muscles du cou et des épaules et permet d'éviter que les côtés de la tête s'aplatissent en étant trop souvent en contact avec le matelas. Il faut s'assurer de bien répartir les points de pression sur l'ensemble de la tête, car les os du crâne, en plein développement, sont encore malléables. La seule exception à cette règle est lorsque le bébé est couché sur le ventre. Sa tête peut alors être légèrement tournée sur le côté alors que l'appui au matelas se fait sur la joue.

### 4. Les balises physiques

Les outils de positionnement et les rouleaux de serviette ou de couverture sont des balises physiques qui ont pour but d'aider le bébé à rester dans la position voulue. Leur présence est réconfortante pour lui. Pour qu'il se sente en sécurité, les balises doivent être plus hautes que son corps. Si elles sont trop petites ou trop éloignées, il recherchera leur contact et aura tendance à adopter une position d'ouverture. Placées autour de lui, les balises imitent les parois utérines. S'il étire un membre, il rencontrera les balises et reprendra doucement sa position fléchie.

### 5. L'enveloppement

L'emballotement est une bonne façon d'offrir un enveloppement au bébé. On parle d'emballotement partiel lorsqu'une partie du corps seulement est recouverte (**voir photo**) et d'emballotement total lorsque le corps du bébé est

complètement enveloppé dans la couverture, à l'exception de la tête. Il est alors conseillé de garder les mains du bébé près de sa bouche afin qu'il puisse se réconforter en cas de besoin. Le choix du type d'emballage est fait en fonction des besoins du bébé. Par exemple, un bébé qui a tendance à avoir de petits sursauts ou des tremblements dans les jambes peut nécessiter un emballage partiel du bas du corps. Le choix se fait aussi en fonction de l'équipement médical nécessaire à ses soins. Pour un bébé qui a plusieurs solutés, des cathéters centraux ou d'autres appareillages de pointe, un emballage total n'est donc pas approprié. Il convient de noter que l'emballage chez les bébés prématurés ne consiste pas en un enveloppement serré dans une couverture où le bébé ne peut plus bouger, mais bien en un enveloppement qui recouvre les balises physiques pour lui permettre de bouger dans son positionnement.

### Précautions

Il faut également prendre certaines précautions lorsque le bébé a des solutés et d'autres appareillages sur les jambes ou les pieds. En position dorsale ou latérale, il peut arriver que ses pieds se retrouvent dans le vide. Un petit rouleau ou un outil de positionnement devrait alors être placé sous son pied pour soutenir le poids de l'appareillage.

### Quand le faire?

Idéalement, le positionnement doit se faire après un soin, afin que le bébé puisse s'endormir pour un certain temps. Il est important que le bébé soit détendu avant que l'on procède au positionnement. Il ne sert à rien de forcer un positionnement. Il se peut que l'infirmière prévienne de placer le bébé en position latérale et qu'il semble finalement plus détendu et plus à l'aise en position dorsale. Il faut faire preuve de flexibilité, car un positionnement imposé risque de ne pas fonctionner ou de ne pas durer. N'hésitez pas à utiliser les méthodes de retour au calme (voir l'article « Mieux comprendre les comportements du nouveau-né » de la série Périnatalité, dans le numéro de septembre/octobre 2017 de *Perspective infirmière*) si le bébé montre des signes de stress avant, pendant ou après un positionnement thérapeutique.

### Modes de déplacement et de portage

Les déplacements correspondent aux moments où le bébé est soulevé ou déplacé dans son incubateur ou dans son petit lit. Pour sa part, le portage renvoie aux moments où l'infirmière ou le parent prend le bébé dans ses bras pour le bercer ou pour la méthode kangourou. Ces actions stimulent en quelque sorte le sens de l'équilibre du bébé, qui s'est développé en apesanteur dans le liquide amniotique (milieu aquatique). Le bébé prématuré est projeté dans un milieu aérien alors qu'il est encore immature. Soudain, il ne bénéficie plus de la présence enveloppante du liquide amniotique et des balises que lui offraient les parois utérines. Son sens de l'équilibre peut donc être facilement surstimulé lorsqu'on le change de position ou qu'on le soulève dans les airs. Le bébé malade né à terme et même le bébé qui a connu une naissance difficile peuvent être sensibles aux déplacements et au portage.

Pour les déplacements, un principe est à retenir :

#### 1. La roulade en position fœtale

Lors des changements de position, faites rouler le bébé sur le matelas au lieu de le soulever. Assurez-vous de le maintenir en position fœtale à l'aide de vos mains (bras et jambes fléchis, tête et fesses soutenues). Dans certains cas, vous pouvez utiliser votre avant-bras ou une couverture pour le garder plus facilement dans cette position et pour maintenir ainsi une plus grande surface de contact. Avec la roulade, la transition d'une position à l'autre se fait par transfert de poids, ce

**Les tapotements, les caresses superficielles et les effleurements sont des stimulations qui n'existaient pas dans le ventre de la mère et qui sont plus difficiles à tolérer pour les bébés prématurés ou pour les bébés malades nés à terme.**

qui stimule la proprioception (le bébé sent un contact avec les différentes parties de son corps, ce qui se rapproche de la pression exercée par le liquide amniotique dans l'utérus). S'il est capable de téter, une sucette d'amusement peut lui être offerte pour l'aider à mieux tolérer les déplacements. Plus le bébé est prématuré ou malade, plus les changements de position doivent être faits lentement. À l'inverse, plus il est mature et stable, plus les changements de position peuvent se rapprocher de ceux qui sont faits avec un bébé à terme et en bonne santé.

Pour le portage, deux autres principes viennent s'ajouter à celui de la roulade en position fœtale :

#### 2. La cueillette et l'enveloppement

Pour sortir le bébé de son incubateur ou de son petit lit, penchez-vous – ou demandez au parent de se pencher – vers lui pour limiter le plus possible le temps de soulèvement. En d'autres mots, il faut le cueillir directement sur son petit matelas en se penchant le plus possible pour diminuer la distance entre lui et la personne qui le prend. Afin qu'il se sente en sécurité pendant le portage, il faut soutenir en tout temps les deux bases de son dos. Ainsi, une main est placée sous ses fesses (sacrum) et l'autre derrière sa tête, entre les deux oreilles (occiput). Il sera ainsi plus facile de le garder en position fœtale. Lorsqu'il est maintenu dans cette position, son poids est transféré sur la personne qui le prend et qui le soulève doucement. Ainsi enveloppé des mains et du torse de l'infirmière ou du parent, il se sentira rassuré. De même, vous pouvez utiliser une couverture placée sous son corps pour lui offrir un enveloppement supplémentaire qui le sécurisera.

#### 3. Une stimulation à la fois

Si le but du portage est que le parent s'installe avec son bébé dans un fauteuil ou une chaise berçante, l'infirmière sera d'une aide précieuse pour guider le parent. En premier lieu, il faut prendre conscience du fait qu'il faut du temps au bébé pour récupérer du portage. Habituellement, il faut attendre deux à cinq minutes pour voir si le bébé a bien toléré le portage (l'immaturité de son système nerveux engendre une réaction à retardement) et s'ajuster s'il montre des signes de stress. Après ce délai, il se peut que le parent soit tenté de lui parler ou de lui chanter une chanson, de lui masser doucement le dos ou de le bercer.

Souvenez-vous toutefois d'ajouter une stimulation à la fois et de regarder les réactions et les comportements du bébé. Par exemple, si ce dernier ne montre pas de signes de stress, le parent pourra lui fredonner une chanson douce. Avant d'introduire autre chose, il faut observer les réactions du bébé pendant quelques minutes pour voir s'il tolère bien cette nouvelle stimulation. Plus le bébé est mature et stable, mieux il tolérera les stimulations simultanées. Par ailleurs, les tapotements, les caresses superficielles et les effleurements sont des stimulations qui n'existaient pas dans le ventre de la mère et qui sont plus difficiles à tolérer pour les bébés prématurés ou pour les bébés malades nés à terme.

Le retour dans l'incubateur ou le petit lit se fait selon les mêmes principes. Lorsque le portage et les déplacements sont terminés, l'infirmière ou le parent gardera le bébé en position

## Les auteures



**Catherine Matte** est physiothérapeute à l'unité des soins intensifs de néonatalogie du CHU Sainte-Justine depuis 2010. Certifiée en soins du développement par la National Association of Neonatal Nurses, elle est également étudiante à la maîtrise en sciences de la réadaptation à l'Université de Montréal.



**Anouk Lauzon-Vincent** est physiothérapeute à l'unité des soins intensifs de néonatalogie du CHU Sainte-Justine depuis 2013. Elle a obtenu sa maîtrise professionnelle en physiothérapie à l'Université de Montréal en 2012.



**Isabelle Milette** est infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie et experte en soins du développement à l'unité néonatale du CHU Sainte-Justine. Elle mène aussi l'équipe qualité et le projet d'implantation des soins du développement de l'unité. Elle est membre clinicienne du RRISIQ.



**Marie-Josée Martel** est professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Elle est aussi chercheure régulière au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille de l'UQTR et chercheure associée au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine. Elle est membre chercheure du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ).

foetale pendant un moment et retirera ses mains progressivement de sorte que le bébé sente toujours un contact à mesure qu'il se détend et s'endort. Une couverture peut aussi être utilisée pour lui offrir un contact et une légère pression en remplacement des mains. Vous pouvez également lui dire qu'il est de retour dans son lit et que c'est maintenant le temps de se reposer. Encore une fois, laissez-vous guider par ses réactions et ses comportements.

L'infirmière qui œuvre en néonatalogie et en périnatalité peut apporter une précieuse contribution au bien-être des bébés en leur offrant un positionnement thérapeutique ainsi que des modes de déplacement et de portage qui respectent leur développement et leur état de santé tout en faisant intervenir les parents comme partenaires de soins. ■

*NDLR Cet article est le quatrième d'une série de huit portant sur les meilleures pratiques en périnatalité appuyées par des données probantes. Il s'agit d'une idée originale de l'infirmière Marie-Josée Martel. Cette série aborde différentes thématiques en lien avec les soins aux nouveau-nés admis en unité néonatale, soins qui peuvent très souvent s'appliquer aux bébés nés à terme et en bonne santé.*

### Références

- Fern, D. (2011). *A neurodevelopmental care guide to positioning and handling the premature, fragile or sick infant*. New-York, NY : DF Publishing.
- Hunter, J. (2010). Therapeutic positioning: Neuromotor, physiologic and sleep implications. Dans C. Kenner et J. MacGrawth (dir.), *Developmental care of newborns and infants* (2<sup>e</sup> éd.) (p. 285-312), Chicago, IL : National Association of Neonatal Nurses.
- Martel, M.-J. et Milette, I. (2017). *Être parents à l'unité néonatale – Tisser des liens pour la vie*. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Sweeney, J. K. et Gutierrez, T. (2010). The dynamic continuum of motor and musculoskeletal development: Implications for neonatal care and discharge teaching. Dans C. Kenner et J. MacGrawth (dir.), *Developmental care of newborns and infants* (2<sup>e</sup> éd.) (p. 236-248), Chicago, IL : National Association of Neonatal Nurses.
- Vaivre-Douret, L. et Sizun, J. (2014). Postures en incubateur du nouveau-né prématuré. Dans B. Guillois, J. Sizun, C. Casper, G. Thiriez et P. Kuhn (dir.), *Soins de développement en période néonatale – De la recherche à la pratique* (p. 87-96). Paris (France) : Springer.