

André Bullinger

Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars

L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED.

L'auteur (le tome II est posthume), influencé par les recherches de Jean Piaget, a mis au point des concepts pour l'évaluation et le soutien du développement sensori-moteur, dans l'approche clinique des nouveau-nés, des prématurés, ainsi que des adolescents et adultes en souffrance sensorimotrice pour des causes diverses. Par son travail clinique et sa recherche, il s'est engagé dans une description approfondie des phases de ce développement complexe, qui permet aux moyens sensori-moteurs du nourrisson de se coordonner. Ainsi l'organisme en croissance devient l'outil providentiel dans la gestion harmonieuse de ses interactions avec son environnement.

Pendant de nombreuses années, l'auteur a partagé ses connais-

sances et ses découvertes avec des équipes pluridisciplinaires; activité de formation poursuivie aujourd'hui par ses élèves. Ces livres sont une élaboration structurée de son approche théorique et de la philosophie de soin qui s'en dégage.

La formation envisage avant tout de développer des compétences dans l'observation du bébé: états de vigilance et rythme, condition tonico-posturale, motricité et mouvements, expressions émotionnelles et interactions, réponses aux sollicitations et signes de dystimulation. Suivre le nourrisson par une observation bien visée permet d'identifier ses éventuelles difficultés et ses besoins spécifiques. Un instrument est mis à disposition des équipes, *le Bilan sensori-moteur*, pour organiser et donner un sens aux observations, ainsi que de pouvoir planifier les soins de soutien appropriés.

Le but des soins de soutien au développement est d'assurer au

bébé des conditions optimales pour son développement harmonieux, alors qu'une situation à risque (déficit sensoriel, maladie ...) peut interférer avec celui-ci. Le souci est d'adapter les soins et l'environnement afin de réduire les situations dystimulantes: respect du rythme de l'enfant, sollicitations visuelles et auditives permettant au bébé de s'orienter dans l'espace, maintien de l'activité orale, stimulation polysensorielle, contact peau à peau, aspect narratif des soins...

L'approche des soins est personnalisée, somatique et psychologique, pour répondre aux besoins individuels de l'enfant, en partenariat avec les parents et les familles. L'enfant ne subit plus le soin, il devient acteur. Les parents ne sont plus spectateurs, ils sont partenaires, avec les soignants comme guides.

VitoViganò



Editions Erès, coll. La vie de l'enfant, tome II, 2015 (Tome I – Un parcours de recherche, 2004)

Eric Fourneret

La mort sous contrôle

Dilemmes éthiques pour les soignants.

Chez nos voisins français, le cadre juridique stipule que toute personne est présumée consentante au don d'organe; il est clair que dans la réalité, aucune équipe médicale ne procède au prélèvement sans la volonté préalablement exprimée du patient et/ou l'accord de la famille. La mort sous contrôle citée en titre d'ouvrage est la situation où le patient se retrouve en arrêt cardiaque suite à l'abandon des mesures de maintien en vie et où il est envisagé de prélever ses organes. En effet, comme il n'y a pas assez de donneurs potentiels en mort encéphalique, il a été décidé au niveau européen d'y inclure ceux en arrêt cardiaque «contrôlé». Le livre aborde donc tout particulièrement ce dernier

cas de figure, très délicat du point de vue éthique et actuellement en cours d'expérimentation en France. Afin de préserver la qualité des organes à greffer, il faut procéder à la remise en fonction du cœur pour assurer la perfusion desdits organes. Peut-on dès lors considérer que la personne est vraiment morte? Comment définir la mort? Si la situation de mort encéphalique ne pose pas trop de problèmes, qu'en est-il de l'arrêt cardiaque, sachant qu'il arrive parfois qu'un cœur recommence spontanément à battre après quelques minutes? A partir de quand peut-on déclarer la personne morte? Combien de temps faut-il attendre avant de faire repartir son cœur, sachant que plus on attend, plus on met la qualité des organes à prélever en danger? De quel patient l'intérêt est-il priori-

sé? Celui du patient en fin de vie et/ou en situation critique, ou celui du patient en attente de greffe? Par extension, que penser des cas où la personne se trouve en état végétatif? Peut-on arrêter de la maintenir en vie et prélever ses organes, en estimant que l'absence de conscience équivaut à la mort? Au travers des témoignages de plusieurs soignants, ces questions sont traitées sous différents points de vue et approches philosophiques (déontologique versus utilitariste). Aucune réponse précise n'est apportée si ce n'est la recommandation d'une extrême prudence avant toute décision. Car même si les choses doivent aller vite, il est impératif de prendre le temps de la réflexion et de la concertation, en y incluant évidemment les familles.

Solange Kunz Giesen



Seli Arslan, Paris, 2015