



A travers la « PSYCHO » « MOTRICITE »  
Programme d'interventions développementales  
précoces dans la prévention de troubles moteurs  
et cognitifs chez les nouveaux nés à haut risque



Dr Zahed-Cheikh Meriem, Néonatalogue  
Pascale Munos, Psychomotricienne  
En collaboration avec le CAMSP Hôpital Nord

# Problématique coté néonatalogie

- Littérature récente qui encouragent de plus en plus la prise en charge précoce dès l'unité de néonatalogie
- Accompagnement des parents , Participation de ces derniers aux manœuvres de rééducation précoce peu appliquée dans notre unité après la sortie
- La prise en charge de rééducation est soit débutée après l'inquiétude médicale avec le délai de la première consultation, soit débutée en service sans relai immédiat à la sortie

*Spittle A et al. Early developmental intervention programmes post-hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants The Cochrane library 2012*

*R. Vasseur et al. La prise en charge précoce de l'enfant à risque de diplégie spastique est-elle utile ? Est-elle opportune ? Annales de réadaptation et de médecine physique 2005*

*McAnulty et al. School-age effects of the newborn individualized developmental care and assessment program for preterm infants with intrauterine growth restriction: preliminary findings BMC Pediatrics 2013*



# Problématique du côté du CAMSP

Des enfants, anciens prématurés ou d'une grande « vulnérabilité » à la naissance qui consultent vers 3 ans pour des troubles psychomoteurs:

- Difficultés de régulation toniques,
- Troubles de l'attention,
- Manques d'appuis posturaux,
- Troubles de la coordination oculo-manuelle


# Prise en charge précoce

- Stratégies de prévention et de traitement destinées à favoriser un développement cérébral et une structuration optimaux
  - **Stratégies d'intervention éducative classiques (éducation neuromotrice, actions éducatives impliquant les parents)**
  - Stratégies de neuroprotection
- Réduire le handicap moteur, cognitif, comportemental et social
  - Systématique dans une population à risque (**PHRC**)
  - soit à partir de l'observation de signes précoces souvent discrets
- Plasticité cérébrale précoce → Période sensible
- Les soins de développement précoces et individualisés (**NIDCAP**) semblent améliorer le pronostic à long terme

# Lien CAMSP et néonatalogie

- Pour les parents: une situation traumatique qui appelle à une clinique du traumatique
- Pour le bébé : une situation dystimulante, ( dys dans le sens de mauvais, inadéquat), qui appelle à un accompagnement psychomoteur et sensorimoteur
- Bonne volonté des soignants et les projets du Nidcap qui si ils améliorent les conditions de vie du bébé hospitalisé mais limites (rupture avec le milieu utérin)

# Une clinique paramédicale en néonatalogie



- Psychologue, psychomotriciens, orthophonistes et kinésithérapeutes sont présents dans le service de néonatalogie auprès de l'équipe médicale, au service du bébé hospitalisé et de ses parents
- Un espace de soin atypique : au pied des lits et des couveuses, entre 2 nécessités : celle des soins médicaux et celle du sommeil nécessaire, indispensables au bébé
- Une présence physique, régulière et prévisible dès la néonatalogie: une continuité...

# De la clinique au projet de service

## Des protocoles ...

- Espace commun et rencontre entre les discours de l'aire somatique et ceux de l'aire psychique
- Pour nous aider à évaluer nos pratiques et nos choix thérapeutiques
- Pour donner plus de cohérence et d'harmonisation des pratiques

# Projet de service



1. Repérage des enfants à haut risque
2. **Evaluation des enfants** par les différents professionnels concernés par la future prise en charge
3. **Etablir un bilan écrit**
4. Décision de la prise en charge
5. Suivi
6. Accompagnement des parents



# Repérage des enfants

**Repérage** au moins 2 semaines avant leur sortie  
(Anticipation)



- Asphyxie périnatale
- Prématuré avec lésions cérébrale (HIV III ou IV) et ou examen neurologique inquiétant et ou trajectoire EEG Anormale
- Anomalies chromosomiques ou génétiques
- Précarité importante sociale et ou psychiatrique pouvant entrainer trouble de la relation mère-enfant et ou tb développement

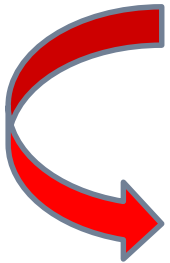
# Evaluation et bilan

- Sur le plan de la motricité spontanée (film)+ fiche
- Résultats examens neurosensoriels
- Evaluation kinésithérapie cf fiche du réseau
- Evaluation psychomotricité cf Annexe
- Evaluation psychologique  
Auto-questionnaire et entretien clinique
- Compte rendu d' hospitalisation



# Décision de la prise en charge

- Hospitalière ou libérale
- Rythme
- Lien avec le PréCAMSP (Staff jeudi)



Prise en charge individualisée

# Accompagnement des parents



- **Soutien dans leur parentalité avant la sortie**

- Les aider à prendre confiance en leur compétences dans les échanges interactifs avec leur bébé
- Nourrissage, bain, habillage/déshabillage....
- Connaissance des rythmes du bébé massage portage....



- **Visite à domicile**

- Apporter un soutien et un accompagnement après le temps de l'hospitalisation en complément des RV médicaux qui tient compte de leur quotidien
- Evitement des réactions de sidération et de l'errance médicale

# La psychomotricité à domicile: valeur du quotidien

- Donner valeur aux moments du quotidien: ( sommeil, faim, satiété, têtées, bain, portage découvertes motrice et plaisir du mouvement autonome)
- Tenter d'éviter les mouvements ou postures pathogènes, et des spirales interactives pathologiques
- « *Une ritournelle du présent d'un très haut niveau de répétition, défini comme des modèles fondateur de la relation et de la pensée* »: Stern



# Un dispositif

- Premier temps: Observation et accompagnement sur un temps de bain: Sollicitation tactile et kinesthésique
- Deuxième temps: Une tétée, un portage: la chaîne narrative de Bullinger
- Troisième temps: Travail autour des enveloppes sonores: musique, comptine
- Quatrième temps: la motricité spontanée: travail au sol, étude des appuis
- Cinquième temps: la sensorimotricité : proposition d'objet à saisir



# Des résultats

- Étude des mouvements: appuis et motricité
- Étude de la posture et du tonus
- Sécurité corporelle et psychique lors des échanges avec la maman
- Étude de la préhension
- Étude des premiers suivis visuels: visage, cible, main et objet
- Étude de la mise en place des coordinations oculo-manuelles

# Conclusion

Une meilleure collaboration et une prise en charge individualisée des enfants les plus à risques permettront un meilleur devenir des enfants et de leur famille à moyen et à long terme





Un PHRC ça vous dit ?

