



La part de la psychomotricité dans un protocole expérimental de prise en charge précoce du grand prématuré au sein d'un réseau de soins : « P'titMip » en Midi-Pyrénées »

B. Colombié*, M. Leuger**, C. Alberge***

* Psychomotricien, Kinésithérapeute pédiatrique, bruno.colombie@gmail.com

** Psychomotricienne, marion.leuger@neuf.fr

*** Médecin pédiatre

La grande prématurité

Définitions

L'Organisation Mondiale de la Santé a défini la prématurité comme « toute naissance survenant avant la 37^e semaine d'aménorrhée (SA) ». La prématurité a été classifiée selon deux critères :

- Le contexte d'accouchement, où sont répertoriées :
 - Prématurité spontanée : le travail est déclenché spontanément.
 - Prématurité provoquée : l'accouchement est induit sur indication médicale.
- Le terme de naissance, où sont retrouvées :
 - Prématurité moyenne : naissance entre la 33^e et la fin de la 36^e SA
 - Grande prématurité : naissance entre la 28^e et la fin de la 32^e SA
 - Très grande prématurité : naissance avant la 28^e SA
 - Prématurissime : naissance entre la 22^e et la 25^e SA. Le nombre d'enfants dits « prématurissimes » augmente, avec les progrès de la médecine, du fait des techniques de réanimation et de prise en charge de ces enfants.

Causes

Les principaux facteurs de risques de naissance prématurée décrits par l'INSERM⁽¹⁾ sont :

- les grossesses multiples,

- les Procréations Médicalement Assistées (PMA),
- l'élévation de l'âge moyen de la grande prématurité,
- la rupture prématurée de la poche des eaux : par infection urinaire, pyélonéphrite,...
- les facteurs socio-démographiques et psychologiques : pénibilité du travail, âge jeune ou élevé de la maman, antécédents obstétricaux,...
- les facteurs de stress : situations chroniques, difficultés socio-familiales, événements de vie récents,...

L'usage de toxiques (tabac, alcool), les facteurs nutritionnels et environnementaux n'ont pas d'impact direct sur la naissance prématurée, mais ils en ont sur le développement du fœtus, pouvant entraîner certaines pathologies et amener à une naissance prématurée spontanée ou provoquée.

Certaines situations cliniques augmentent le risque d'un accouchement prématuré, comme l'hypertension artérielle (HTA), les hémorragies, la rupture prématurée de la membrane (RPM) (ou rupture prématurée de la poche des eaux) ou le retard de croissance intra-utérin (RCIU).

Impact de la prématurité dans le développement psychomoteur

Bébé à risque : un avenir incertain

Le grand pré terme est un bébé à risque. Il nécessite des soins vitaux d'urgence où le pro-

nostic n'est pas gagné d'avance. Il fait voler en éclat l'attente paisible, idéalisée par des parents qui se retrouvent désespérés et démunis. Une fois les risques de décès écartés, tout reste à gagner sur les 5 à 6 premières années de vie où la maturité neuro-psychomotrice s'effectue !

Le devenir à long terme reste préoccupant concernant les fonctions neuromotrices, sensorielles, cognitives ou psycho-affectives. Cet enjeu préoccupe depuis longtemps les équipes de néonatalogie qui redoublent d'efforts pour minimiser au mieux l'impact de la prématurité sur le devenir psychomoteur de l'enfant⁽²⁾.

Ces efforts se sont surtout portés et à juste titre, sur le séjour en service de soins intensifs ou encore de néonatalogie. A ce jour, la recherche porte davantage sur le long terme, devant la constatation des fréquents désordres psychomoteurs apparaissant notamment lors des premiers apprentissages scolaires...

Un développement neuro-psychomoteur précoce et fragile

Le développement du cerveau humain est très précoce, il se met en place dès la première moitié de la grossesse. La myélinisation débute autour de la 22/24^e SA. Les processus de prolifération et de migration neuronale et gliale de croissance des axones, des dendrites et des synapses se poursuivent bien après la naissance.

Cette maturité concerne d'abord les voies sous-corticospinales issues du tronc cérébral dont la progression s'effectue dans le sens caudo-céphalique pour aboutir à la mise en place des fonctions anti gravitaires, à la motricité, la fonction réflexe et la posture.

Dès 32 semaines de gestation, progressivement, la myélinisation va permettre aux voies motrices cortico spinales de prendre peu à peu le contrôle de la posture et de la motricité volontaire selon les lois céphalo-caudales et proximo-distales.

Une interruption et une agression...

La prématurité interrompt le développement cérébral normal. De plus, les conséquences

physiologiques de la naissance prématurée (détresse respiratoire, accidents hypoxiques, infections, malnutrition...) agressent le cerveau immature. A cela, s'ajoutent les soins agressifs et traumatisants (malgré les efforts apportés) liés à la vie extra-utero (douleur, bruit, stress, posture...).

Ainsi, une naissance prématurée aura des conséquences variables en durée et en intensité, selon le moment de sa survenue, la localisation et l'étendue d'éventuelles lésions cérébrales, et selon les agressions surajoutées.

Il peut s'agir de lésions cérébrales comme les hémorragies intra-ventriculaires et les leucomalacies péri-ventriculaires. Bien connues, elles entraînent des atteintes motrices définissant les « paralysies cérébrales » d'expressions diverses comme le syndrome de Little, l'hémiplégie, la quadriplégie... Ces atteintes peuvent s'accompagner de troubles neuro-sensoriels (vision, audition), de troubles cognitifs ou encore de troubles d'apprentissages par défaut de structuration visuo-spatiale ou visuo-constructive...

A côté de ces lésions cérébrales, apparaît une entité nouvelle : « la maladie de la substance blanche ». L'imagerie permet désormais de localiser une atteinte diffuse de la substance blanche pouvant s'accompagner de lésions de la substance grise corticale et profonde : ainsi, apparaît une modification de l'organisation architecturale et fonctionnelle du cortex entraînant dégénérescence et réduction des volumes des territoires concernés.

Pas facile la vie extra-utero du prématuré !

Sa fragilité et son extrême dépendance soumettent le grand prématuré à des contraintes physiques et psychiques.

Sa maturation neurologique ne peut se poursuivre convenablement que dans une position foetale de regroupement, de flexion et d'enroulement : or, le grand prématuré a une tonicité trop faible pour retrouver sa position foetale... De cette mauvaise position, peuvent apparaître des perturbations dans les acquisi-

tions posturales statiques (station assise, debout...) et dynamiques (retournements, coordinations, marche...) qui, par voie de conséquence, peuvent affecter les apprentissages de l'enfant lorsqu'il sera plus grand.

De plus, le grand prématuré subit des agressions non négligeables de l'environnement immédiat, en particulier sur le plan auditif, visuel, tactile ... tout en perturbant également son rythme veille-sommeil.

Tout laisse à penser que ces expériences iatrogènes perturbent la maturation psychomotrice du bébé sur un plan physique mais également sur un plan psychologique.

L'accordage « parents-bébé » malmené !

La prématurité affecte le bébé mais également la maman et le papa : à bébé pré terme, parents immatures !

La vie et la mort se télescopent, le tourbillon des soins, l'angoisse, les attentes, la solitude, l'inconnu causent un réel traumatisme chez des parents démunis.

La parentalité dans sa double dimension parents-bébé mais également bébé-parents est perturbée. L'accordage tonique, moteur, sensoriel, affectif entre l'enfant et ses parents a du mal à s'harmoniser, pouvant laisser des traces à court mais également à long terme avec des « productions psychiques séquentielles » comme l'explique Sibertin-Blanc⁽¹⁵⁾.

De ce fait, une difficulté d'ajustement peut s'installer pouvant être parasitée par un trop plein d'angoisse, d'insécurité, de dévalorisation ne pouvant que nuire au devenir de bébé.

Un enjeu : « Plasticité cérébrale et période critique »

La plasticité cérébrale permet au cerveau d'ajuster sa structure, de modifier ses connexions et donc d'influer sur ses capacités fonctionnelles.

Ordonnée par la génétique, la maturation organo-physiologique du cerveau dépend également de la stimulation, de l'exercice, de l'entraînement, donc de l'environnement.

Chez le sujet sain, la plasticité cérébrale répond

aux sollicitations que ce sujet expérimente par lui-même, permettant l'établissement de nouveaux réseaux neuronaux.

Chez le bébé cérébrolésé, la plasticité cérébrale permet au tissu cérébral de se réorganiser par des mécanismes compensateurs, faut-il que cette plasticité cérébrale soit correctement sollicitée par des stimulations adéquates.

Les travaux de Hubel et Wiesel⁽¹⁰⁾, précurseurs de la « plasticité cérébrale » introduisent simultanément la notion de « période critique ». La « période critique » est un laps de temps durant lequel le développement d'une fonction est possible de façon normale. Il existerait une période critique pour chaque fonction cérébrale : cela a été mis en évidence pour le cortex visuel.

Conjointement, dans des contextes d'anormalités, des modifications structurelles et fonctionnelles seraient possibles sur des laps de temps appelés alors « périodes sensibles ».

Etant donné la nature relativement indifférenciée de nombreux systèmes neuronaux chez le nourrisson, il est judicieux de penser que la plasticité cérébrale est particulièrement opérationnelle : la plasticité cérébrale pour les processus sensoriels et le langage sont encourageants.

Ainsi, c'est sur la plasticité cérébrale que reposent les programmes d'intervention précoce par des stimulations spécifiques, bien adaptées et qui sont proposées au bon moment pour tenter d'améliorer les déficiences.

Une solution : la prise en charge précoce et l'accompagnement de l'enfant grand prématuré et de sa famille

La vulnérabilité du grand prématuré amène une surveillance au long cours du développement psychomoteur sachant les retentissements négatifs possibles constatés par la clinique. Si des efforts conséquents ont été faits en néonatalogie, le souci aujourd'hui des pédiatres concerne l'avenir de leurs patients à risque, tout particulièrement sur les 5 à 6 premières années...

Ainsi, quelques médecins pédiatres toulousains, passionnés par ce sujet, déploient depuis 4 ou 5 ans une grande énergie pour organiser un réseau de soins : ce réseau, appelé « P'titMip » propose une guidance parentale et un soutien des acquisitions psychomotrices, au-delà de la période d'hospitalisation⁽¹⁾.

Ces pédiatres mettent au cœur de ce réseau la prise en charge psychomotrice. Ils considèrent que la psychomotricité correspond à la meilleure prise en charge globale des enfants mais également des familles. En effet, la psychomotricité s'intéresse à la fois aux acquisitions motrices (schéma corporel, praxies, coordinations...) et aux interactions psychoaffectives avec l'environnement (motricité engagée dans la relation).

La psychomotricité du grand prématuré : naissance d'un réseau de soins

Au vu des éléments apportés ci-dessus, un travail de prévention paraît indispensable auprès de cette population infantine qualifiée « à haut risque » et susceptible de développer un handicap moteur, des difficultés d'apprentissages, des troubles du comportement, ou de présenter des relations interpersonnelles perturbées.

L'étude EPIPAGE dont les résultats ont été publiés en Mars 2008⁽¹²⁾ vient appuyer et justifier cette politique de prévention à court, moyen et long terme.

Ce projet de prévention est celui de P'titMip. Nous allons décrire la place et le rôle du psychomotricien au sein d'un tel réseau de soins, ses compétences et son champ d'action.

La psychomotricité du grand prématuré : origine du réseau de soins P'titMip

Le réseau de soins P'titMip s'est créé en 2005, sous l'impulsion de neuropédiatres de l'hôpital Purpan à Toulouse, regroupant différents professionnels de la santé en Midi-Pyrénées, spécialisés dans la petite enfance.

P'titMip est un réseau d'aval, de dépistage, de suivi et de prise en charge des grands prématurés nés avant 30 SA, ainsi que des nouveau-nés à terme qui peuvent développer un handicap. Ce réseau cherche à évaluer le bénéfice d'une intervention précoce en psychomotricité chez les prématurés de moins de 30 SA, sans séquelles neurologiques sévères, mais à risque de handicap. A l'heure actuelle, le réseau est encore un protocole expérimental, qui bénéficie d'un PHRC (Programme Hospitalier de Recherche Clinique) pour financer les séances de psychomotricité en libéral.

Les principaux axes de travail de P'titMip sont :

- Améliorer le dépistage et la prise en charge précoce pour limiter le handicap et éviter le surhandicap,
- Eviter une errance médicale et une prise en charge trop tardive.

Deux groupes ont été formés au sein du réseau :

Groupe « Psychomotricité » :

- Groupe 1 (groupe à haut risque) : inclue les nouveau-nés prématurés nés avant 33 SA ou dont le poids de naissance est inférieur à 1500 grammes, ainsi que les nouveau-nés nés à plus de 33 SA ou ayant un poids de naissance à plus de 1500 grammes et présentant une pathologie néonatale à risque élevé.
- Groupe 2 (groupe à risque modéré) : inclue les nouveau-nés nés entre 33 et 34 SA ou ayant un poids de naissance compris entre 1500 et 2000 grammes ou présentant une pathologie néonatale à risque faible ou modéré.

Groupe « Témoin » : un Groupe 1 et un Groupe 2 sont également créés, possédant les mêmes critères d'inclusion que ceux du Groupe « Psychomotricité ».

L'inclusion de ces nouveau-nés commence lors de leur hospitalisation. Pour adhérer au réseau, les parents signent une charte de parentalité et de participation au protocole de recherche.

L'évaluation du programme sera faite à 2 ans d'âge corrigé (âge réel de l'enfant auquel sont

enlevées les semaines manquantes à la naissance pour arriver au terme prévu de 40 SA).

Cette évaluation porte sur deux aspects complémentaires de l'évolution de l'enfant :

- Un test psychomoteur, le Brunet-Lézine révisé, et un examen neurologique standardisé (proposé par le Pr. Amiel-Tison).
- La qualité de la relation parent-enfant, évaluée par un psychologue expérimenté grâce à des entretiens semi-directifs.

Les psychomotriciens du Réseau de soins P'tit Mip adhèrent au réseau, signent une charte garantissant le respect des règles de déontologie et s'engagent à se former. Ainsi, entre mai 2006 et juin 2009, sept formations ont été proposées, permettant aux thérapeutes de se spécialiser dans ce type de prise en charge.

Les psychomotriciens souhaitent pouvoir suivre, au-delà des deux ans du protocole décrit ci-dessus, les anciens grands prématurés jusque vers l'âge de 6/7 ans environ pour analyser leurs aptitudes comportementales cognitives et affectives devant les exigences sociales (en particulier scolaires) qu'ils rencontrent.

La psychomotricité du grand prématuré en néonatalogie

Le psychomotricien en néonatalogie va beaucoup veiller au confort, à la prévention posturale et travailler sur la guidance parentale.

Du fait de cette nouvelle vie extra-utérine, le nouveau-né prématuré est soumis à une contrainte physique qu'il ne connaissait pas in utero : la pesanteur. L'hypotonie globale de son corps ne lui permet pas de retrouver la position fœtale initiale, en flexion, avec enroulement de l'axe vertébral, qui pourtant est nécessaire à sa maturation neurologique. Il s'expose ainsi à d'importants risques de malformations orthopédiques (plagiocéphalie, position du « batracien »,...). Pour prévenir ces agressions, un dispositif a été mis en place : le cocon, à l'intérieur duquel le nouveau-né est lové pour favoriser le développement neuromoteur et psycho-affectif de l'enfant avec des schémas de regroupement et d'enroulement.

L'accompagnement de ces parents d'enfants prématurés est primordial. La naissance se déroule dans un contexte d'urgence et d'angoisse, et les parents se retrouvent vite à l'écart. Les professionnels se succèdent auprès de l'enfant en détresse vitale, et les parents se sentent rapidement envahis d'un profond sentiment d'incompétence et d'inutilité auprès de leur enfant.

Le psychomotricien intervient alors dans les premiers échanges entre parents et bébé. Il est le « traducteur » de la motricité de l'enfant, afin que parents et enfant puissent communiquer dans une langue commune : le dialogue du corps. Le psychomotricien est également là pour écouter et accueillir les angoisses parentales. Il peut être perçu comme le soutien nécessaire sur lequel les acteurs s'appuient pour construire cet indispensable lien parent-enfant.

Grâce à des méthodes comme le holding (portage de l'enfant par sa mère), le peau à peau ou encore le toucher psychomoteur^{3,4,14,16}, le psychomotricien va pouvoir intervenir auprès de l'enfant en souffrance, en lui communiquant un bien-être par le toucher, le contact physique, et en lui proposant des situations et positions d'apaisement.

Le rôle du psychomotricien n'est pas de se substituer aux parents, il est de montrer :

- A l'enfant, qu'il existe un autre type de contact plus contenant et rassurant que celui qu'il a connu jusqu'à présent ;
- Aux parents, qu'il est possible d'établir une communication avec son enfant, si petit soit-il... Les parents doivent arriver à s'approprier ces méthodes, pour dialoguer avec leur enfant et se rassurer quant à leur « compétence de parents ».

Par la place qu'occupe le psychomotricien et l'importance de son rôle dans le développement du grand prématuré en service de néonatalogie, il paraît nécessaire que ce soutien, ce suivi, ne s'arrêtent pas à la sortie de l'hôpital.

La psychomotricienne de Néonatalogie du réseau P'titMip va faire le lien avec le psychomotricien libéral, adhérent du réseau, avec

qui la famille prendra contact à la sortie de l'hôpital.

La psychomotricité du grand prématuré à la sortie de l'hôpital. Relais et prise en charge au sein du réseau

Le psychomotricien accordera une place primordiale à l'environnement familial tout au long de l'accompagnement et du travail qu'il réalisera auprès de cette famille. Car prendre en charge un enfant, c'est prendre en charge une famille ! Il doit veiller à ce que la famille se sente concernée et s'implique dans le projet thérapeutique de l'enfant, qui s'effectue en triade : le psychomotricien, les parents, l'enfant.

La famille prend contact avec le psychomotricien un mois après la sortie de l'hôpital.

Un protocole d'intervention a été mis en place, et il reste commun à tous les psychomotriciens référents du réseau.

1. Rencontre du psychomotricien et de la famille du nouveau-né prématuré à la fin du premier mois qui suit la sortie de l'hospitalisation, pour un premier contact.

2. Réalisation d'un bilan initial à 2 mois d'âge corrigé (AC).

Ce bilan s'appuie sur des outils d'évaluation et des grilles d'observations standardisées, réfléchis au sein du groupe de travail de psychomotriciens du réseau, afin que tous les professionnels participants à ce protocole possèdent un outil commun, avec une observation fine et précise du développement de ces nourrissons. Ce bilan doit faire apparaître les compétences neuromotrices de l'enfant, à savoir :

- Le niveau de vigilance (Prechtl).
- La motricité spontanée : à partir des positions de référence (Décubitus Ventral/Décubitus Dorsal), observation de la motricité spontanée de l'enfant, le déliement digital, son attention, son expressivité, sa curiosité, son comportement exploratoire...
- La motricité dirigée : vérifier la vision et l'audition, évaluer le tonus musculaire passif avec la manœuvre du foulard des membres supérieurs, le retour en flexion des membres inférieurs, mesurer les angles des adducteurs, du poplité, évaluer la flexion et l'extension de l'axe corporel.

- L'activité motrice dirigée : à savoir les aptitudes motrices innées, comme le tiré assis, le retour en arrière, le tiré latéral, le balancier des membres inférieurs, les suspensions (aisselle, latérale, dorsale...), les retournements (Dos/Ventre, Ventre/Dos).

- La motricité primaire : avec les réflexes archaïques, comme le grasping, la marche automatique, le réflexe de Moro, le réflexe tonique asymétrique du cou.

De plus, une grille d'observation des interactions précoces parents-enfants a été élaborée afin d'étayer ce bilan neuro psychomoteur, en tenant compte de toute la sphère familiale et des relations précoces qui s'installent.

A travers ce premier bilan, le psychomotricien pourra pointer avec les parents les compétences mais éventuellement les difficultés présentées par l'enfant. Suite à celui-ci, le psychomotricien dialoguera avec les parents et construira le projet thérapeutique de l'enfant. Toutefois, il est important de savoir rester humble et prudent car le psychomotricien est face à une situation donnée dans un moment donné. Le psychomotricien doit prendre le recul nécessaire pour ne pas précipiter un diagnostic, tout en veillant à ne pas passer à côté d'informations capitales pour le devenir de l'enfant.

3. Mise en place d'une prise en charge à la suite de ce bilan.

Cette prise en charge s'effectue à raison d'une séance par semaine pendant 12 semaines, puis une séance tous les quinze jours pendant 16 semaines, pour une durée totale de 28 semaines. L'enfant et la famille bénéficient donc au total de 20 séances de psychomotricité, dans le cadre du réseau de soins.

Lors des séances, le psychomotricien pourra s'appuyer sur des outils solides comme :

- Les AMI (Aptitudes Motrices Innées).
- Les NEM (Niveaux d'Evolution Motrice).
- Des exercices clés comme le regroupement, la dissociation des ceintures ou encore les exercices de déséquilibre.

Lors des séances, l'enfant doit être plongé dans un bain multisensoriel avec des situations de stimulations sensori-motrices riches et adaptées, tout en évitant la « sur-stimulation ».

La participation active des parents est nécessaire durant les séances d'autant plus si les relations précoces parents-enfants sont perturbées, ou s'il existe des difficultés de communication.

Le psychomotricien est là pour montrer aux parents que l'enfant est « capable de ». Il s'agit la plupart du temps d'une réelle découverte, merveilleuse, émouvante, et rassurante pour les parents. Ils ont besoin de sentir que, malgré le début de vie extrêmement difficile qu'a connu leur enfant, il n'est pas si « à part ». Leur enfant possède des compétences et des difficultés qui lui sont propres. Le travail important des parents est de s'en rendre compte, de les accepter et de se les approprier, pour pouvoir aider leur enfant à évoluer sereinement et harmonieusement.

4. Réalisation d'un second bilan au terme de ces 20 séances, à 9 mois d'AC.

Les premiers éléments observés lors du bilan initial seront comparés et croisés avec ceux du second bilan. Certains éléments peuvent évoluer de façon positive, ou au contraire ne pas présenter d'évolution. Tout l'intérêt du travail de prévention précoce de P'titMip réside dans ces observations à court, moyen et long terme : quels sont les éléments qui n'évoluent pas, ou qui tendent vers une difficulté plus précise.

Le Groupe « Psychomotricité » bénéficie de l'ensemble des phases de ce protocole. Le Groupe « Témoin » bénéficie également des bilans de suivis, à 2 mois d'AC et à 9 mois d'AC, mais il ne participe pas aux séances de psychomotricité.

Le groupe de travail des psychomotriciens de P'titMip ayant élaboré ces évaluations et observations standardisées ont réussi à mettre en évidence des compétences psychomotrices fines, précises, indispensables au bilan neuropsychomoteur, car prédictifs de complications ou de difficultés futures chez les anciens grands prématurés, si « caractéristiques ».

Les indicateurs prédictifs

Dans le cadre du réseau de soins des grands prématurés pour Midi Pyrénées (P'Tit Mip), nous avons été amenés à approfondir les

éventuelles séquelles à court et long terme de l'ancien grand prématuré (né avant 30 SA) pour ajuster au mieux une stimulation neuro-psychomotrice adaptée afin de minimiser les risques de handicap.

Cette recherche nous a conduit, dans le respect d'un protocole expérimental rigoureux et imposé, de préciser :

- L'examen neuro-psychomoteur du bébé de 2 mois d'AC.
- Le contenu de 20 séances de psychomotricité du 3^e au 8^e mois d'AC.
- L'examen neuro-psychomoteur du bébé de 9 mois d'AC.

Ce travail de prévention nous a permis de dégager des « indicateurs prédictifs » ou « indicateurs pronostiques ».

L'indicateur prédictif est, en quelque sorte, une sonnette d'alarme. Il nous alerte sur la probable émergence d'une pathologie. Sauf dans les « cas lourds », un diagnostic précis et définitif est difficile à émettre chez le tout petit enfant. C'est pour cela que, sur le plan psychomoteur, nous parlerons de suspicion, c'est-à-dire d'un probable diagnostic que seule l'évolution confirmera ou infirmera.

L'approche clinique en psychomotricité du tout petit enfant à risque nous permet de dégager « 10 indicateurs prédictifs » dont le substrat est la motricité engagée dans une relation :

1. la liberté corporelle : c'est-à-dire la capacité de bébé à se mouvoir dans les trois plans de l'espace à partir d'une bonne intégrité orthopédique ;
2. la fluidité motrice : elle permet des mouvements harmonieux, souples et gracieux ;
3. le regroupement : c'est-à-dire la capacité de réunir vers la bouche les mains et les pieds ;
4. le déliement poignets doigts – chevilles orteils : mis en évidence, pour les pieds par exemple, dans la manœuvre de la « godille » qui consiste, une fois le bébé positionné en situation accroupie, de le déstabiliser sur le plan horizontal ;
5. les dissociations, en particulier entre la ceinture scapulaire et la ceinture pelvienne lors de mises en situations posturales précises ;

6. les coordinations œil-main-cou ;
7. le contact corporel : il s'agit ici d'apprécier comment l'enfant accepte d'être touché, manipulé ;
8. le confort psycho-affectif ;
9. l'interaction, l'expressivité, les émotions, le regard ;
10. la curiosité et les comportements exploratoires.

L'existence de l'ensemble de ces indicateurs prédictifs est d'un bon pronostic. A contrario, l'atténuation voire l'absence d'un ou de plusieurs de ces indicateurs doit préoccuper le thérapeute pour le devenir psychomoteur harmonieux de l'enfant.

A partir de ces 10 indicateurs prédictifs, nous avons fait des regroupements susceptibles de déboucher sur des pathologies précises.

Par exemple, une altération concernant le regroupement, le déliement poignets doigts chevilles orteils et les coordinations oculo-manuelles peut nous alerter sur l'éventuelle installation d'un trouble de l'acquisition de la coordination (TAC ou dyspraxie de développement) que des bilans ultérieurs pourront peut-être confirmer.

Autrement dit et pour pousser le raisonnement plus loin, la perturbation de la combinaison décrite ci-dessus peut, soit se normaliser, soit se préciser par un diagnostic de TAC.

A titre d'information, nous avons isolé plusieurs combinaisons de ces dix indicateurs prédictifs pouvant déboucher sur une pathologie motrice, une pathologie relationnelle, une pathologie cognitive et/ou une pathologie comportementale.

Cette recherche et ce constat clinique étayant l'hypothèse qu'il existe très précocement des signes amenant à suspecter d'éventuelles installations de troubles psychomoteurs au long court qui ne demanderont qu'à être confirmés, par des tests précis, vers l'âge de 5-6 ans.

Il s'agit sans doute ici d'un vaste champs de recherches qui ne demande qu'à être précisé et confirmé : les compétences bébé sont extrêmement précoces, les « incohérences » le sont également. Leurs convergences permettent une suspicion de diagnostic...

RÉFÉRENCES

- 1 - Alberge, C. (2007). *Description du projet – Evaluation d'une prise en charge précoce en psychomotricité chez les prématurés de moins de 30 semaines*. Document interne diffusé par courrier électronique à l'ensemble de l'équipe du réseau P'titMip.
- 2 - Alberge, C. (2009). *Impact de la prématurité dans le développement psychomoteur*. Journée de l'AKP MIP. Toulouse, 6 juin.
- 3 - Alonso-Bekier, S. (2002). Du prématuré au prématurissime : la psychomotricité a de plus en plus sa place dès la néonatalogie. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 15, 6, 336-339.
- 4 - Alonso-Bekier, S. (2005). Petit prématuré deviendra grand... ou nécessité du suivi en psychomotricité. *Evolutions Psychomotrices*, 17, 67, 10-15.
- 5 - Amiel-Tison, C. (2005). *Neurologie périnatale* (3^e éd.). Paris : Masson.
- 6 - Athane, C. (2006). *Incidence de la prématurité sur le développement de l'enfant : séquelles et nécessité d'un suivi en psychomotricité*. Mémoire D.E Psychomotricien. Paris.
- 7 - Bloch, H., Lequien P., Provasi J. (2003). *L'enfant prématuré*. Paris : A. Colin.
- 8 - Colombié, B. (2005-2007). *La psychomotricité du nourrisson*. Cours de 1^e, 2^e et 3^e année de Psychomotricité, Toulouse
- 9 - Della Piazza, S (1997). *L'enfant prématuré : le point sur la question*. Bruxelles : De Boeck université.
- 10 - Hubel, D. H., Wiesel, T. N. (1970). The period of susceptibility of the physiological effects of the unilateral eye closure kittens. *Journal of Physiology*, 206, 419-36.
- 11 - INSERM (1997). *Grande prématurité : dépistage et prévention du risque*. Paris : INSERM
- 12 - Larroque B., Ancel, P.-Y., Marret, S., Marchand, L., André, M., Arnaud, C., Pierrat, V., Rozé, J.-C., Messer, J., Thiriez, G., Burguet, A., Picaud, J.-C., Bréart, G., Kaminski, M. for the EPIPAGE Study group (2008). Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old-children born before 33 weeks of gestation (the Epipage study) : a longitudinal cohort study. *The Lancet*, 371, 813-820. (http://www.inserm.fr/fr/presse/communiqués/att00006192/cp_lancet_epipage070308.pdf).
- 13 - Leuger, M. (2008). *La prise en charge précoce du grand prématuré au sein du réseau de soins P'titMip*. Mémoire D.E Psychomotricien. Toulouse.
- 14 - Mandard-Orenge, A.-L. (2002). Le toucher relationnel auprès du prématuré et de ses parents : handicaps. *Evolutions Psychomotrices*, 17, 67, 18-23.
- 15 - Sibertin-Blanc, D., Tchenio, D., Vert, P. (2002). Naître très grand prématuré et après ? *Psychiatrie de l'enfant* ; 45, 2, 437-482.
- 16 - Waroquier, C. (2006). *La psychomotricité, un accompagnement à l'investissement du corps de l'enfant prématuré*. Mémoire D.E. Psychomotricien. Paris.