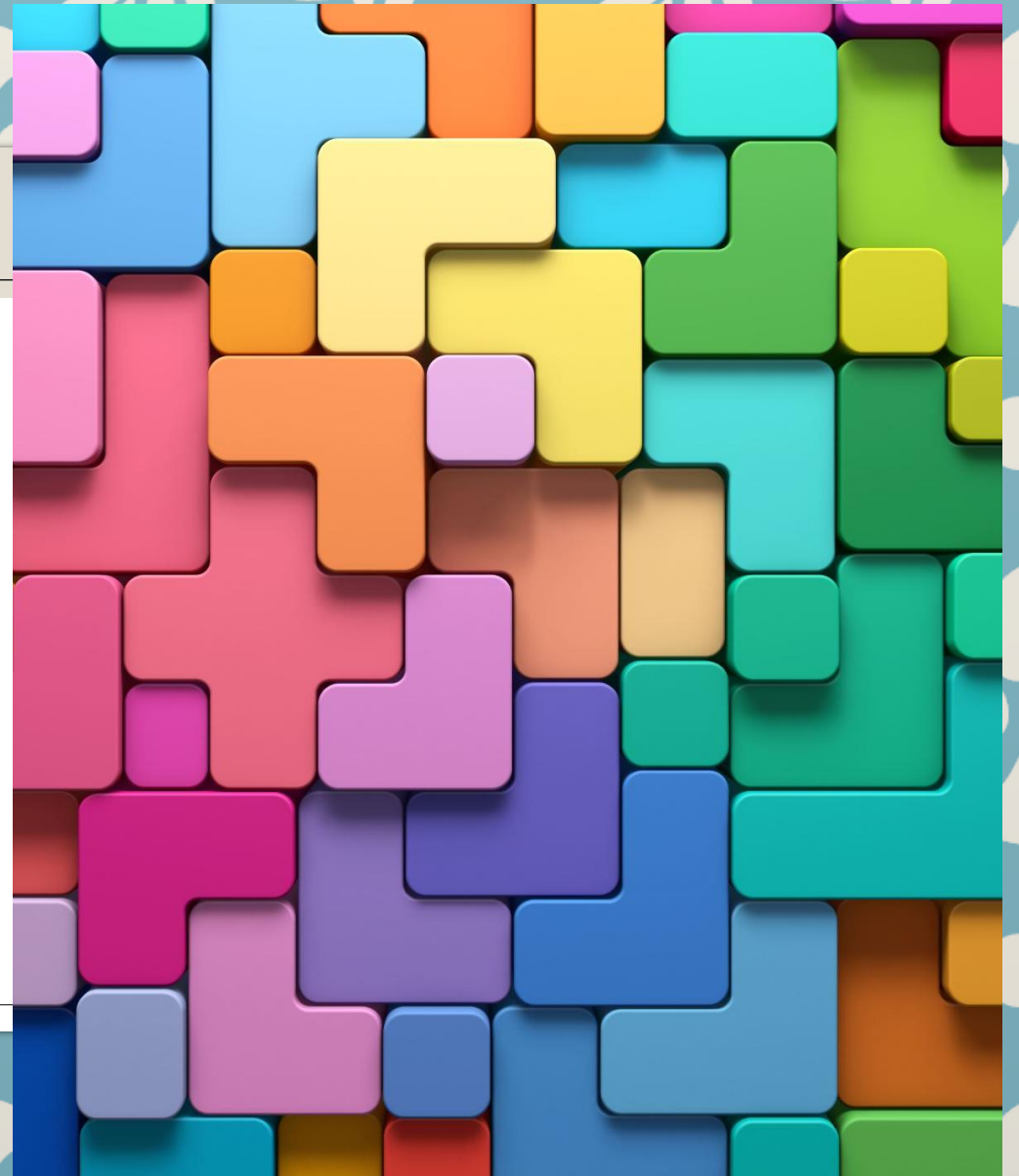


PSYCHOMOTRICITÉ SA PLACE EN HAD

Dr Khaled HUSSEINI
Mme Christelle BOIS-CHARPENTIER
Mme Florence BOCQUET

HAD Pédiatrique POITIERS



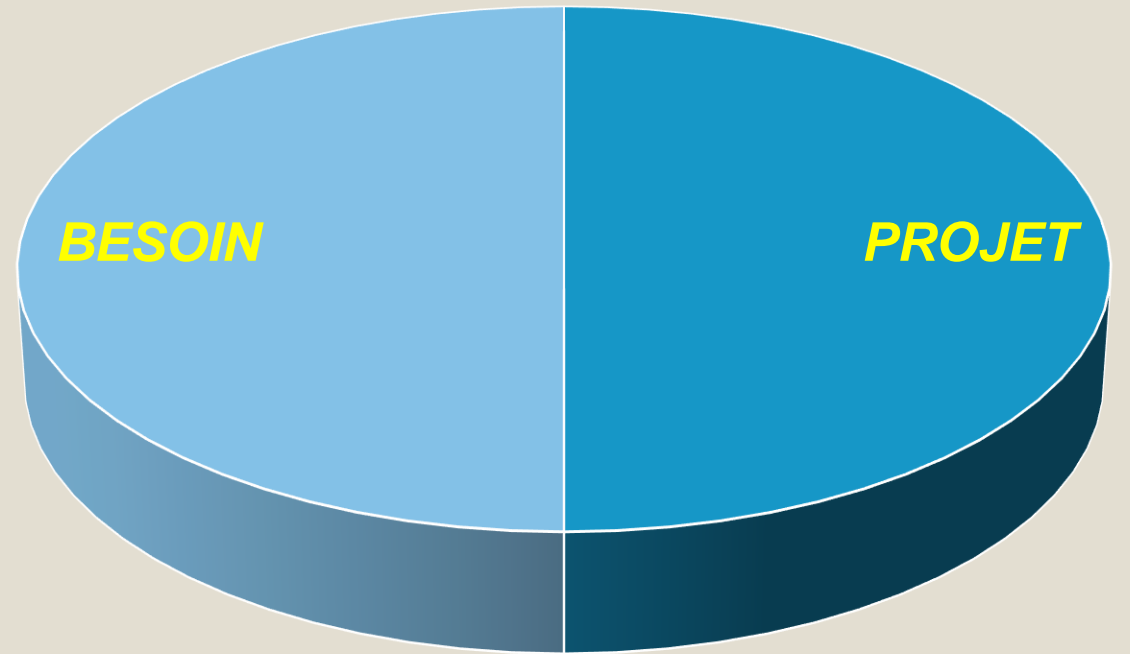
Psychomotricité en HAD

Le pourquoi du comment ???

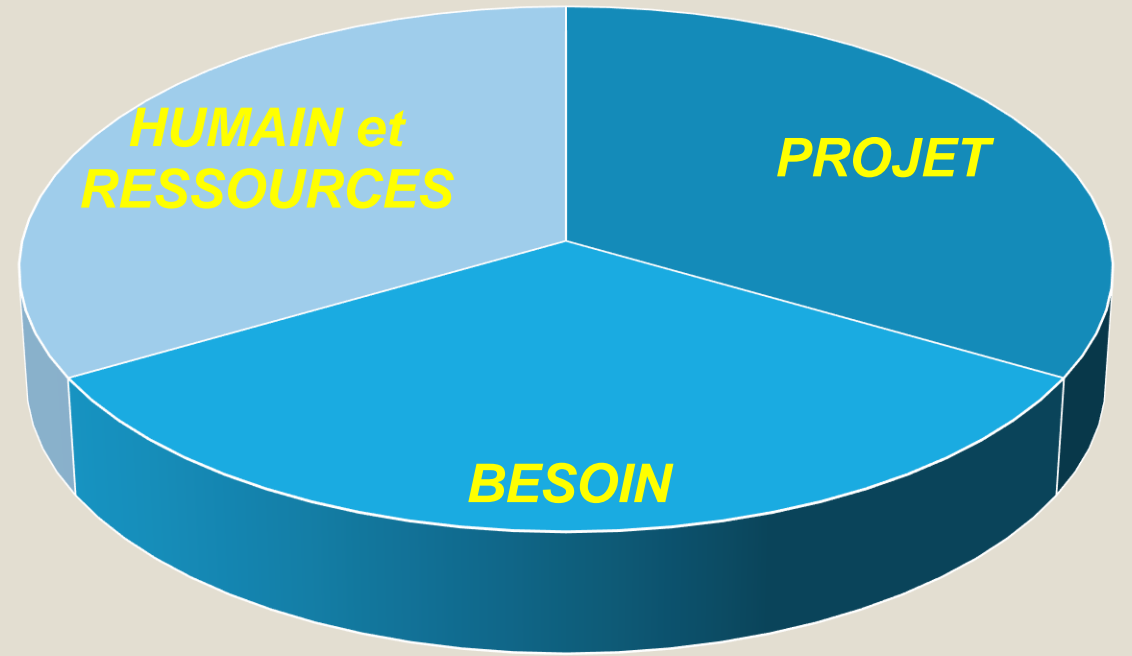
Le pourquoi ???



du Comment ???



Qui ???



Environnement favorable

- HAD socle adulte avec accréditation pour des lits SSR
 - Direction/encadrement sensibles à l'handicap et la rééducation
 - Confiance entre l'équipe de direction et l'équipe médicale et soignante
- Et projet médical convergeant avec l'orientation nationale
- Profil du candidat : Profil poste construit conjointement (à finaliser)
 - Evaluation et bilans avec prise en charge ou orientation
 - Coordination des professionnels de la rééducation et rôle d'interface
 - Participation à l'indication de la prise en charge Psychomotrice
(changement de paradigme)



PSYCHOMOTRICITÉ & COORDINATION EN HAD PÉDIATRIQUE

-

UN TRAVAIL DE LIEN

Christelle Bois-Charpentier, psychomotricienne

Florence Bocquet, Infirmière puéricultrice

Amiens, Juin 2022

L'équipe HAD pédiatrique de Poitiers

- **Florence Bocquet** : Infirmière puéricultrice + diplômée en 1990, expérience essentiellement en pédiatrie, réanimation pédiatrique et néonatal + psychiatrie de l'adolescent
- **Christelle Bois-Charpentier** : psychomotricienne, master 2 *Rééducation et psychopathologie du corps*, parcours initial en réanimation néonatale et pédiatrique : soins de soutien au développement et réduction du stress de l'enfant au cours des soins (binômes psychomotricienne / infirmière)
 - **2 pédiatres, 2 Infirmières puéricultrices, 4 Auxiliaires de puériculture, Diététicienne**
 - **Équipe socle/ HAD adultes : psychologues, Assistante sociale, ergothérapeute, stomathérapeute et Infirmière plaies et cicatrisation**

- Professionnel **paramédical**, titulaire d'un **Diplôme d'Etat**, (répondant à un **décret de compétences** défini par le Ministère de la Santé).
- Elle.il intervient à **tous les âges de la vie**, sur **prescription médicale** ou dans le cadre d'un **projet de soin au sein de l'établissement**
- Différents lieux d'exercices :
 - en milieu hospitalier : pédiatrie, psychiatrie, neurologie, gériatrie...
 - en institution médicale et éducative (IME, SESSAD,CAMSP),
 - en lieux d'accueil (crèches, RAM)
 - ou d'hébergements (Pouponnières, EHPAD, MAS)
 - en libéral
 - etc.
- Ce professionnel a la spécificité d'utiliser des **médiations corporelles** (ludiques et/ou artistiques), à visée **thérapeutique ou éducative**. Ces dernières permettent de mettre en **jeu le corps**, afin d'atteindre les **fonctions psychomotrices** des enfants ou des adultes accompagnés.

Les **fonctions psychomotrices** sont les intermédiaires par lesquels la pensée peut se mettre en mouvement par le corps : la coordination des gestes, l'équilibre postural, etc. Pour cela, le/la psychomotricien.e travaille sur les **bases de ces fonctions** :

- la tonicité
- le schéma corporel,
- l'image du corps,
- la mémoire,
- le geste
- l'attention,
- la perception...



Le travail du psychomotricien

Psychomotricité en pédiatrie

- **Dès la naissance, voire dès la grossesse**, quand il existe un risque d'**entrave au développement psychomoteur** (naissance difficile, prématurée, d'un handicap, ou d'une longue hospitalisation)
- Quand l'enfant ne trouve pas le **chemin de certaines étapes motrices** (retournements latéraux, ramper, quatre pattes, position assise, marche...)
- Quand l'enfant présente un **déficit** ou au contraire de **grandes sensibilités** (tactiles, gustatives, auditives...)
- Quand manger est compliqué et que des troubles de **l'oralité alimentaire** apparaissent : diversification laborieuse, grande sélectivité alimentaire, passage aux morceaux difficiles, associés parfois à des irritabilités sensorielles
- Quand il existe une **inhibition ou une instabilité psychomotrice**
- Quand le **repérage corporel, dans le temps et l'espace** mettent l'enfant en difficulté (chutes fréquentes, troubles du rythme, de la latéralisation)
- Quand **l'accordage psycho-moteur** (dans le portage, dans les soins quotidiens) n'est pas fluide pour le parent, pour l'enfant en raison de difficulté d'attachement avec une origine psychiatrique, l'apparition d'un handicap (atelier parents-bébés à la naissance, Unité parents-enfants, accompagnement dans le handicap chez le tout petit)
- ...



Le parcours d'Armelle

- Armelle, **première fille** au sein d'une fratrie de **8 enfants** (16 ans à 18 mois) dans une **famille mahoraise** (Mayotte) de religion musulmane et de culture animiste
- Grossesse inattendue, mais acceptée et bien investie
- Suspicion du **syndrome de Binder** en anténatal (écho / 2ème trimestre), **les parents ont refusé l'amniocentèse** pour recherches génétiques et scanner fœtal
- Accouchement **à domicile** rapide, VB (40 SA, 3540 gr)
- Naissance avec obstruction des voies respiratoires sur **hypoplasie nasale**: aspirations, ventilation, puis arrêt cardiorespiratoire >> **réanimation cardiopulmonaire**
- PEC en réanimation pour **détresse respiratoire néonatale**
- **troubles de l'oralité** nécessitant une alimentation entérale sur sonde oro-gastrique
- Essai de mises au sein mais mal tolérés (désaturations) >> biberons (précédés d'aérosols d'adrénaline) complétés par passage du lait sur la **sonde gastrique**
- Morphologie: **petit nez aplati** (pas d'os propres du nez), mains trapues avec **index recourbés**, gros orteils très courts
- **« Acceptation » très délicate des difficultés** de leur fille, déni profond du papa et malaise de la maman (accès de colère au cours de l'hospit)
- Chirurgie pour pose de conformateurs (avis parental très mitigé) sans amélioration clinique



Chondrodysplasie ponctuée liée à l'X

Anomalie rare de la portion antérieure du complexe maxillo-nasal,
associée à des anomalies des extrémités (brachyphalangie)

Les patients présentent un visage aplati à son étage moyen (hypoplasie médiofaciale), avec un nez anormalement court à la racine aplatie, un maxillaire supérieur peu développé, une mandibule relativement proéminente et/ou une malocclusion de type III (occlusion inversée).

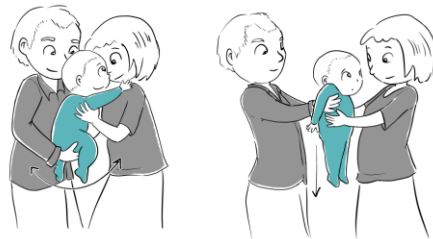
Une hypoplasie des phalanges distales a été rapportée dans certains cas.

Sources (juin 2022) :

The logo for orphane.net, featuring the word "orphane" in a dark blue sans-serif font and ".net" in a lighter blue sans-serif font, with a small blue wave-like graphic element above the "e" in "net".

Parcours d'Armelle sur l'HAD pédiat

- VAD des **puéricultrices et auxiliaires** tous les jours puis 3 fois par semaine : surveillance de la croissance et de son développement, et accompagnement et éducation des parents : Monitoring avec saturomètre SNG VNI surveillance du poids et de l'alimentation
- PEC **psychomotrice** :
 - Motif de PEC psychomot : inquiétude sur le développement de l'oralité + conséquences motrices de l'hospitalisation (2 mois) + Suspicion du syndrome de Binder (conséquences psychomotrices ? Degré « d'acceptation » du handicap par la famille?)
 - Première VAD psychomot (3 mois):
 - ✓ repérage d'un décalage dans le développement, sur le plan moteur (fixation posturale, peu d'activité spontanée) et d'une hypo sensibilité autour de la bouche + biberons difficiles
 - ✓ Bilan (BLR) à 4 mois : ages de développement : 3 mois/posturomoteur, 4 mois/coordinations, 3 mois en langage et 2 mois en sociabilité
 - ✓ Depuis : VAD Tous les 15 jours de guidance parentale et d'observation pour introduire l'orthophoniste et préparer le relais avec la psychomot en libéral
 - ✓ Appel d'un imam (hôpital Bajon) pour échanger sur le rapport au handicap dans la religion musulmane VS animiste VS mahoraise
- PEC **kiné** débutée suite aux observations psychomots à ses 4 mois
- PEC **orthophonique** au CHU débutée au cours de l'hospit, avec bilan de sortie >> « nouvelle visite si besoin » : les parents n'ont pas donné suite. Proposition de bilan orthop à domicile, en binôme, au regard des difficultés persistantes d'Armelle à prendre bibs puis ses repas (diversification) >> début de PEC à ses 5 mois



Apports psychomoteurs au sein de l'équipe

- **Bilan psychomoteur** (parfois en binôme) >> Brunet Lézine révisé (coordinations, posturo-moteur, langage, sociabilité)
- Prise en charge et **suivi plus global** des situations fragiles et complexes
- **Sensibiliser l'équipe** :
 - ✓ Au **développement moteur** : transitions posturales, conseils/vie quotidienne
 - ✓ Au repérage des **troubles de l'oralité et psychomoteur**
 - ✓ À l'intérêt de l'**intervention précoce** de l'orthophoniste et la psychomot (la kiné pédiat est mieux connue par l'équipe paramédicale)
- Outiller l'équipe sur des **axes d'observation** et de **prévention** (youpala!)
- Soutenir le développement d'**outils de prévention**, que l'équipe puisse partager avec les familles (livret de soutien au développement de l'oralité, flyers sur la prévention des étapes du développement, etc.)



Missions de la psychomotricienne : entre soins et coordination 1/5

Les besoins repérés sur le terrain

- Débuter les accompagnements auprès des familles en **situation de fragilité** (profil psychiatrique des parents, annonce diagnostic grave...), en attente de la PEC libérale ou institutionnelle
 - ✓ Assurer le bilan, la coordination et/ou le suivi régulier
 - ✓ puis graduellement orienter vers les professionnels libéraux ou une institution, selon le souhait des familles.
 - ✓ Cette orientation dépend de la solidité et l'outillage de chaque famille.

Les questions qui émergent

- Nécessité de très bien connaître les parcours possibles de l'enfant et sa famille, et donc l'offre de soin sur le département : *quelles sont les possibilités de relais de l'HAD vers >> l'Unité Mère-Bébé, CAMSP, SESSAD Petite Enfance ...?*

Missions de la psychomotricienne : entre soins et coordination 2/5

Les besoins repérés sur le terrain

- Être une **interface** entre les psychomotriciennes libérales et l'équipe médicale
 - **recueillir** les informations sur la situation de l'enfant, ses progrès et ses limitations,
 - **participer** au développement du projet de soin de l'enfant
 - **Articuler les soins** en psychomot avec les autres soins : se faire **relais** des observations entre médecins/infirmière et psychomots/kinés/orthophonistes, ergo, orthoptiste, diététicien etc.

Les questions qui émergent

- Optimiser les outils de communication
- Soulager les collègues libéral.es en se mettant en position de relais
- Comment mettre cela en place pour que ça ne soit pas trop chronophage pour les libéraux ?

Missions de la psychomotricienne : entre soins et coordination 3/5

Les besoins repérés sur le terrain

- Avec l'équipe médicale et infirmière, participer à la **hiérarchisation** des soins de rééducation : s'il faut choisir, faut-il prioriser l'abord kiné et/ou psychomot et/ou orthophonique etc.?

Les questions qui émergent

- Bien connaître le **potentiel d'intervention** de chaque corps de métier (ainsi que les listes d'attentes!)

Missions de la psychomotricienne : entre soins et coordination 4/5

Les besoins repérés sur le terrain

- Participer aux **Equipes de Suivi de Scolarité** (milieu scolaire) ou les **réunions de projets** (ASE, en IME, SESSAD) pour rencontrer les parents et l'enfant en **milieu d'inclusion**, ainsi que les différents intervenants gravitant autour de lui

Les questions qui émergent

- Développer des liens avec :
 - la MDPH
 - Les infirmières et les médecins scolaires
 - Le rectorat
 - ...

Missions de la psychomotricienne : entre soins et coordination 5/5

Les besoins repérés sur le terrain

- Organiser les **réunions cliniques** (en cours de PEC) et de **synthèse** pluridisciplinaire

Les questions qui émergent

- A quelle fréquence, selon quelle disponibilité ?
- Suivant quel financement de ce temps de synthèse (en libéral)
- Nécessite l'établissement des **conventions** entre libéraux et HAD (décrivant l'engagement de soin, de partenariat, l'engagement financier, etc.)

Missions de la psychomotricienne : entre soins et coordination 5/5

Les besoins repérés sur le terrain

- Débuter les accompagnements des situations fragiles, en attente de la PEC libérale ou institutionnelle
 - Assurer le bilan, la coordination et/ou le suivi régulier puis graduellement orienter vers les professionnels libéraux ou en institution selon le souhait des familles.
- Être une **interface** entre psychomotriciennes libérales équipe médicale
 - **recueillir** les informations sur la situation de l'enfant, ses progrès et ses limitations,
 - **participer** au développement du projet de soin de l'enfant
 - **Articuler les soins** en psychomot avec les autres soins : se faire **relais** des observations entre médecins/infirmière et psychomots/kinés/orthophonistes, ergo, orthoptiste, diététicien
- Avec l'équipe médicale et infirmière, participer à la **hiérarchisation** des soins de rééducation (prioriser l'abord kiné et/ou psychomot et/ou orthophonique? etc.)
- Participer aux **Equipes de Suivi de Scolarité** (milieu scolaire) ou les **réunions de projets** (ASE, en IME, SESSAD) pour rencontrer les parents et l'enfant en **milieu d'inclusion**, ainsi que les différents intervenants gravitant autour de lui
- Organiser les **réunions cliniques** (en cours de PEC) et de **synthèse pluridisciplinaire**

Les questions qui émergent

- Nécessité de très bien connaître les parcours possibles de l'enfant et sa famille et donc l'offre de soin sur le département : *possibilité de relais HAD >> l'Unité Mère-Bébé, CAMSP, SESSAD Petite Enfance ...*
- Optimiser les outils de communication
- Soulager les collègues libéral.es en se mettant en position de relais
- Comment mettre cela en place pour que ça ne soit pas trop chronophage pour les libéraux ?
- Bien connaître le **potentiel d'intervention** de chaque corps de métier (ainsi que les listes d'attentes!)
- Développer des liens avec : la MDPH / Les infirmières et les médecins scolaires / Le rectorat ...
- A quelle fréquence, selon quelle disponibilité ? Financement de ce temps de synthèse (en libérale) / Etablissement des conventions entre libéraux et HAD



Merci de votre attention,

Place à l'intervention des
psychomotriciennes libérales
et à vos questions ...

