

Rééducations précoces

Hina Simonnet

Service de Médecine Physique et Réadaptation pédiatrique

6 février 2026



Phase aigüe d'un AVC de l'enfant ?

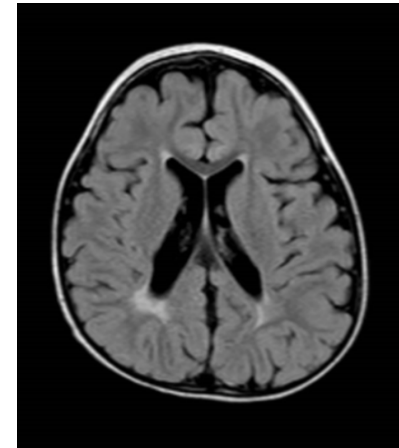
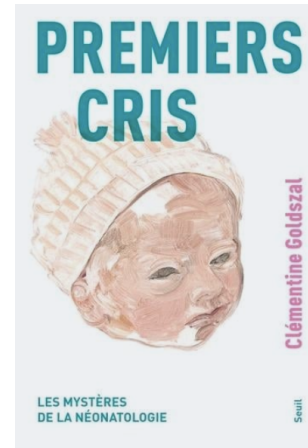
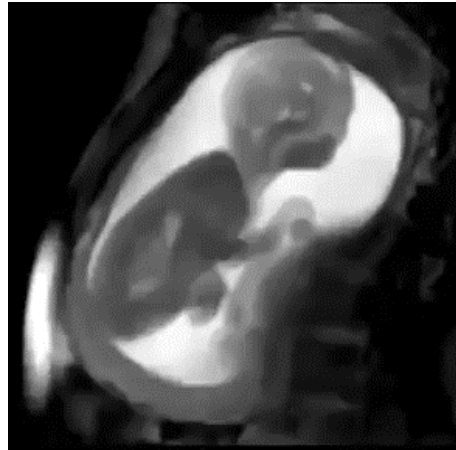
Post prothèse de hanche de l'enfant ?

Service de Rééducation Post-Réanimation Pédiatrique ?

Phase aigüe d'un AVC de l'enfant ?

Post prothèse de hanche de l'enfant ?

Service de Rééducation Post-Réanimation Pédiatrique ?



Interventions et stimulations précoces

Hina Simonnet

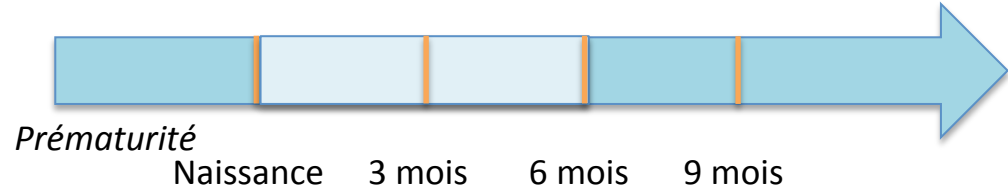
Service de Médecine Physique et Réadaptation pédiatrique

6 février 2026



Oui mais

- précoce quand ?
- comment ?
- combien de temps ?



Les risques du très précoce

Période de vulnérabilité et de sensibilité



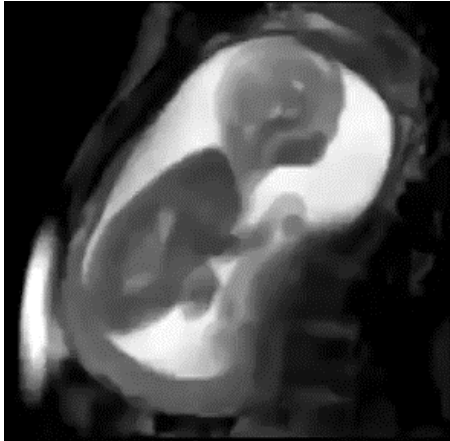
Motricité in-utéro

Mouvements foetaux : 7 semaines de gestation (tronc, tête)

Mouvements spontanés complexes : 10 semaines

- Combinaison de flexion extension, abduction-adduction, rotations
- Variations d'amplitudes, vitesse, direction, durée
- Modulation supra-spinale

Luchinger, 2008



Mouvements respiratoires : 12 semaines

Déglutition : 14 semaines

Mouvements faciaux : 21 semaines

Mouvements précoces générés par des réseaux neuronaux primitifs (moelle épinière, tronc cérébral)

Motricité du nouveau-né

Naissance à un **stade immature** (espèces *altrices* vs *precociales*)

⇒ Vulnérables et dépendants des soins parentaux pour leur survie

Croissance et maturation du SNC = meilleur potentiel développemental et d'adaptabilité

Apprentissage basé sur l'**expérience** : favorise la **diversité** phénotypique et culturel

Motricité du nouveau-né

Naissance à un **stade immature** (espèces *altrices* vs *précociales*)

⇒ Vulnérables et dépendants des soins parentaux pour leur survie

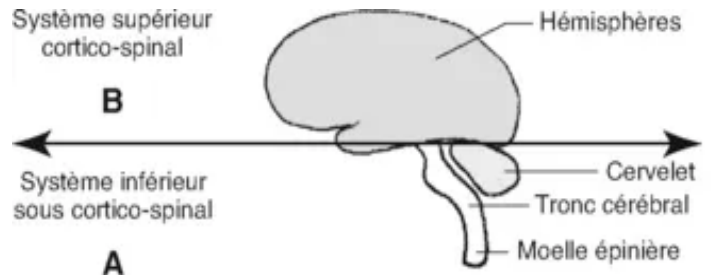
Croissance et maturation du SNC = meilleur potentiel développemental et d'adaptabilité

Apprentissage basé sur l'**expérience** : favorise la **diversité** phénotypique et culturel

Développement = processus physiologiques *dynamiques* complexes permettant à l'individu d'atteindre une morphologie et fonctionnement mature (adulte) typique (dans la norme attendue)

→ quantitatif : **croissance** qualitatif : **maturation**

→ mécanismes **innés** + influencé par facteurs **extrinsèque** (*environnementaux...*)



Système **sous cortico-spinal** (« archaïque ») :

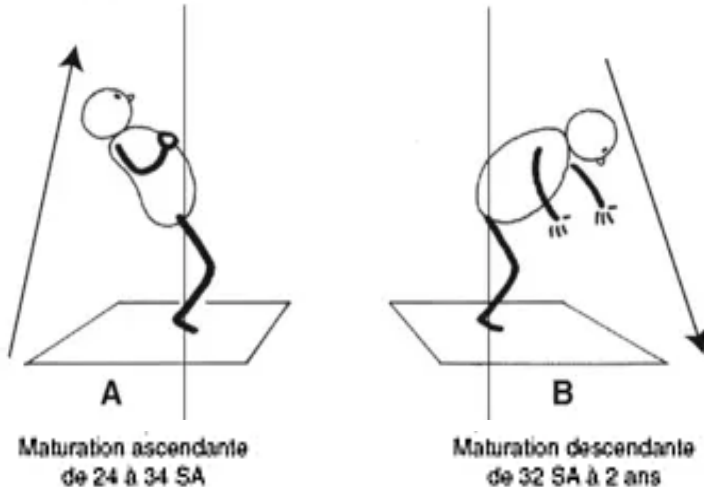
- Maturation précoce (24 à 34 SA) ascendante de la moelle épinière jusqu'au tronc cérébral

Réflexes, automatisme, tonus antigravitaire

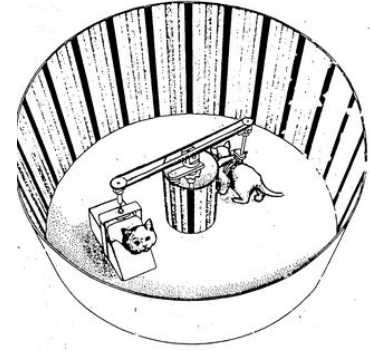
Système **cortico-spinal** :

- Maturation plus tardive (34 SA à 2 ans) descendantes céphalo-caudale

Motricité volontaire, tonus et équilibre, modère le tonus anti-gravitaire



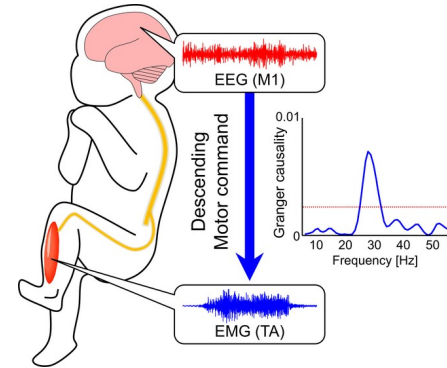
Mouvement ⇔ Développement perceptif et cognitif



Held et Hein, 1963

Perception ⇔ Action

Programme prédéterminé, *maturationalisme* ?
Expériences environnementales ?



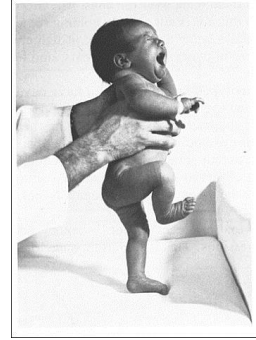
Kanazawa, 2014

Réflexes archaïques, primitifs

Quadrupédie et mouvement de succion

Marche érigée primitive

=> disparition du fait de la maturation corticale vers 2-3 mois ?

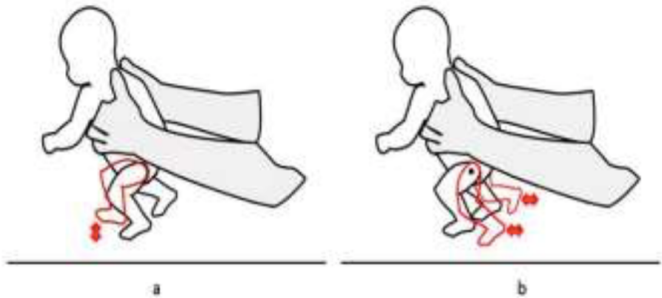
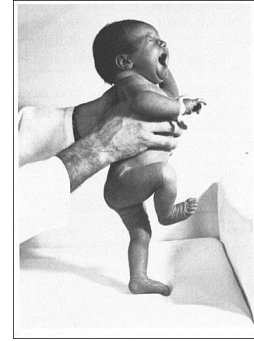


Réflexes archaïques, primitifs

Quadrupédie et mouvement de succion

Marche érigée primitive

=> disparition du fait de la maturation corticale vers 2-3 mois ?

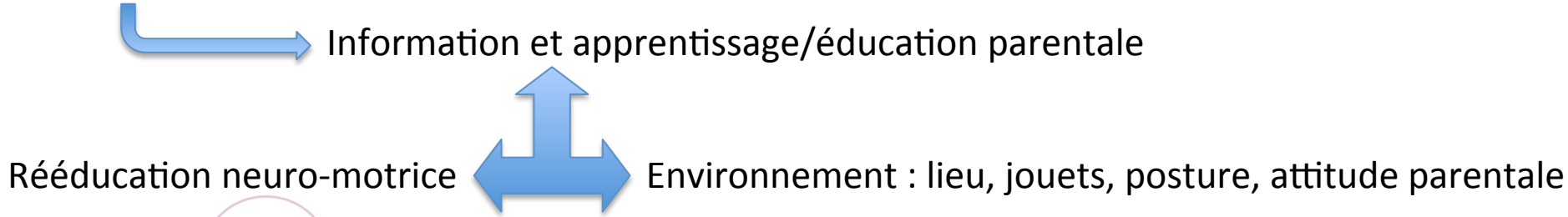


Barbu-Roth, 2015



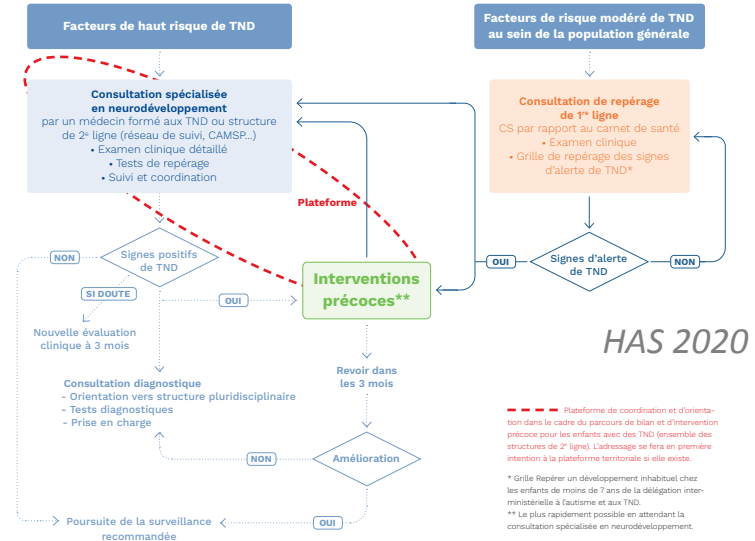
Thelen, 1984

Evaluation



The CP Tool Kit, CP Now 2015

Figure 1. Diagramme du parcours d'un enfant (0 à 7 ans) à risque de TND

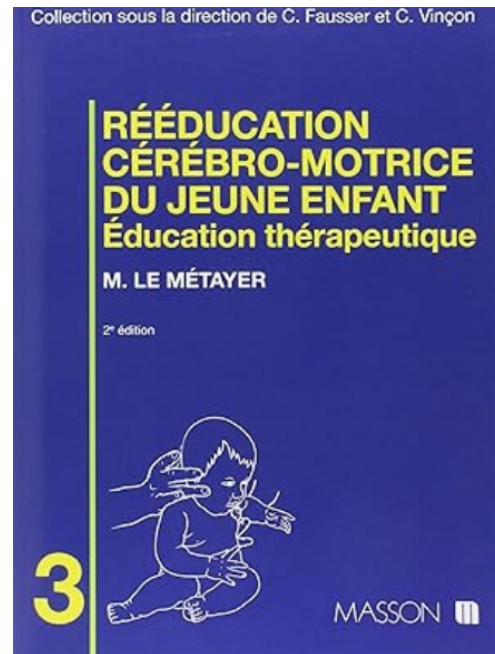


Quelles évaluations ?

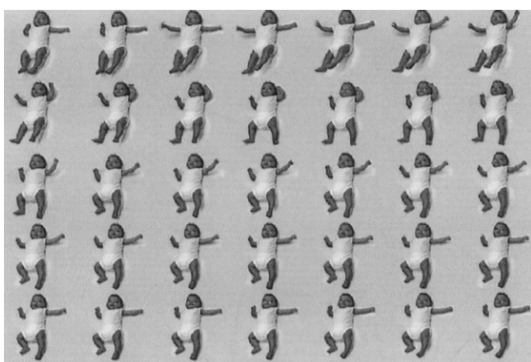
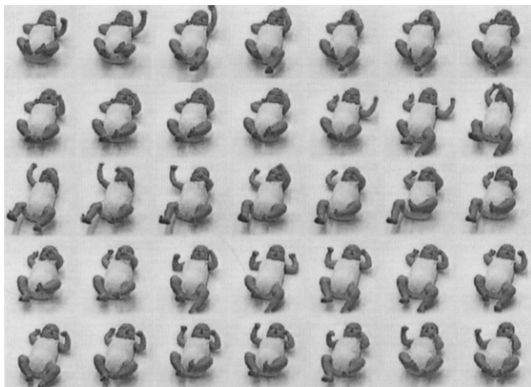
Nom	Âges	Durée
GMA General Motor Assessment	Pre – 20 S	Vidéos 3 à 5 mn
AIMS Alberta Infant Motor Scale	0 à 18 M	58 items 10 à 30 mn
HINE/HNNE Hammersmith Infant Neurological Evaluation	3 à 18 M 0 à 3 M	78 items 5 à 15 mn
BSID Bayley Scales of Infant Development IV	16j à 42 M	3 domaines, matériel 50 à 90 mn
ATNA – Amiel - Tison	0 à 6 A	5 à 15 mn
Brunet-Lézine	2 à 30 M	40 à 60 mn
ASQ 3 – Age and Stages Questionnaire	3 M à 5,5 A	Questionnaire 10 à 15 mn
HAI – Hand Assessment for Infant	3 à 12 mois	Vidéos 10 à 15 mn

Niveaux d'évolution motrice - Le Métayer

1. Décubitus ventral : position du **sphinx**
2. **Retournements** : dos → ventre et ventre → dos
3. **Reptation**
4. Position du **lapin** (à genoux, assis sur ses fesses)
5. A **genoux dressés**, sans appui des mains
6. Assis position de la **petite sirène** (de la position du lapin, glissement du bassin sur le côté)
7. **Assis stable**
8. Position du **chevalier servant**
9. Position **accroupie** : avec appui des mains > sans appui
10. Position de l'**ours** (en appui sur 4 extrémités, bassin levé)
11. **Quatre pattes**
12. Position **debout** (souvent à partir de la position du chevalier servant) : avec *appui des 2 mains* > d'*1 seule main* > *sans appui*
13. **Marche**



Mouvements généraux : *General Movement Assessment*



GMs preterm

GMs writhing: 0-8 semaines

GMs fidgety: 9-20 semaines

Complexité, variation, fluidité

- Normaux
- Légèrement anormaux
- Franchement anormaux



The Prechtl General Movement Assessment

Mouvements généraux : « *General Movment Assessment* » et prédiction de la PC

Evaluation	N	Sensibilité	Spécificité
GMA	1358 6 études	98%	91%
IRM à terme chez l'enfant préma	702 3 études	86-100%	89-97%
ETF	2644 10 études	74%	92%
Examen neurologique	1190 4 études	88%	87%

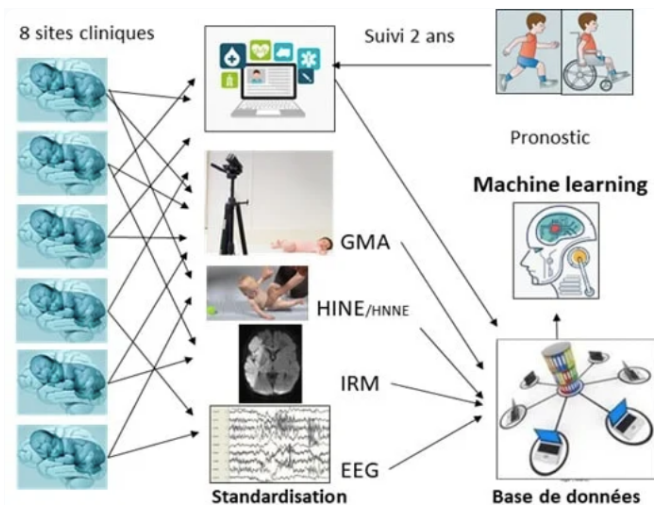
Bosanquet, 2013

Mouvements généraux : « *General Movment Assessment* » et prédiction de la PC

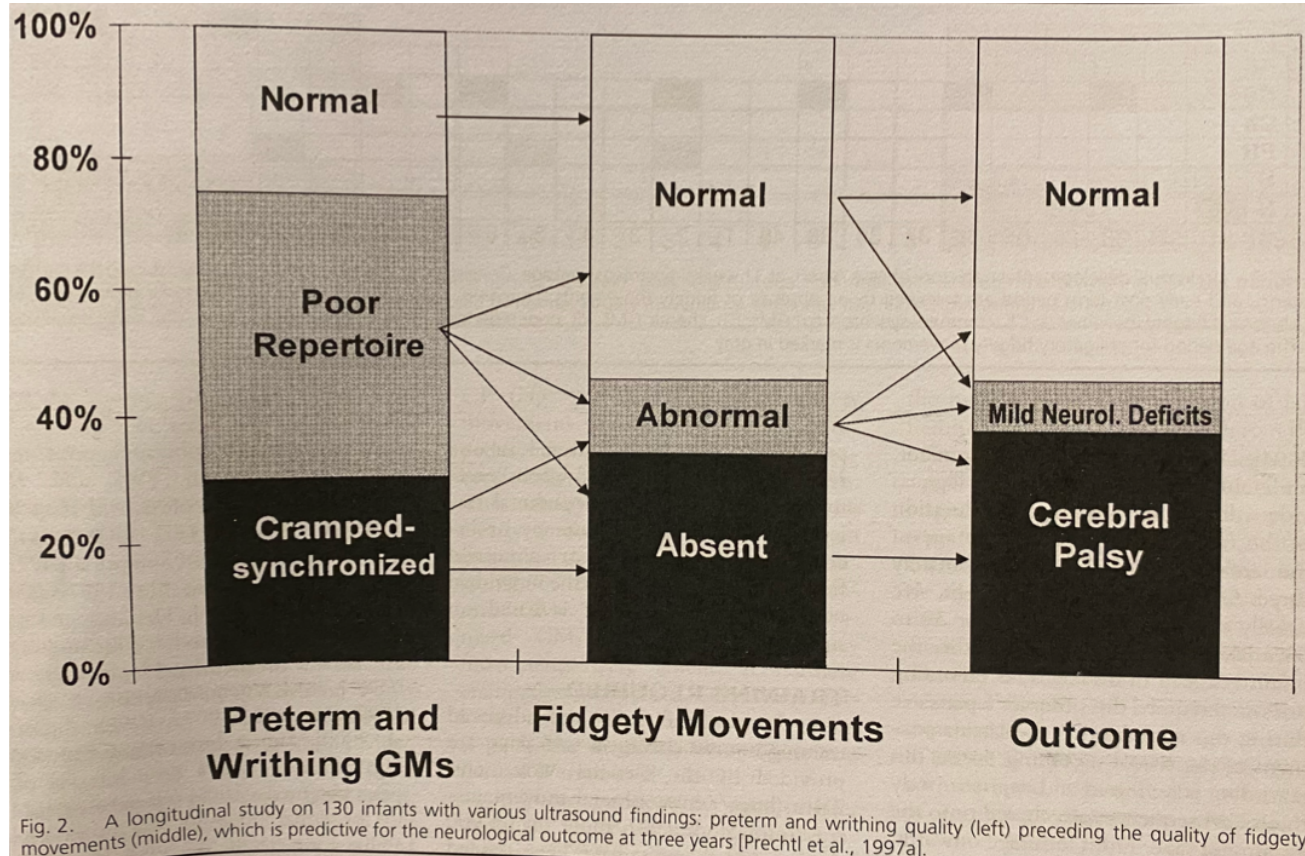
Evaluation	N	Sensibilité	Spécificité
GMA	1358 6 études	98%	91%
IRM à terme chez l'enfant préma	702 3 études	86-100%	89-97%
ETF	2644 10 études	74%	92%
Examen neurologique	1190 4 études	88%	87%

Bosanquet, 2013

ENSEMBLE - European Newborn Study: Early Markers for a Better Life



Mouvements généraux : prédiction de PC - trajectoire





Mouvements généraux : *General Movement Assessment*

Détection précoce du risque de :

- Paralysie cérébrale
- Atteintes génétiques
- Prématurité et troubles du neuro-développement
- Troubles du spectre de l'autisme

> [Sci Rep.](#) 2026 Jan 19. doi: 10.1038/s41598-025-34525-y. Online ahead of print.

Manual and automated assessments of general movements in neonates are associated with early autism risk at 18 months

Annik Beaulieu ¹, Catherine Saint-Georges ¹, Isabelle Habgarth ¹, Maeva Da Cunha ², Pessia Grywac ³, Muriel Chauvet ⁴, Marie-Christine Laznik ⁴, Orna Lev-Enacab ⁵, Hugues Pellerin ¹, Salvatore Maria Anzalone ⁶, Giulio Bertamini ^{1 7}, David Cohen ^{1 7}, Midori Yamamoto ⁸, Koji Shimatani ⁹, Kenichi Sakurai ¹⁰, Chisato Mori ^{8 11}, Akira Furui ¹², Toshio Tsuji ¹², Xavier Benarous ^{# 13 14}, Hirokazu Doi ^{# 15 16}

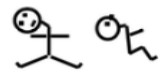
76 bébés filmés à J2

Corrélation au score M-CHAT à 18 mois

Absence de corrélation au scores questionnaire SDQ (*Strenght and Difficulties Questionnaire*) à 5 ans

HINE Hammersmith Infant Neurological Examination - 3 à 18 mois

EVALUATION DE LA POSTURE (noter toutes les asymétries)

	Score 3	Score 2	Score 1	Score 0	score	Asymétrie/ commentaire
Tête Position assise	 Droite, dans l'axe		 Légère inclinaison latérale, vers l'avant ou vers l'arrière	 Inclinaison prononcée latérale, vers l'avant ou vers l'arrière		
Tronc Position assise	 Droit					

RESUME DE L'EXAMEN - SCORE

Score globale (max 78) :

Nombre d'asymétries (R right/droit, L left/gauche) :

Score comportemental (ne rentrant pas dans le calcul du score total) :

Fonction des nerfs crâniens Score _____ (max 15)

Posture Score _____ (max 18)

Mouvements Score _____ (max 6)

Tonus Score _____ (max 24)

Réflexes et réactions Score _____ (max 15)

COMMENTAIRES

Jambes Position assise	Capable de s'asseoir dos droit jambes tendues ou légèrement fléchies 				
En décubitus dorsal et debout	En position neutre, jambes droites ou légèrement fléchies.	Légère rotation interne ou externe	au niveau des hanches	Extension ou flexion ou contractures fixées sur les hanches ou genoux.	
Pieds En décubitus dorsal ou debout	Centrés en position neutre Orteils positionnés entre la flexion et l'extension		Légère rotation interne ou externe	Rotation interne ou externe marquée au niveau de la cheville	
			Tendance intermittente à se mettre sur la pointe des pieds, ou sur les orteils, ou avec les orteils recroquevillés	Tendance persistante à se mettre sur la pointe des pieds, ou sur les orteils, ou avec les orteils recroquevillés	

HINE Hammersmith Infant Neurological Examination - 3 à 18 mois

EVALUATION DE LA POSTURE (noter toutes les asymétries)

Score 3	
Tête Position assise	 Droite, dans l'
Tronc Position assise	 Droit
Bras Au repos	En position neutre, dans ou légèrement pliés
Mains	Mains ouvertes
Jambes Position assise	Capable de s'asseoir dos droit jambes tendues ou légèrement fléchies 
En décubitus dorsal et debout	En position neutre, jambes droites ou légèrement fléchies.
Pieds En décubitus dorsal ou debout	Centrés en position neutre Orteils positionnés entre la flexion et l'extension
	Posture dystonique intermittente
	posture dystonique posture hémiplegique
	Pouce en adduction dans la paume, ou poing fermé de manière intermittente
	Pouce en adduction dans la paume, ou poing fermé de manière permanente
	Assis dos droit mais les genoux sont légèrement fléchis (15-20°) 
	Position assise dos droit impossible sauf si les genoux sont fléchis franchement 
	Légère rotation interne ou externe
	Rotation interne ou externe marquée Ou Extension ou flexion ou contractures fixées sur les hanches ou genoux.
	Rotation interne ou externe marquée au niveau de la cheville
	Tendance intermittente à se mettre sur la pointe des pieds, ou sur les orteils, ou avec les orteils recroquevillés
	Tendance persistante à se mettre sur la pointe des pieds, ou sur les orteils, ou avec les orteils recroquevillés

DEVELOPMENTAL MEDICINE & CHILD NEUROLOGY

REVIEW

Use of the Hammersmith Infant Neurological Examination in infants with cerebral palsy: a critical review of the literature

DOMENICO M ROMEO | DANIELA RICCI | CLAUDIA BROGNA | EUGENIO MERCURI

Enfants avec scores

< 56 à 3 M

< 65 à 12 M

Anomalies de posture, tonus

=> Fort risque de PC

> [Pediatrics](#). 2026 Feb 1;157(2):e2025071309. doi: 10.1542/peds.2025-071309.

MRI, General Movements, and Neurological Examination for Early Cerebral Palsy Diagnosis in Preterm Infants

Shipra Jain^{1 2 3}, Karen Harpster^{3 4 5}, Stephanie Merhar^{1 2 3}, Beth Kline-Fath^{3 6 7},
Mekibib Altaye^{3 8}, Venkata Sita Priyanka Illapani^{3 9}, Colleen Peyton¹⁰, Nehal A Parikh^{1 2 3}

Diagnostic de PC dès 5 mois AC avec l'association IRMc, GMA et HINE

⇒ Difficile pour GMFCS I

395 nouveaux-nés < 32 SG, évaluation entre 22 et 26 mois du score GMFCS

IRMc entre 39 et 44 semaines

Absence de *fidgeties*

HINE < 56 entre 12 et 16 semaines

MRI, General Movements, and Neurological Examination for Early Cerebral Palsy Diagnosis in Preterm Infants

Shipra Jain ^{1 2 3}, Karen Harpster ^{3 4 5}, Stephanie Merhar ^{1 2 3}, Beth Kline-Fath ^{3 6 7},
Mekibib Altaye ^{3 8}, Venkata Sita Priyanka Illapani ^{3 9}, Colleen Peyton ¹⁰, Nehal A Parikh ^{1 2 3}

Diagnostic de PC dès 5 mois AC avec l'association IRMc, GMA et HINE

⇒ Difficile pour GMFCS I

395 nouveaux-nés < 32 SG, évaluation entre 22 et 26 mois du score GMFCS

IRMc entre 39 et 44 semaines

Absence de *fidgeties*

HINE < 56 entre 12 et 16 semaines

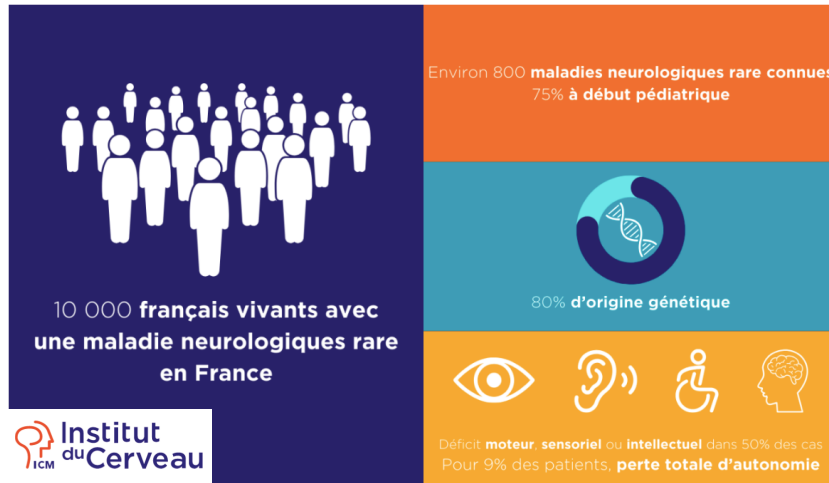
	Sensibilité	Spécificité
IRMc + GMA	22%	100%
IRMc + HINE	32%	98%
IRMc + GMA + HINE	78-90%	98-100%

338 évaluations complètes : 39 (11%) développent une PC 28 niveau GMFCS I 11 niveau II à V

Atteintes pédiatriques du système nerveux

Causes les plus fréquentes :
Paralysie cérébrale, traumatismes

Maladies rares < 1/2000 naissances



Troubles du neuro-développement (TND) :

- Troubles du développement intellectuel
- Troubles de la communication
- Troubles du spectre de l'autisme
- Troubles spécifiques des apprentissages
- Déficit de l'attention/hyperactivité
- Troubles développemental de la coordination, mouvements stéréotypés, tics

Facteurs de haut risque :

- < 32 SA
- < 37 SA + PAG < 3ème p ou < - 2 DS
- Encéphalopathie anoxo-ischémique sous hypothermie
- AVC artériel périnatal 20^{ème} semaine de grossesse et 28^{ème} J
- Microcéphalie PC < - 2 DS ou macrocéphalie PC > + 3 DS
- Antécédents familiaux au premier degré de TND
- Infection congénitale symptomatique à CMV ou foetopathies
- Méningo-encéphalite bactérienne ou virale
- Cardiopathies complexes congénitales opérées
- Exposition prénatale à un toxique
- Chirurgie majeure, prolongée et répétée

Interventions précoces

Recommandations HAS Octobre 2021

Rééducation et réadaptation de la fonction motrice de l'appareil locomoteur des personnes diagnostiquées de paralysie cérébrale

INTERVENTIONS PRÉCOCES

Chez les enfants à risque de TND, ces interventions doivent survenir le plus précocement possible dès la période d'hospitalisation ou à la sortie de néonatalogie pendant la première année de vie. (AE)

- Chez les enfants à risque de TND, il est recommandé de débiter les interventions précoces à visée préventive dès la période néonatale d'hospitalisation (soins de développement) et de les poursuivre lors du retour à domicile (équipes mobiles, HAD), afin d'éviter toute rupture de soins. (AE)
- Chez les enfants pour lesquels un TND est fortement suspecté par l'examen clinique et les tests de repérage, il est recommandé de mettre en place une guidance parentale et de prescrire le plus précocement possible les interventions à visée éducative et rééducative (tableau 1) (grade C). Il est recommandé que l'enfant soit adressé vers un professionnel paramédical et/ou un psychologue formé au neurodéveloppement pédiatrique. (AE)

Priorisation des interventions en rééducation et en réadaptation

Interventions en rééducation et en réadaptation	Priorité		
	Enfants de 2 à 12 ans	Adolescents de 12 à 18 ans	Adultes de plus de 18 ans
Rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle			
Mobilisations passives : postures passives nocturnes	2	2	3
Renforcement musculaire	1	1	2
Exercices aérobie ou entraînement cardiorespiratoire à l'effort	1	1	1
Exercices basés sur le biofeedback	3	3	3
Entraînement à la marche	1	1	1
Entraînement spécifique à la marche arrière	2	2	3
Entraînement à la marche sur tapis roulant	2	2	2
Orthèse cheville-pied pour déficit moteur du pied et de la cheville	2	2	2
Orthèse cheville-pied pour déambulation avec équien	1	1	2
Programmes de rééducation et réadaptation intensive			
Thérapie par contrainte induite du mouvement (CMT)	3	3	3
Version modifiée de la thérapie par contrainte induite du mouvement (mCMT)	3	3	3
Entraînement intensif bimanuel main-bras (HABIT)	1	1	3
Entraînement intensif bimanuel main-bras incluant les membres inférieurs (HABIT-ILE)	1	1	3
Activité physique adaptée			
Activité physique	1	1	1
Activités sportives	1	1	1
Bainéothérapie	1	1	1
Hippothérapie	2	2	2
Rééducation robotisée et/ou informatisée			
Jeux informatiques interactifs	2	2	2
Thérapie par réalité virtuelle	2	2	2
Rééducation basée sur d'autres approches			
Thérapie miroir	3	3	3
Éducation thérapeutique du patient et de la famille	1	1	1

* 1 = prioritaire ; 2 = secondairement prioritaire ; 3 = non prioritaire.

Ce document présente les points essentiels de la publication : Rééducation et réadaptation de la fonction motrice de l'appareil locomoteur des personnes diagnostiquées de paralysie cérébrale – Aspects techniques, octobre 2021
Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



2022



ARTICLE

DOI: 10.1038/s41467-018-07138-5

OPEN

Early childhood investment impacts social decision-making four decades later

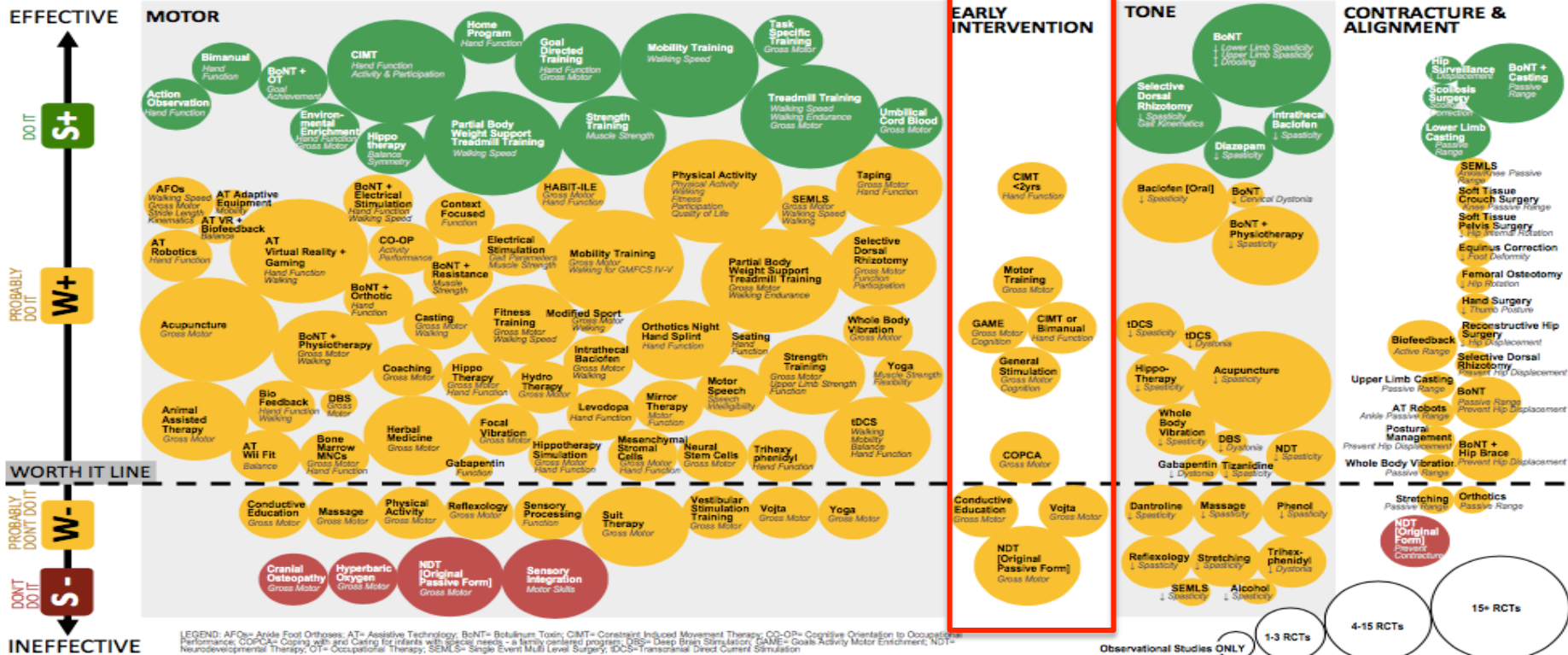
Yi Luo¹, Sébastien Héту^{1,2}, Terry Lohrenz¹, Andreas Hula³, Peter Dayan^{4,5}, Sharon Landesman Ramey¹, Libbie Sonnier-Netto¹, Jonathan Lisinski¹, Stephen LaConte¹, Tobias Nolte^{4,6}, Peter Fonagy^{6,7}, Elham Rahmani⁸, P. Read Montague^{1,4} & Craig Ramey¹

The Abecedarian Project

Nouveaux nés issus de familles à faible revenus et «à risque» **entre 1972 et 1977**
Caroline du Nord, 2 mois à 5 ans

Essai randomisé contrôlé avec **111 enfants** – jeux éducatifs, insertion des parents
Soins quotidiens, nutrition, activité physique

78 participants entre 39 et 45 ans (42 groupe ABC)
=> Effet QI, niveau d'études, santé, comportements pro-sociaux et sensibles à l'équité



Novak, 2020

	Baby CIMT	GAME <i>Goals activity Motor Enrichment</i>	Small Step	COPCA <i>Coping with and Caring for Children with special needs</i>
Année	2017	2015	2019	2020
Equipe	Suède <i>Eliasson</i>	Australie <i>Morgan</i>	Suède <i>Eliasson</i>	Suisse <i>Hadders-Algra</i>
Age des bébés	3-8 mois	3- 5 mois	4-9 mois	1 à 3 mois AR
Nombre	37 randomisés (baby CIMT/baby massage)	17 randomisés	39 randomisés	16 randomisés
Fréquence, durée	6 S / 6 S / 6 S 30 mn 6/7 Ergo 1/7	1/7 60 à 90 mn pendant 12 semaines	5 fois 6 semaines	1 par semaine pendant 6 mois Séances 30 à 45 mn
Type d'exercice	Main restreinte par mitaine, assis, jeux	Activités motrice, éducation parentale, environnement enrichi	Mobilité, utilisation manuelle, communication	Motricité globale (hands off)
Efficacité	AHA 18 mois et compétences parentales	PDMS-2 total motor quotient 12 semaines	PDMS-2 PEDI 2 ans	Infant Motor Profil T0 et 18 mois

Early Intervention for Children Aged 0 to 2 Years
With or at High Risk of Cerebral Palsy
International Clinical Practice Guideline Based on Systematic Reviews

Morgan, Novak 2021

- 1 - Débuter l'intervention au moment du diagnostic suspecté, demande parentale, ne pas attendre (fenêtre de plasticité)
- 2 – Tâches motrices spécifiques, auto-découverte de l'environnement, pratique quotidienne répétée, accompagnement parental, environnements enrichis
- 3 – CIMT et/ou entraînement bimanuel dès que PC unilatérale suspectée (même si non confirmée) – 30-60 mn par semaine pendant 6 semaines dans la petite enfance et augmentation avec l'âge

Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants (Review)

Orton J, Doyle LW, Tripathi T, Boyd R, Anderson PJ, Spittle A

2024

Etudes randomisées contrôlées, patients de moins de 37 SA.

Intervention **avant 12 mois.**

44 études 1979-2023

Effet sur le développement moteur et cognitif avant 3 ans

Effet sur le devenir cognitif entre 3 et 5 ans

Pas d'effet noté après 5 ans



Effects of Early Motor Interventions on Gross Motor and Locomotor Development for Infants at-Risk of Motor Delay: A Systematic Review

Marie-Victorine Dumuids-Vernet^{1*}, Joëlle Provasi², David Ian Anderson³ and Marianne Barbu-Roth¹

Aspects moteurs seuls

Intervention avant 12 mois AC

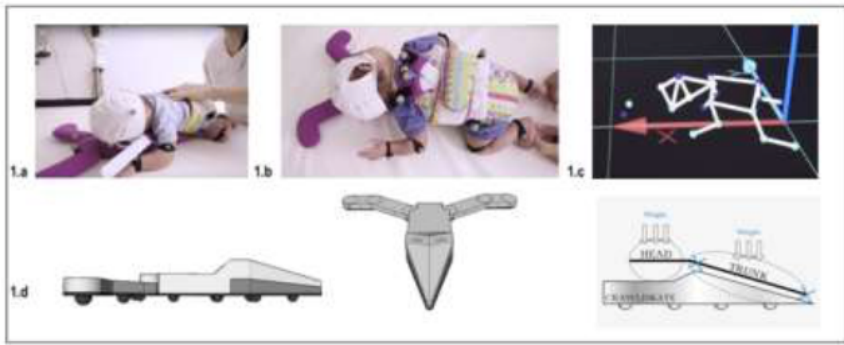
10 articles :

- entraînement sur tapis roulant (5)
- entraînement au ramper (1)
- temps ventral (1)
- kinésithérapie néonatale (1)
- Bobath (2)

Efficacité :

- Population d'enfants bien définis
- Protocole standardisé et réalisable
- Réalisation de mouvements actifs





Dumuids, Barbu-Roth 2022



44 bébés prématurés nés avant 32 SA sans anomalie cérébrale majeure

Quotidien, 5 minutes pendant 8 semaines

Groupe crawli / groupe tapis / groupe contrôle - questionnaire ASQ3 et Bayley

Groupe crawli :

- scores motricité globale Bayley meilleurs entre 2 et 12 mois
- meilleure communication ASQ3 à 9 mois et habiletés fines à 12 mois

Etude PRECOP (Lyon) Mars 2025

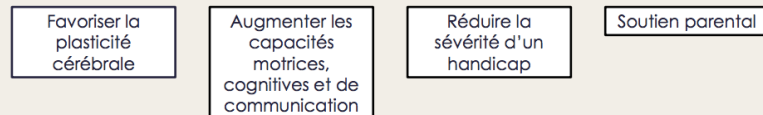
Impact d'un programme de dépistage et d'intervention précoce sur le retentissement fonctionnel de la paralysie cérébrale à 2 ans chez les enfants à haut risque

Dispositifs actuels hétérogènes, non standardisés, accessibilité limitée

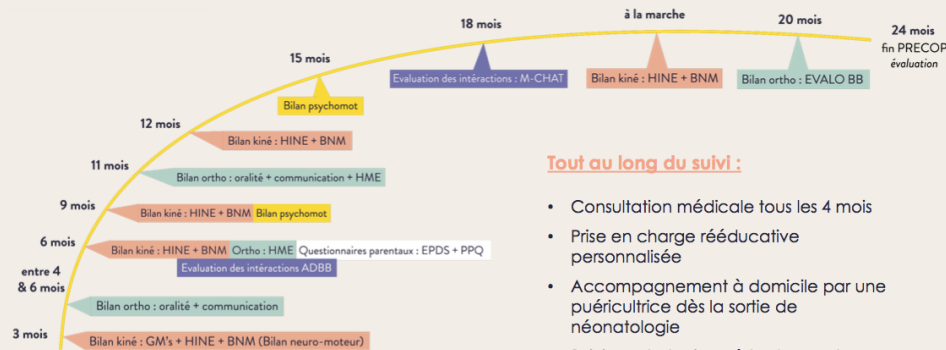
33 enfants < 3 mois dans chaque groupe, groupe intervention :
CAMSP Lyon, Montpellier et Nîmes

PROGRAMME PRECOP

Objectifs de l'intervention précoce



PROGRAMME PRECOP



Tout au long du suivi :

- Consultation médicale tous les 4 mois
- Prise en charge rééducative personnalisée
- Accompagnement à domicile par une puéricultrice dès la sortie de néonatalogie
- Suivi psychologique à la demande



ELSEVIER

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

et également disponible sur www.em-consulte.com



Dépistage et traitement précoce

**PIPA MOTEUR : Programme d'Intervention Précoce
Accompagné Moteur pour les enfants à très haut risque de
paralysie cérébrale**



*MOTOR PIPA: Motor Accompanied Early Intervention Program for
children presenting a very high risk of cerebral palsy*

M. Coquery*, S. Paviot, L.A. Phelix, H. Daudé

CAMSP de Montpellier, hôpital Saint-Éloi, 80, avenue Augustin-Fliche, 34295 Montpellier cedex 5, France

CAMSP de Montpellier

Diagnostic :

Trajectoire non optimale des GMA

Score HINE < 59



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

et également disponible sur www.em-consulte.com



Dépistage et traitement précoce

**PIPA MOTEUR : Programme d'Intervention Précoce
Accompagné Moteur pour les enfants à très haut risque de
paralysie cérébrale**



*MOTOR PIPA: Motor Accompanied Early Intervention Program for
children presenting a very high risk of cerebral palsy*

M. Coquery*, S. Paviot, L.A. Phelix, H. Daudé

CAMSP de Montpellier, hôpital Saint-Éloi, 80, avenue Augustin-Fliche, 34295 Montpellier cedex 5, France

CAMSP de Montpellier

Diagnostic :

Trajectoire non optimale des GMA

Score HINE < 59



Early Human Development

Volume 139, December 2019, 104841



Best practice guidelines

Best practice guidelines for communicating to parents the diagnosis of disability

I. Novak^a, C. Morgan^a, L. McNamara^b, A. te Velde^c

Impératif éthique et médical Ancien modèle : « attente vigilante » Protocole SPIKES < 12 mois :

- *Situation*
- *Perception de la famille*
- *Inviter à poser des questions*
- *Konnaissances*
- *Emotions*
- *Stratégies*

Valorisation des compétences des parents



ELSEVIER

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

et également disponible sur www.em-consulte.com



Dépistage et traitement précoce

**PIPA MOTEUR : Programme d'Intervention Précoce
Accompagné Moteur pour les enfants à très haut risque de
paralysie cérébrale**

*MOTOR PIPA: Motor Accompanied Early Intervention Program for
children presenting a very high risk of cerebral palsy*

M. Coquery*, S. Paviot, L.A. Phelix, H. Daudé

CAMSP de Montpellier, hôpital Saint-Éloi, 80, avenue Augustin-Fliche, 34295 Montpellier cedex 5, France



Tâches motrices fonctionnelles adaptées au développement selon les NEM

Renforcement musculaire

Manœuvres de décontraction automatique (Le Metayer)

Protocole baby-CIMT quand asymétrie

Installation assise adaptée avant 10 mois



ELSEVIER

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

et également disponible sur www.em-consulte.com



Dépistage et traitement précoce

**PIPA MOTEUR : Programme d'Intervention Précoce
Accompagné Moteur pour les enfants à très haut risque de
paralysie cérébrale**



*MOTOR PIPA: Motor Accompanied Early Intervention Program for
children presenting a very high risk of cerebral palsy*

M. Coquery*, S. Paviot, L.A. Phelix, H. Daudé

CAMSP de Montpellier, hôpital Saint-Éloi, 80, avenue Augustin-Fliche, 34295 Montpellier cedex 5, France

30 mn / j fractionnables

6 à 8 semaines d'activités entre chaque bilan

Visites à domiciles

Cahier de liaison : 3 objectifs moteurs, 5 activités

Parents filment

Valorisation des compétences parentales

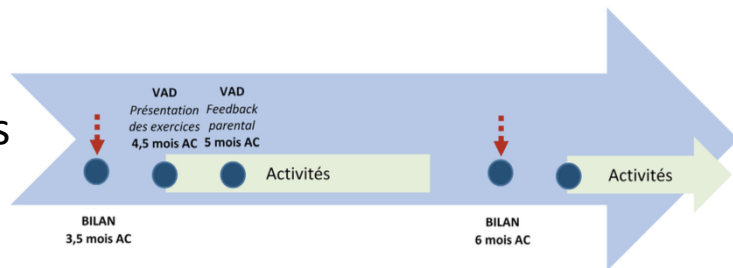
Tâches motrices fonctionnelles adaptées
au développement selon les NEM

Renforcement musculaire

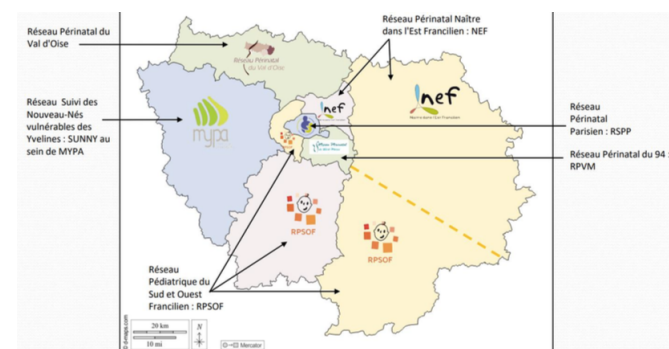
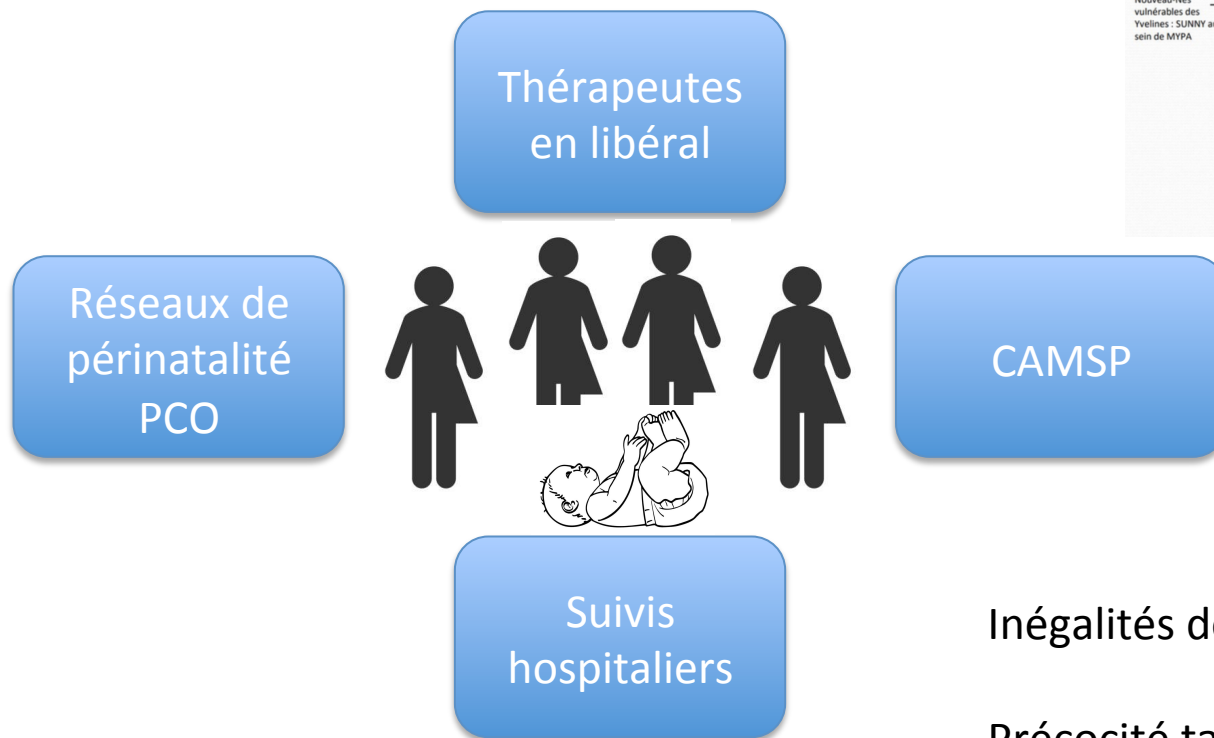
Manœuvres de décontraction automatique
(Le Metayer)

Protocole baby-CIMT quand asymétrie

Installation assise adaptée avant 10 mois



En France



Inégalités de suivi et parcours patient

Précocité tardive

Soutien et guidance parentale

En France

Nouveaux-nés vulnérables :

- Prématurité < 33 SA
- 33-36 SA poids < 3^{ème} p ou PN < 1500g
- Anoxie périnatale > 33 SA avec encéphalopathie
- Autre pathologie périnatale

Thérapeutes
en libéral

Réseaux de
périnatalité
PCO

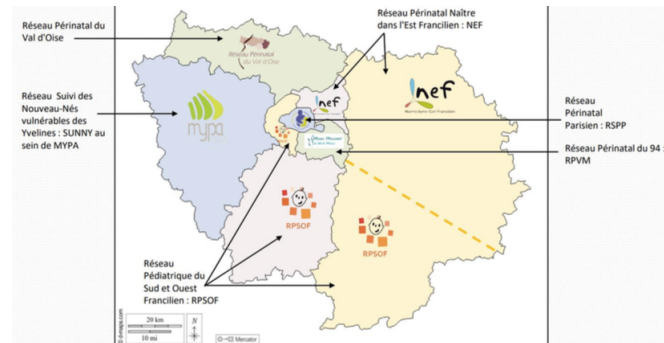


CAMSP

Suivis
hospitaliers

PMI

LAEP



Inégalités de suivi et parcours patient

Précocité tardive

Soutien et guidance parentale

En France

Nouveaux-nés vulnérables :

- Prématurité < 33 SA
- 33-36 SA poids < 3^{ème} p ou PN < 1500g
- Anoxie périnatale > 33 SA avec encéphalopathie
- Autre pathologie périnatale

Thérapeutes
en libéral

Réseaux de
périnatalité
PCO

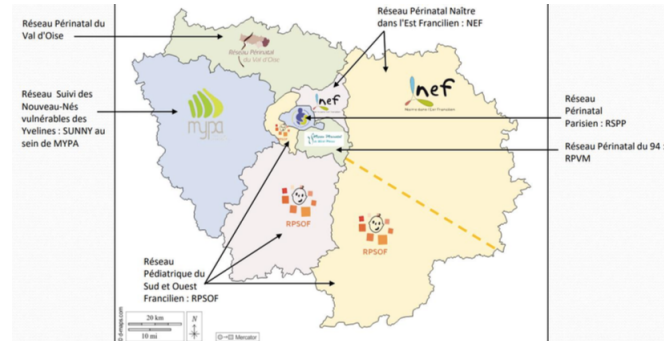


CAMSP

Suivis
hospitaliers

PMI

LAEP



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

Arrêté du 19 décembre 2025 fixant les principes communs aux parcours prévus aux articles L. 2134-1, L. 2135-1 et L. 2136-1 du code de la santé publique inscrits dans le cadre du service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce et le cahier des charges des structures désignées pour organiser ces parcours

SRP : Service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce

PRR : Parcours coordonné de diagnostic, de rééducation et de réadaptation

Expériences, vécus émotionnels, besoins et attentes des parents : Dans l'intervention précoce auprès des nourrissons et jeunes enfants atteints ou à risque élevé de paralysie cérébrale

Noriko Funakoshi, 2025



14 enfants : AC moyen de 29.2 mois

- **10 diagnostic de PCU**
- Difficultés manuelles modérées à sévères (n = 8)
- Marche sans dispositifs d'assistance (n = 7)



17 parents : âge moyen de 36.7 ans

- **11 mères** : Etude supérieure (n = 11)
Statut d'activité actif occupé (n = 8)
- **6 pères** : Etude supérieure (n = 4)
Statut d'activité actif occupé (n = 5)



14 familles

- Vie en couple (n = 14)
- Enfant unique (n = 10)
- Proximité du domicile : Petit couronne (n = 4)
Grande couronne (n = 7)

Discussion : Besoins et attentes



Informations de trajectoire développement

claires, personnalisées et adaptées à la réceptivité émotionnelle et cognitive des parents



Soutien psychologique structuré et intégré dès l'annonce

- **Holding psychique** : soutien contenant dans le parcours de soin pour deux parents
- Inclusion active des pères
- **Groupe de parole**



Soutien social structuré dès le diagnostic

- Intervention précoce du travail social : **Ressources médico-sociales**
- Anticipation des démarches selon l'évolution de l'enfant



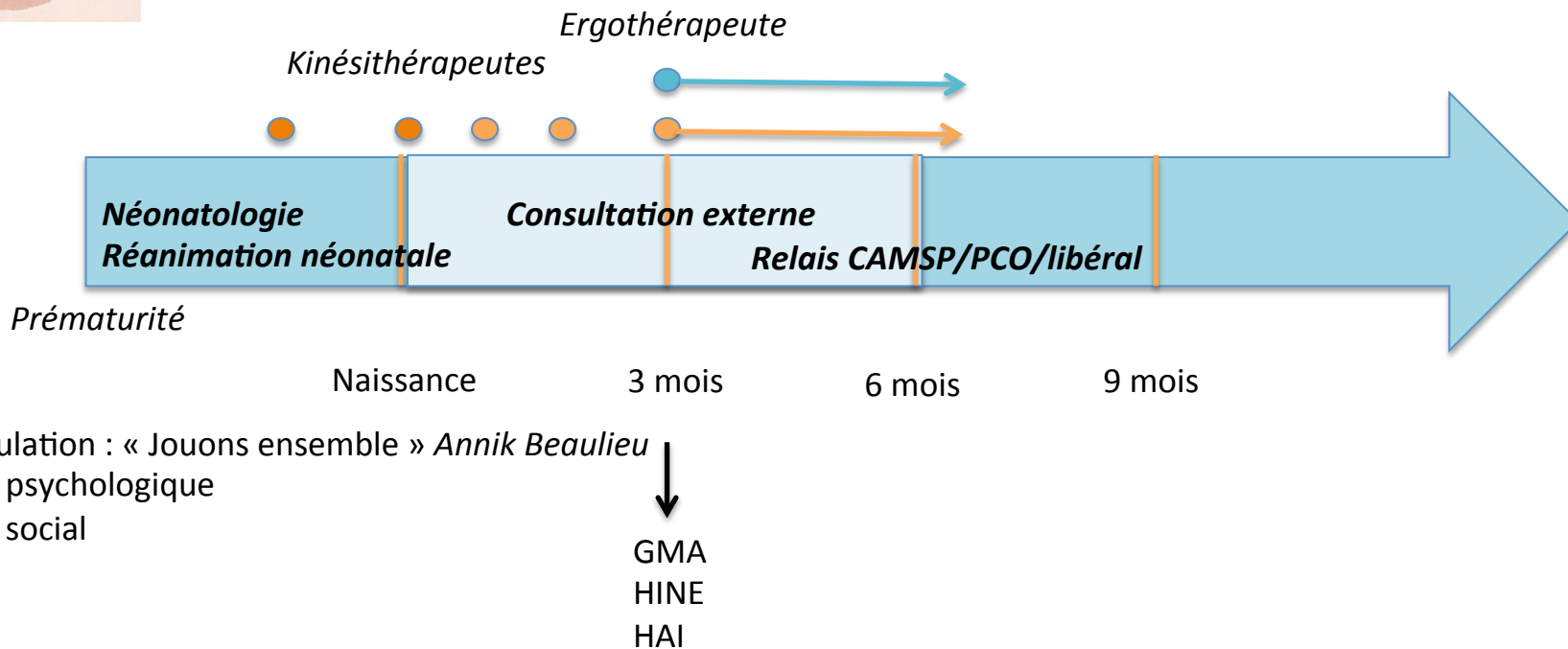
Coaching parental structuré, avec outils concrets
(guides, vidéos, jouets adaptés)

Approches collaboratives
Co-occupation, attitude ludique
Co-construction des objectifs ancrés dans la vie familiale

Coordination des soins



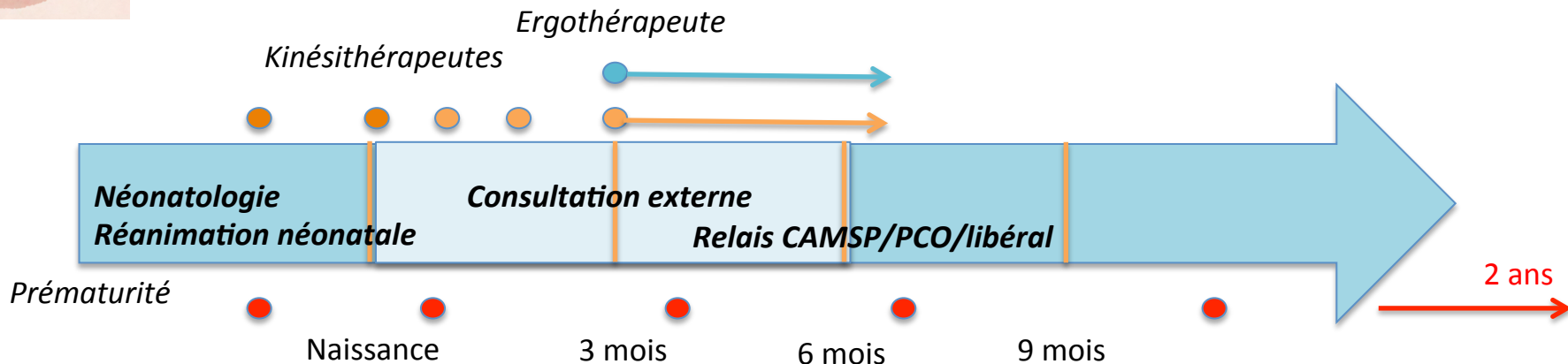
Hôpital
Armand-Trousseau
AP-HP





Hôpital
Armand-Trousseau
AP-HP

Education Thérapeutique du Patient *Co-construction avec les familles*



Stimulation : « Jouons ensemble » *Annik Beaulieu*
Suivi psychologique
Suivi social

↓
GMA
HINE
HAI

ETP :

- Pratique de la stimulation et rééducation
- Comprendre le SNC et le développement
- Lien d'attachement parent-enfant sécurisant
- Adapter l'environnement et le quotidien
- Droits sociaux et dispositifs d'accompagnement
- Regard des autres, intégration
- Fratries

Conclusion

Compréhension de la motricité du bébé : lien mouvement et cognition

Soutien au développement précoce/rééducation avant évaluation

Parents acteurs, guidés par les professionnels

Renforcer les mouvements actifs du bébé, objectifs ciblés

Coordination et pluridisciplinarité



Conclusion

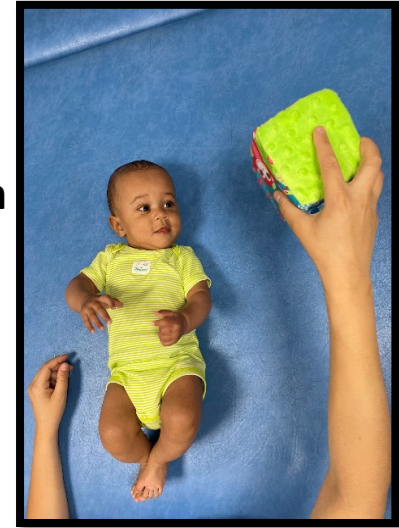
Compréhension de la motricité du bébé : lien mouvement et cognition

Soutien au développement précoce/rééducation avant évaluation

Parents acteurs, guidés par les professionnels

Renforcer les mouvements actifs du bébé, objectifs ciblés

Coordination et pluridisciplinarité



Merci pour votre attention

hina.simonnet@aphp.fr